

Enyhe kognitív zavarral, memória-problémákkal küzdő páciens kivizsgálása, háziiorvosi kompetenciák

A háziiorvosok fontos szerepet játszanak a memória zavarok felismerésében és gondozásában. Az enyhe kognitív zavar gyanújának felvetése elsősorban a családorvosi rendelőben kellene, hogy megtörténjen, hiszen az erre utaló panaszokkal, tünetekkel jellemzően itt jelentkeznek először a betegek.

A korai felismerés jelentősége nem hangsúlyozható eléggé, hiszen lehetőséget ad a kognitív hanyatlás módosítható okainak befolyásolására vagy éppen a társbetegségek – mint például a depresszió- kezelésére. Megkezdhető a betegedukáció, a beteg támogatásának megszervezése, a korai stádiumban megkezdett terápia javíthatja a tüneteket illetve a funkcionalitást. Az időben felállított diagnózis szociális szempontból is fontos: a gondoskodást nyújtók hozzá szokhatnak a „gondoskodói szerephez” így segítve a kognitív teljesítmény csökkenésének elfogadását, továbbá a pszichés problémák előfordulási gyakorisága csökkenhet. Bizonyított, hogy enyhe, illetve közepes súlyos kognitív zavar kapcsán nyújtott kompetens gondoskodás késlelteti az intézeti elhelyezés idejét és javítja a gondoskodást nyújtó pszichés jólétét. Szociális támogatás elmaradása, illetve a segítség hiánya pszichés zavarok kialakulásához, a munka elvesztéséhez vezethet.

A kognitív hanyatlás szűrése – eredmények az alapellátásban

Miközben a kognitív hanyatlás szűrésére alkalmas eszközök rendelkezésre állnak, az érintett betegek beazonosítása sokszor elmarad. Egy nemrégiben publikált, magyarországi háziiorvosi praxisokban végzett kognitív hanyatlás szűrésének eredményeit feldolgozó közlemény több figyelemre méltó eredményt is közölt ebben a vonatkozásban. A praxisközösségekben a miniCOG és MMSE teszteket használták a demencia gyanú beazonosítására. Kiderült, hogy a tesztek használatával nagy arányban születtek kóros eredmények, ezek adekvát interpretációja az esetek túlnyomó többségében elmaradt, sőt megfelelő értékelést követően is csupán az esetek egyharmadában került neurológushoz a beteg. Az idősebb populáció tagjait nagyobb arányban irányították szakellátásba a háziiorvosok, ami fakadhat abból az ismert tényből, hogy a demenciával kapcsolatos orvosi percepcióban

ez egy időseket érintő betegség. Hasonló gyakorlatot találunk más országokban is, sokszor előfordul az is, hogy a kognitív hanyatlás aluldiagnosztizálása mellett, a diagnózis vagy annak gyanújának közlése is elmarad, egyes adatok szerint a háziiorvosok fele ilyen gyakorlatot folytat.

Magyar és külföldi kutatások is azt mutatják, hogy az alapellátó orvosok nagyjából ötöde érzi magát biztosnak abban, hogy kognitív hanyatlás diagnózisát felállítsa, ami nem is meglepő, ha tudjuk, hogy négy ötödük semmilyen oktatásban nem részesült ebben a tárgykörben, a betegek kezelését illetően tehetetlennek érzik magukat.

Mit tartalmaz az irányelv?

A fentiek okán is nagy jelentősége van annak, hogy 2022 nyarán a témában megjelent irányelv minél szélesebb körben ismert legyen a családorvosok körében. Az alábbiakban tekintsük át, hogy mit tehet, mit tegyen a háziiorvos az enyhe kognitív zavarral, memória-problémákkal küzdő páciens kiszűrése és kivizsgálása terén.

Az ajánlás alapján háziiorvos feladatai: a gyanú felismerése, szakorvoshoz való irányítása, a betegség lefolyásának követése, társult betegségek figyelemmel kísérése, beteg- és családtámogatás.

A mentális zavarok, a mentális zavarokkal kísért agyi elváltozások megelőzése, korai felismerése, diagnosztikája, a személyre szabott kezelés és komplex szakszerű gondozás nagymértékben befolyásolja a betegség progresszióját, kimenetelét. Érthető módon egyre fontosabb a kognitív kórképek mielőbbi, még az előrehaladott klinikai tünetek megjelenése előtti felismerése és pontos diagnosztizálása, a pontos diagnózistól függő személyre szabott gyógyszeres terápia, ill. a komplex szakszerű gondozás megtervezése.

A konkrét teendők tárgyalása előtt érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy a pszichiátriai betegségek osztályozását végző DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, 2013) rendszer 5. verziójában a demencia, mint diagnózis már nem szerepel, annak elsősorban stigmatizáló hatása miatt nem javasolták használatát. Helyette a „Major neurokognitív zavar” fogalmát vezették be, melynek használata egyelőre nem terjedt még el Magyarországon. A közleményben a *kognitív zavar* kifejezést használjuk.

Szubjektív memóriakárosodás és az enyhe kognitív zavar elkülönítésének fontossága

A háziiorvosi gyakorlatban fontos elkülönítenünk az ún. szubjektív memóriakárosodást (SMI), ahol a beteg a gondolkodási képesség szubjektív romlását észleli és számos ok állhat a háttérben, akár „normális” is lehet, az enyhe

1. táblázat:

Nem módosítható rizikótényezők	Módosítható rizikótényezők			
	Vaszkuláris és metabolikus	Életmódi	Környezeti	Egyéb
életkor	hipertónia	fizikai szellemi aktivitás	trauma	depresszió
nem	diabetes mellitus	dohányzás		
genetikai faktorok	hypercholesterinaemia	alkoholfogyasztás		
	homocisztein szint	elhízás		

kognitív zavaroktól. Enyhe kognitív zavarban (MCI: Mild cognitive impairment) a kognitív tevékenységek romlása megjelenik, de még nem érintik például a mindennapi tevékenységekkel kapcsolatos önállóságot, vagy nem jelenik meg egy vagy több kognitív területen (összetett figyelem, végrehajtó funkció, tanulás és memória, nyelv, perceptuális motoros vagy szociális kogníció) a korábbi teljesítmény-színvonalhoz képest a jelentős kognitív hanyatlás.

A **diagnosztika célja** megítélni a kognitív deficit tényét és súlyosságát, hatását a beteg ítélőképességére és viselkedésére, feltérképezni a szóba jövő kórokokat, a társuló és szövődményes rendellenességeket, betegségeket.

A demencia korai felismerésének jelentőségéről már esett szó, ugyanakkor a **demencia populációs szűrésének** előnye vagy hátránya jelenleg nem bizonyított, ezért **a nemzeti szűrőprogramokban nem ajánlott**. Az „esetfelismerés”, azaz a klinikai gyakorlatban a más ok miatt orvosi konzultáción megjelenő páciens vizsgálata ajánlott.

A *magas rizikócsoportba tartozó páciensek kiválasztásának szempontjai a családorvosi gyakorlatban az ajánlás alapján a következők*: 60 év feletti személy anamnesztikus kardiovaszkuláris betegséggel, stroke-kal, diabetes mellitusszal, COPD-vel, elhízással. A praxisközösségi működés során végezhető és elszámolható tevékenységek között ez a feladat szerepel.

Diagnosztika: a háziiorvosi teendők

A gyakorlatban a diagnosztika célja a kognitív hanyatlás súlyosságának klinikai megítélése, a demencia hatása a beteg ítélőképességére és viselkedésére gyakorolt hatásának megítélése, a szóba jövő kórok(ok) feltérképezése, a társuló és szövődményes rendellenességek, betegségek megállapítása. Pszichodiagnosztikai minimumként a (30 pontos) Mini-Mentál Teszt és az Órarajzolás teszt felvételét javasolja az ajánlás, továbbá rögzítendő a Globális Deteriorációs Skála értéke. A Mini-Mentál Tesztet, nemcsak az első vizsgálat alkalmával, hanem a beteg gondozása, nyomonkövetése során, évente legalább 1 alkalommal, rendszeresen el kell végezni a háziiorvosi praxisban.

A *Mini-Mentál Teszt* – számos limitációja ellenére – rendelkezik a legnagyobb nemzetközi összehasonlítha-

tóság és elterjedtség előnyével. A teszt első 10 pontja az orientációt jelzi, majd a rövid távú memória vizsgálatához szükséges 3 szó azonnali visszahívását pontozzuk. Ezt követi a prefrontális (végrehajtási/exekutív) funkciókat vizsgáló visszafelé számolás vagy betűzés, mely figyelemelterelésül is szolgál. Ezt követően a korábbi három szó visszahívását kérdezzük. A teszt fennmaradó része a nyelvi és fali lebeny (parietális) funkciókat, illetve a vizuospiaciális képességeket vizsgálja. A MMSE egyik legnagyobb hátránya, hogy a major neurokognitív zavar felismerésére dolgozták ki, illetve egyetlen validált verzióval rendelkeznek.

A családorvosi rendelőben a *kivizsgálás része a részletes fizikális vizsgálat*, még akkor is, ha a betegnek nincsenek szomatikus panaszai. A magasvérnyomás-betegséget, az ischaemiás szívbetegséget, vese-, máj-, keringési és légzési elégtelenséget és a cukorbetegséget fel kell tární, a beteget gondozásba kell venni. A malnutrició rizikó szűrése is a kivizsgálás része kell, hogy legyen.

A diagnosztika része a *képalkotó vizsgálatok* végzése, ennek elvégzése illetve a diagnózis pontosítása érdekében a beteget *javasolt neurológus szakorvoshoz irányítani*.

A kognitív tünetek javítása és a betegség progressziójának lassítása világszerte az acetilkolin-észteráz- (AChE) gátlókkal, illetve az NMDA-receptor-antagonista memantinnal lehetséges. A családorvosi gyakorlatban a *nootróp szerek alkalmazása* – neurológus szakorvos ajánlása nélkül is – egyes esetekben akár már a részletes diagnosztikai procedúrát megelőzően is megkezdhető. A *vinpocetin* a kognitív funkciókat kedvezően befolyásolja krónikus ischaemiás agyérbetegek esetében, mivel a szer növeli a károsodott terület körüli és egyéb ép agyterületek perfúzióját, fokozza a globális és regionális glükózfelhasználást, kedvező irányban befolyásolja az agykéreg mikrocirkulációját és oxigenizációját. A *vinpocetin* hatékonynak bizonyult enyhe kognitív zavarban. Összefoglalva kijelenthető, hogy a családorvosi praxisokban az ajánlás alapján a kognitív zavarok beazonosítására a 65 év felettek körében elvégzendők az „esetfelismerés” megközelítésben alkalmazott szűrőtesztek, majd a részletes fizikális és laborvizsgálatok. Bizonyított, hogy enyhe kognitív zavarban a neuroprotektív megelőző terápiák kedvezőbb hatásúak, mint a már kialakult demenciák jelentős részében.

Dr. Vajer Péter

háziiorvos, PhD, Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék

IRODALOM A 31. OLDALON

Irodalomjegyzék a 11. oldalon kezdődő – Enyhe kognitív zavarral, memória-problémákkal küzdő páciens kivizsgálása, háziorvosi kompetenciák – cikkhez

Villars H, Oustric S, Andrieu S, et al. The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging*. 2010 Feb;14(2):110-20. doi: 10.1007/s12603-010-0022-0. PMID: 20126959.

de Vugt ME, Verhey FR. The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. *Prog Neurobiol*. 2013 Nov;110:54-62. doi: 10.1016/j.pneurobio.2013.04.005. Epub 2013 May 17. PMID: 23689068.

Boustani M. Dementia screening in primary care: not too fast!. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(7):1205-1207. doi:10.1111/jgs.12319_2

Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 Jun. PMID: 30011160.

Heim S, Busa C, et al. Hungarian general practitioners' attitude and the role of education in dementia care. *Primary Health Care Research & Development* 2019 20(e92): 1–6. doi: 10.1017/ S1463423619000203

Bamford C, Eccles M, et al. Can primary care record review facilitate earlier diagnosis of dementia? *Fam Pract*. 2007 Apr;24(2):108-16. doi: 10.1093/fampra/cml068. Epub 2007 Jan 20. PMID: 17237496.

A demencia kórismézése, kezelése és gondozása, Egészségügyi szakmai irányelv, 002104, Belügyminisztérium - Egészségügyért Felelős Államtitkárság Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2022. június 14.