

Приложение
к приказу № 107
от 29 марта 2024 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ»**

ТАШКЕНТ 2024



«УТВЕРЖДАЮ»
Ректор ТашПМИ
профессор Б. Т. Даминов

«_____» _____ 2024 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ»

ТАШКЕНТ 2024



«УТВЕРЖДАЮ»

**Министр правоохранения Республики
Узбекистан и.о. А.А.Худаяров**

« » 2024 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ»

ТАШКЕНТ 2024

Оглавление:

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ»	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ»	45

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
“СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ”**

1.Введение

Международная классификация болезней – МКБ -10/11код(ы):

МКБ-11	
Код	Название
6D81	Деменция вследствие цереброваскулярного заболевания
	сосудистые когнитивные нарушения
	сосудистая деменция
	Постинсультная деменция
	Деменция с инфарктом в стратегических зонах
	атеросклеротическая деменция
	Сосудистая деменция, геморрагический подтип
	URI Базового
	компонента: http://id.who.int/icd/entity/235360465
	Сосудистая деменция ишемического подтипа
	URI Базового
	компонента: http://id.who.int/icd/entity/198608831
	Мультиинфарктная деменция
	URI Базового
	компонента: http://id.who.int/icd/entity/645643099
	МИД - [мультиинфарктная деменция]
	мультиинфарктная сосудистая деменция
	преимущественно корковая деменция
	преимущественно корковая сосудистая деменция
	Деменция с единичным инфарктом в стратегической зоне
	URI Базового
	компонента: http://id.who.int/icd/entity/783707885
	Деменция вследствие подкорковой сосудистой энцефалопатии
	URI Базового
	компонента: http://id.who.int/icd/entity/2078986772
	Деменция Бинсвангера
	подкорковая атеросклеротическая деменция
	Деменция вследствие гипоксической энцефалопатии
	URI Базового
	компонента: http://id.who.int/icd/entity/1638788298
	Деменция, обусловленная генетическими причинами
	URI Базового
	компонента: http://id.who.int/icd/entity/1957030048

Деменция, вызванная васкулитами центральной нервной системы <i>URI Базового компонента:</i> http://id.who.int/icd/entity/131014120
Деменция вследствие гипертонической энцефалопатии <i>URI Базового компонента:</i> http://id.who.int/icd/entity/240932449
Деменция вследствие внутримозгового гипертонического кровоизлияния <i>URI Базового компонента:</i> http://id.who.int/icd/entity/2116571084
Деменция вследствие церебральной амилоидной ангиопатии <i>URI Базового компонента:</i> http://id.who.int/icd/entity/2097075589

Ссылка с МКБ: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1365258270>

Дата разработки и пересмотра протокола: Дата разработки 2024 г., с датой пересмотра в 2027 г. по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Организация, ответственная за клинический протокол: Ташкентский педиатрический медицинский институт

Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов:

Маджидова Я. Н. - профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой неврологии, детской неврологии и медицинской генетики Ташкентского педиатрического медицинского института; первый заместитель председателя ассоциации неврологов Узбекистана; председатель противоэпидемической лиги Узбекистана.

Ким О. В. – старший преподаватель кафедры неврологии, детской неврологии и медицинской генетики Ташкентского педиатрического медицинского института, PhD.

Джурабекова А. Т. -профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой Неврологии Самаркандского Государственного медицинского института.

Якубова М. М. - профессор кафедры Нервных болезней ТМА, д.м.н.

Нурмухамедова М. А. – PhD, доцент кафедры неврология, детская неврология и медицинская генетика Ташкентского педиатрического медицинского института.

Рецензенты:

1. **Муратов Ф. Х.** - профессор кафедры Нервных болезней ТМА, д.м.н.
2. **Кайшибаева Г. С.** - кандидат медицинских наук, директор Института неврологии и нейрореабилитации имени Смагула Кайшибаева

Пользователи протокола: врачи общей практики, врачи скорой помощи, терапевты, неврологи, психиатры, анестезиологи-реаниматологи

При наличии клинических признаков у пациента врач любой смежной специальности обязан направить больного к неврологу.

Категория пациентов: пациенты с сосудистой деменцией, взрослые.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

Классы рекомендаций:

Класс I – польза и эффективность диагностического метода или лечебного воздействия доказана и и/или общепризнаны.

Класс II – противоречивые данные и/или расхождение мнений по поводу пользы/эффективности лечения.

Класс IIa – имеющиеся данные свидетельствуют о пользе/эффективности лечебного воздействия.

Класс IIb – польза/эффективность менее убедительны.

Класс III – имеющиеся данные или общее мнение свидетельствует о том, что лечение бесполезно/неэффективно и в некоторых случаях может быть вредным.

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) Когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (+++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.

D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации инфекционистов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов РСНПМЦЭМИПЗ и заместителей), врачей региональных учреждений системы инфекционной службы в онлайн-формате 7 апреля 2023 г., протокол №1.

Руководитель рабочей группы - д.м.н. Таджиев Б.М., директор РСНПМЦЭМИПЗ

Техническая экспертная оценка и редактирование:

- 1.
- 2...

Экспертная оценка специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

- 1.
- 2.
- 3..

Экспертная оценка специалистов управления лекарственной политики Министерство здравоохранения Республики Узбекистан:

- 1.
- 2..

Экспертная оценка специалистов агентства Медицинского страхования при Министерстве Республики Узбекистан:

- 1.
- 2.
- 3..

Данный клинический протокол и стандарт был разработан при организационной и методической поддержке со стороны специалистов Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Под руководством заместителя министра д.м.н., Ф.Шарипова, Начальника управления медицинского страхования Ш.Алмарданова, начальника отдела разработки клинических протоколов и стандартов д.м.н. С.Убайдуллаевой, Главных специалистов отдела разработки клинических протоколов и стандартов Ш.Нуримова, С.Усманова и Г.Джумаевой.

Список сокращений:

агрППА	–	аграмматическая форма первично-прогрессирующей афазии
АПОЕ4	–	аллель ε4 апополипротеина Е
АТФ	–	аденозинтрифосфат
БА	–	болезнь Альцгеймера
БДГ	–	быстрые движения глаз
БДН	–	болезнь двигательного нейрона
БТЛД	–	батарея тестов на лобную дисфункцию
ГС	–	гериатрический синдром

ДНК	– дезоксирибонуклеиновая кислота
ДТЛ	– деменция с тельцами Леви
ИХЭ	– ингибиторы холинэстеразы
КБС	– кортикобазальный синдром
КР	– когнитивное расстройство
КТ	– компьютерная томография
ЛВД	– лобно-височная деменция
ЛКР	– легкое когнитивное расстройство
логППА	– логопеническая форма первично-прогрессирующей афазии
ЛФК	– лечебная физкультура
МНО	– международное нормализованное отношение
МРС	– магнитно-резонансная спектроскопия
МРТ	– магнитно-резонансная томография
МСА	– мультисистемная атрофия
ННПР	– некогнитивные нервнопсихические расстройства
ОНМК	– острое нарушение мозгового кровообращения
ОФЭКТ	– однофотонная эмиссионная компьютерная томография
ПНП	– прогрессирующий надъядерный паралич
пов.ЛВД	– поведенческая форма лобно-височной деменции
ППА	– первично-прогрессирующая афазия
ПЭТ	– позитронная эмиссионная томография
РКИ	– рандомизированное контролируемое исследование
семД	– семантическая деменция
СИОЗС	– серотонина обратного захвата ингибиторы селективные
СмД	– смешанная деменция
СоД	– сосудистая деменция
ТИА	– транзиторная ишемическая атака
ТКМС	– транскраниальная магнитная стимуляция
ТКР	– тяжелое когнитивное расстройство
ТЛ	– тельца Леви
ТТГ	– тиреотропный гормон
УКР	– умеренное когнитивное расстройство
фМРТ	– функциональная магнитно-резонансная томография
18-ФДГ	– 18F-фтордезоксиглюкоза
ЦАА	– церебральная амилоидная ангиопатия
ЦАДАСИЛ	– церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией
ЦВЗ	– цереброваскулярное заболевание
ЦСЖ	– цереброспинальная жидкость
ЭКГ	– электрокардиография
ЭЭГ	– электроэнцефалография
Аβ	– бета-амилоид
ADL	– Activities of Daily Living (Шкала повседневной активности)
APP	– amyloid precursor protein (белок-предшественник амилоида)
BiPAP	– Biphase Positive Airway Pressure
CERAD	– The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (консорциум для разработки регистра по болезни Альцгеймера)

CPAP	– ConstantPositiveAirwayPressure
DSM-IV	– руководство по диагностике и статистическому учету психических заболеваний
DSM-5	– руководство по диагностике и статистическому учету психических заболеваний, 5-ый пересмотр
FAB	– Frontal Assessment Battery (батарея тестов для оценки лобной дисфункции)
FAQ	– FunctionalActivitiesQuestionnaire (опросник по функциональной активности)
FUS	– fusioninsarcoma (ген «слияния в саркоме»)
Glx	– глутамат+глутамин+глутатион
MAPT	– Microtubule-associated protein tau (тау-белок, ассоциированный с микротрубочками)
MoCA	– Montreal Cognitive Assessment (Монреальская шкала оценки когнитивных функций)
MMSE	– Mini Mental State Examination (Краткая шкала оценки психического статуса)
NAA	– N-ацетиласпартат
NINDS-AIREN	– National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (рабочая группа Национального института неврологических расстройств и инсульта и Международной ассоциации научных исследований и обучения в области неврологии)
NMDA	– N-метил-D-аспартат
NPI	– NeuropsychiatricInventory (нейропсихиатрический опросник)
PGRN	– програнулин
TDP-43	– Transactivation-responsive DNA-binding Protein-43 (чувствительный к трансактивации ДНК-связывающий белок массой 43кДа)
VASCOG	– The International Society of Vascular Behavioural and Cognitive Disorders (Международное общество по сосудистым поведенческим и когнитивным расстройствам)

Введение

Термины

- **Когнитивные функции** – наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним.
- **Внимание** – способность поддерживать требуемый для умственной работы уровень психической активности и фокусировать психическую деятельность на актуальной задаче.
- **Память** – способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить получаемую в течение жизни информацию.
- **Речь** – способность к вербальной коммуникации в устной и письменной форме, включая понимание обращенной речи и построение собственного высказывания.
- **Восприятие (гнозис)** – способность воспринимать и распознавать информацию, поступающую от органов чувств.
- **Праксис** – способность приобретать, сохранять или использовать различные двигательные навыки.
- **Управляющие (регуляторные) функции** – способность управлять своей познавательной деятельностью и поведением, включая планирование и контроль за выполнением совершаемых действий.
- **Деменция** – нейропсихиатрический синдром, в структуре которого лежит приобретенное длительное (более 6 мес.) клинически значимое когнитивное снижение в виде тяжелых когнитивных нарушений, обуславливающее социально-бытовую и профессиональную дезадаптацию и утрату привычного функционирования различной степени тяжести.
- **Умеренное когнитивное расстройство (УКР)** – клинически значимое снижение когнитивных функций, не достигающее степени деменции.
- **Цереброваскулярное заболевание (ЦВЗ)** – заболевание головного мозга, возникающее вторично по отношению к патологии сердечно-сосудистой системы с формированием острого или хронического нарушения мозгового кровообращения.
- **Сосудистые когнитивные расстройства** – группа патогенетически и клинически разнородных состояний, при которых основной причиной когнитивного дефекта является ЦВЗ.
- **Нейродегенеративные заболевания** – группа заболеваний центральной нервной системы, для которых характерна прогрессирующая гибель определенных групп нервных клеток с сопутствующей атрофией соответствующих отделов головного и/или спинного мозга.
- **Болезнь Альцгеймера (БА)** – нейродегенеративное заболевание, характеризующееся постепенным малозаметным началом в пресенильном или старческом возрасте, неуклонным прогрессированием расстройств памяти и высших мозговых функций, приводящих к деменции с формированием характерного комплекса нейропатологических, нейровизуализационных и биохимических признаков.
- **Деменция с тельцами Леви (ДТЛ)** – нейродегенеративное заболевание, проявляющееся деменцией, паркинсонизмом, нейропсихиатрическими и вегетативными нарушениями, в основе которого лежит накопление белка альфа-синуклеина в клетках головного мозга и вегетативной системы с формированием внутриклеточных включений – телец Леви (ТЛ).
- **Лобно-височная деменция (ЛВД)** – нейродегенеративное расстройство, характеризующееся поражением лобных и височных долей головного мозга и проявляющееся в виде различных форм с доминированием личностных, поведенческих, речевых и двигательных нарушений.

- **Смешанная деменция** – деменция, обусловленная сочетанием нейродегенеративных заболеваний (чаще БА) и цереброваскулярных нарушений.
- **Делирий** – преходящее нейрокогнитивное расстройство проявляющееся спутанностью сознания, нарушениями внимания, восприятия, мышления, эмоционально-аффективными и другими нервно-психическими симптомами.
- **Нейровизуализация** – общее название группы инструментальных методов визуальной оценки изменений структуры, функций и/или биохимического состава головного мозга (например, магнитно-резонансная томография (МРТ), однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) и др.)

Определения

Когнитивные расстройства (КР) – субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций (внимания, памяти, речи, восприятия, праксиса, управляющих функций) по сравнению с исходным индивидуальным и/или средними возрастными и образовательными уровнями вследствие органической патологии головного мозга и нарушения его функции различной этиологии, влияющее на эффективность обучения, профессиональной, социальной и бытовой деятельности.

Эпидемиология

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в марте 2015 года количество лиц, страдающих деменцией, оценивалось в 47,5 млн. человек, к 2030 году предполагается увеличение числа таких пациентов почти в два раза (до 82 млн.) и до 152 миллионов к 2050 году. Предполагается, что число пациентов с недементными когнитивными расстройствами также достаточно велико, однако определение показателей заболеваемости и распространенности их в популяции пожилых сопряжено с методологическими сложностями. По данным литературы распространенность умеренного когнитивного расстройства (УКР) среди лиц в возрасте 60 лет и старше составляет от 5,0 до 36,7%. Наиболее частыми причинами нарушений когнитивных функций являются БА и СоД. Причем, если на стадии деменции у большей части пациентов состояние связано с наличием БА, то среди пациентов с додементными формами КР у более чем 60% основным этиологическим фактором может считаться ЦВЗ.

Сосудистая деменция является второй по распространенности причиной когнитивного снижения после БА. По данным эпидемиологических исследований, сосудистая этиология лежит в основе около 20% деменций у пациентов пожилого возраста [6].

Исследования когнитивных функций у лиц, перенесших ОНМК, показали, что деменция после ОНМК развивается у каждого третьего пациента. В то же время, приводится все больше данных о высокой частоте встречаемости КР смешанного генеза. Так у почти 80% умерших с СоД было показано наличие сопутствующих признаков нейродегенерации. По данным патоморфологических исследований, проведенных на материале умерших в специализированных клиниках по изучению деменции, в 24–28% наблюдений в головном мозге страдавших БА, дополнительно обнаруживаются сосудистые изменения. Похожие исследования, проведенные на секционном материале умерших в стационарах общего профиля, продемонстрировали более высокий процент сосудистых изменений при БА (45–59% случаев), что объясняется меньшей точностью диагностики «чистых» форм БА [7].

Классификация

Классификация когнитивных расстройств обычно осуществляется по нозологическому принципу. В клинической практике устоялось разделение КР по тяжести на синдром умеренных когнитивных расстройств (УКР) и деменцию, хотя в последние годы значительное

внимание в исследовательской работе уделяется так называемым преднамеренным КР – субъективному и легкому когнитивному снижению.

УКР представляют собой снижение когнитивных способностей, выходящее за пределы возрастной образовательной гендерной нормы, что отражается в жалобах пациента и может быть заметно окружающим, однако наличие УКР не приводит к существенным затруднениям в повседневной жизни и не сопровождается изменением социальной, бытовой и профессиональной деятельности, за исключением наиболее сложных их видов.

Тяжелые КР соответствуют выраженному изменению познавательных функций, сопровождающемуся существенными нарушениями повседневной жизни с развитием бытовой и социальной дезадаптации пациента с частичной или полной утратой независимости и самостоятельности. Наиболее важным их видом является деменция.

Деменция является одной из ведущих причин формирования зависимости пожилых людей во всем мире, а также оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие на членов семьи пациентов и общество в целом. Кроме того, одним из вариантов преходящих тяжелых когнитивных расстройств является делирий – острое угрожающее жизни состояние спутанности сознания, проявляющееся расстройствами внимания и когнитивных функций.

Классификация сосудистых когнитивных расстройств

При сосудистой деменции в соответствии с классификацией МКБ-11 выделяют следующие подтипы:

- Деменция вследствие цереброваскулярного заболевания
- сосудистые когнитивные нарушения
- сосудистая деменция
- Постинсультная деменция
- Деменция с инфарктом в стратегических зонах
- атеросклеротическая деменция
- Сосудистая деменция, геморрагический подтип
- Сосудистая деменция ишемического подтипа
- Мультиинфарктная деменция
 - МИД - [мультиинфарктная деменция]
 - мультиинфарктная сосудистая деменция
 - преимущественно корковая деменция
 - преимущественно корковая сосудистая деменция
 - мультиинфарктная деменция или психоз
- Деменция с единичным инфарктом в стратегической зоне
- Деменция вследствие подкорковой сосудистой энцефалопатии
 - Деменция Бинсвангера
 - подкорковая атеросклеротическая деменция
- Деменция вследствие гипоксической энцефалопатии
- Деменция, обусловленная генетическими причинами
- Деменция, вызванная васкулитами центральной нервной системы
- Деменция вследствие гипертонической энцефалопатии
- Деменция вследствие внутримозгового гипертонического кровоизлияния
- Деменция вследствие церебральной амилоидной ангиопатии

Этиология и патогенез

КР представляют собой гетерогенную группу состояний, возникающих при различных неврологических, соматических и психических заболеваниях. Основными причинами КР в старшем возрасте являются различные нейродегенеративные, цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) и дисметаболические нарушения. При обследовании больных с КР необходимо в первую очередь исключить потенциально обратимые (частично обратимые) деменции и недементные КР.

Основные причины когнитивных расстройств

Нейродегенеративные заболевания	• Болезнь Альцгеймера • Лобно-височная деменция • Деменция с тельцами Леви • Болезнь Гентингтона Прогрессирующий надъядерный паралич
Цереброваскулярные заболевания	• Инсульты • Дисциркуляторная энцефалопатия (хроническая ишемия головного мозга)
КР смешанного генеза	• Сочетания нейродегенеративных заболеваний и ЦВЗ (чаще всего БА + ЦВЗ)
Дисметаболические энцефалопатии	• Гипоксическая • Печеночная • Почечная • Гипогликемическая • Дистиреоидная • Дефицитарная (на фоне дефицита витаминов В1, В12, фолиевой кислоты, белков) • Токсическая (отравление солями тяжелых металлов и т.д.) • Лекарственная (ятрогенная), развивающаяся при использовании препаратов с антихолинергическими свойствами, барбитуратов, анксиолитиков из группы бензодиазепина производных, нейролептиков (антипсихотиков) и других препаратов, вызывающих нарушения когнитивных функций)
Черепно-мозговая травма	• Субдуральная гематома • Посттравматическая энцефалопатия
Опухоли	• Опухоли головного мозга и оболочек Метастатическое поражение головного мозга Паранеопластический синдром
Ликвородинамические нарушения	• Нормотензивная гидроцефалия
Аутоиммунные заболевания	• Рассеянный склероз Аутоиммунные энцефалиты
Нейроинфекции	• ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия • Нейроборрелиоз • Нейросифилис (прогрессирующий паралич, менингovasкулярный сифилис) • Прогрессирующие панэнцефалиты (коровой, краснушный) • Герпетический энцефалит • Болезнь Крейтцфельдта-Якоба • Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия

Этиология и патогенез сосудистых когнитивных расстройств

Основными факторами риска развития сосудистых когнитивных расстройств (СКР) являются факторы, общие для всех цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ), включающие артериальную гипертензию (АГ), атеросклероз, ишемическую болезнь сердца, нарушения сердечного ритма, сахарный диабет, курение, ожирение, высокий уровень холестерина, высокий уровень гомоцистеина.

Реже СКР развиваются в результате поражения церебральных сосудов при ревматических заболеваниях и васкулитов иной этиологии, патологии свертывающей или противосвертывающей системы крови, амилоидной ангиопатии, врожденных сосудистых аномалий, наследственной артериопатии (например, ЦАДАСИЛ – церебральной аутосомно-доминантной артериопатии с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией) и иных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В зависимости от патогенеза СКР характеризуются значительной гетерогенностью, что служит причиной существенных отличий клинической картины.

Выделяют 6 основных патогенетических вариантов СКР:

- **Когнитивные нарушения вследствие «стратегических» инфарктов головного мозга.** В этом случае СКР может развиваться в результате единичного инфаркта мозга, иногда даже небольшого по объему, который локализуется в стратегически важной для когнитивной деятельности зоне. Наиболее часто когнитивные нарушения развиваются при поражении зрительных бугров, полосатых тел, префронтальной лобной коры, зоны стыка височно-теменно-затылочных долей головного мозга левого полушария. При этом когнитивные и другие нервно-психические нарушения возникают остро, а затем сохраняются, частично или (редко) полностью регрессируют, как это бывает с другими очаговыми неврологическими расстройствами при инсультах.
- **Когнитивные нарушения вследствие геморрагического инсульта.** Аналогичны вышеописанному варианту, но связаны не с ишемическим, а с геморрагическим инсультом.
- **СКР вследствие мультиинфарктного поражения головного мозга.** Развиваются в результате повторных эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу корково-подкорковой локализации. Наиболее частыми причинами «мультиинфарктного» типа СКР являются тромбоз или эмболия церебральных сосудов. Когнитивные нарушения при мультиинфарктном состоянии развиваются при вовлечении в зону инфарктов зон, важных для когнитивной деятельности, а также при суммарном накоплении достаточно больших объемов повреждения головного мозга. Течение данного варианта СКР, включая сосудистую деменцию (СоД) характеризуется периодами стационарного состояния когнитивных функций и эпизодами ухудшения, которые связаны с инсультами или клинически неинсультными формами церебральной дисциркуляции.
- **«Подкорковый вариант»** является наиболее распространенным патогенетическим вариантом СКР. В его основе лежит церебральная микроангиопатия с преимущественным поражением конечных сосудов малого калибра, кровоснабжающих в первую очередь подкорковые базальные ганглии и глубинные отделы белого вещества головного мозга. Для обозначения этой формы СКР используется также термин «болезнь малых сосудов». За счет тесной функциональной взаимосвязи подкорковых базальных ганглиев с лобными долями головного мозга их сосудистое поражение вызывает вторичную дисфункцию лобных долей[1, 30, 31].

Лобная дисфункция играет ведущую роль в формировании основных когнитивных, других нервно-психических и двигательных нарушений при «подкорковом варианте» СКР. В отличие от постинсультных когнитивных нарушений, «подкорковые» СКР характеризуются постепенно прогрессирующим течением или ступенеобразным нарастанием тяжести дефекта. При этом эволюция СКР имеет определенную стадийность от бессимптомных морфологических изменений головного мозга до сосудистой деменции.

- **Когнитивные расстройства вследствие гипоперфузии головного мозга.** Развиваются в результате нарушений системной гемодинамики, когда падает церебральная перфузия в целом. Причинами острой гипоперфузии головного мозга могут стать острая сердечная недостаточность, уменьшение объема циркулирующей крови, выраженное и длительное снижение артериального давления и т.д. В этих случаях формируются множественные инфаркты мозга на границах между сосудистыми бассейнами в так называемых «водораздельных зонах» (зонах смежного кровоснабжения, терминальных зонах). СКР вследствие церебральной гипоперфузии характеризуются острым развитием когнитивных нарушений, качественные особенности и тяжесть которых зависят от локализации и степени поражения головного мозга.
- **Комбинированные формы СКР** развиваются в результате одновременного воздействия нескольких из перечисленных выше патогенетических факторов: повторных ишемических и/или геморрагических инсультов, церебральной гипоперфузии, хронической недостаточности кровоснабжения головного мозга. Так, к примеру, комбинированный вариант СКР может развиваться у пациентов, страдающих артериальной гипертензией с эпизодами гипотензии на фоне неадекватной гипотензивной терапии. В этом случае, помимо гипертонической церебральной микроангиопатии, патогенетическую роль играют эпизоды падения артериального давления, которые вследствие измененной реактивности церебральных сосудов будут приводить к эпизодам гипоперфузии в зонах терминального кровоснабжения.

Патоморфологические исследования указывают на наличие двух основных патогенетических механизмов СКР: острого нарушения мозгового кровообращения и хронической недостаточности кровоснабжения головного мозга (дисциркуляторной энцефалопатии). Последствиями ОНМК являются постишемические или постгеморрагические кисты, которые формируются при наличии клинической картины инсульта или без таковой (так называемые «немые» инфаркты или реже – кровоизлияния). Постишемические изменения часто носят характер лакун, т.е. небольших по размеру (не более 10–15 мм в диаметре) кист, которые локализуются в глубинных отделах головного мозга: подкорковых базальных ганглиях, внутренней капсуле, белом веществе.

Для СКР характерны патологические изменения белого вещества, обозначаемые термином «лейкоареоз» (от греч. *leuko* – белое вещество, *araiosis* – разрежение).

Морфологически лейкоареоз характеризуется демиелинизацией, глиозом, расширением периваскулярных пространств, «незавершенными инфарктами» (инфарктами без формирования кисты), пропотеванием цереброспинальной жидкости из желудочков головного мозга в перивентрикулярные отделы белого вещества. На начальных стадиях патологического процесса лейкоареоз формируется вокруг желудочков головного мозга (перивентрикулярный лейкоареоз), в дальнейшем – может формироваться вблизи корковых отделов (субкортикальный лейкоареоз).

Помимо местного повреждения тканей головного мозга ишемические инфаркты могут индуцировать нейродегенеративные изменения. Вторичная нейродегенерация, связанная с ишемическими инфарктами области подкорковых ганглиев, опосредуется дегенерацией нервных волокон проводящих путей, соединяющих зону первичного сосудистого повреждения и удаленное от нее серое вещество, что приводит к локальной или распространенной утрате белого вещества и истончению коры.

По мере совершенствования техник нейровизуализации дополнительно были выделены такие типы «бессимптомного» поражения мозга как микроинфаркты, микрокровоизлияния и поверхностный гемосидероз. Микроинфаркты представляют собой небольшие (<1 мм) визуально неопределяемые участки ишемии в виде кист или зон неполного инфаркта, обнаруживаемые при микроскопическом изучении патологического материала как в коре, так и подкорковых областях. Выявление хотя бы 1 или 2 зон микроинфарктов в стандартном срезе свидетельствует о сотнях подобных очагов в остальных областях головного мозга.

Микрокровоизлияния в веществе головного мозга обнаруживаются у 10–15% людей пожилого возраста и у 80% пациентов с СоД [2]. Как правило, подобные очаги расцениваются как проявление церебральной микроангиопатии.

Кортикальный поверхностный сидероз представляет собой линейные отложения гемосидерина в субарахноидальном пространстве, мягкой мозговой оболочке и поверхностных слоях коры головного мозга. Данное явление тесно связано с церебральной амилоидной ангиопатией (ЦАА). Последняя представляет собой отложения амилоида в сосудах малого калибра и капиллярах. Это расстройство наблюдается преимущественно у пациентов старшего возраста и часто вызывает КР вследствие развития инфарктов мозга и/или кровоизлияний [3].

Клиническая картина

Клиническая картина заболеваний, ассоциированных с КР, складывается из когнитивных и некогнитивных нарушений.

Клиническая картина у пациентов с различными типами КР определяется основным заболеванием, лежащим в основе когнитивного дефекта, и степенью его выраженности. Основное внимание при оценке тяжести КР необходимо обращать на сохранность самообслуживания с проведением дифференциации недементных КР и деменции. О деменции говорят в случае, когда возникает необходимость в помощи окружающих. Однако не всегда эта потребность является очевидной как для самого пациента, так и для окружающих, особенно при легкой деменции, что требует внимательного анализа как жалоб пациента и клинических данных, так и объективной информации, получаемой от третьих лиц, близко знакомых с пациентом в течение длительного времени (информантов).

Выделяют три степени тяжести деменции:

- Легкая: профессиональная деятельность и социальная активность отчетливо ограничены, хотя возможны, сужен круг общения и интересов; сохраняется самостоятельность в быту, при когнитивной деятельности могут требоваться напоминания и применение стратегий запоминания, помощь при освоении новой информации, решении финансовых вопросов, чаще всего имеет место сенильное изменение личности, психопатоподобное заострение личностных черт.
- Умеренная: снижение как инструментальной (возможность пользоваться бытовыми приборами), так и базисной (гигиена, одевание, приготовление пищи, передвижение) повседневной деятельности, трудности в самостоятельном проживании, однако пациента можно оставить на какое-то время одного.

- Тяжелая: полная утрата бытовой автономии, нуждается в помощи практически во всех действиях, нужен постоянный посторонний контроль.

Помимо собственно когнитивных нарушений клиническая картина на любой стадии КР может быть представлена их сочетанием с некогнитивными (эмоционально-аффективными, поведенческими, психотическими) невропсихическими расстройствами (ННПР). Спектр сопутствующих некогнитивных симптомов определяется основным заболеванием. В кросс-секционном исследовании ННПР у пациентов с недементными КР и деменцией было показано, что, хотя бы один тип клинически значимых ННПР отмечался у 43% пациентов с УКР и 58% пациентов с деменцией. Причем зачастую именно ННПР становятся причиной дистресса как для самого пациента, так и для окружающих его (осуществляющих за ним уход) лиц.

Клиническая картина сосудистых когнитивных расстройств

Учитывая гетерогенность КР сосудистого генеза, клиническая картина будет определяться морфологическими изменениями, лежащими в основе конкретной формы СКР. СКР могут возникнуть в любом возрасте, хотя распространенность увеличивается экспоненциально после 65 лет. Течение может варьировать от острого начала с частичным улучшением и ступенеобразным ухудшением до постепенного прогрессирования, с флуктуациями и формированием плато различной продолжительности.

СКР, обусловленные инсультами, характеризуются разнообразием клинической картины, которая зависит от локализации инфаркта или кровоизлияния. При поражении промежуточного и среднего мозга выраженные когнитивные нарушения развиваются в рамках так называемого мезенцефалоталамического синдрома. Данный синдром имеет определенную стадийность развития. Вначале отмечаются преходящие эпизоды спутанности сознания, которые могут сочетаться с иллюзорно-галлюцинаторными расстройствами. Затем формируются выраженная апатия, ограничение повседневной активности вплоть до невыполнения правил личной гигиены. Пациенты могут долго лежать, ничего не делая в течение длительного периода, характерна повышенная сонливость. Это сопровождается выраженными нарушениями памяти на текущие события и конфабуляциями, что может напоминать корсаковский синдром. При поражении доминантного по речи полушария к указанным нарушениям присоединяется нарушение речи – таламическая афазия. Таламическая афазия обычно характеризуется выраженными парафазиями, иногда достигающими степени «речевого салата», однако при сохранном понимании обращенной речи и отсутствии трудностей повторения фраз за врачом.

Инсульт в области полосатых тел характеризуется острым возникновением когнитивных и поведенческих нарушений, характерных для «подкоркового варианта» сосудистой деменции, сопровождающихся экстрапирамидными двигательными расстройствами.

Редко встречающееся двустороннее поражение гиппокампа приводит к модальностно-неспецифическим нарушениям памяти, которые достигают по своей выраженности степени корсаковского синдрома. При этом память на текущие события и события недавнего прошлого страдает в значительно большей степени, чем об отдаленных событиях. В отличие от более глубоких поражений («мезенцефалоталамический синдром»), патология гиппокампа не сочетается с расстройствами сознания, нарушением цикла «сон–бодрствование» и иллюзорно-галлюцинаторными расстройствами.

Инсульт с локализацией в префронтальных отделах лобных долей головного мозга сопровождается уменьшением активности и инициативы, снижением мотивации и побуждений к какой-либо деятельности (апатико-абулический синдром). Снижается критика, что приводит к неадекватному поведению пациентов, характерны персеверации (бессмысленные многократные повторения собственных слов или действий), эхолалия (повторение слышимых слов) и эхопраксия (повторение действий, движений).

Сосудистое поражение зоны стыка затылочной, теменной и височных долей головного мозга левого полушария может приводить к полифункциональным когнитивным нарушениям, которые при значительной выраженности могут вызывать дезадаптацию пациента в повседневной жизни. Характерны нарушение восприятия пространственных отношений (зрительно-пространственная агнозия), недорисованных, наложенных и зашумленных изображений (симультанная агнозия), нарушение конструирования и рисования (конструктивная апраксия), нарушение счета (акалькулия), нарушение понимания логико-грамматических речевых конструкций (семантическая афазия).

При подкорковом варианте СКР в когнитивной, эмоционально-аффективной и поведенческой сферах доминируют расстройства, связанные с нарушением произвольной регуляции, однако их выраженность и степень влияния на жизнь пациента могут существенно варьировать от легких нарушений до собственно сосудистой деменции. В основе подкоркового типа СКР лежит функциональное разобщение между подкорковыми структурами и лобными долями головного мозга. Одними из наиболее характерных и ранних симптомов являются нарушения концентрации внимания и трудности поддержания интеллектуальной активности в течение необходимого времени. Пациенты не могут правильно организовать свою деятельность, они часто оставляют начатое дело, быстро устают, не могут одновременно работать с несколькими источниками информации или быстро переходить от одной задачи к другой. Трудности могут возникать при анализе информации, выделении главного и второстепенного, определении сходств и различий между понятиями, построении алгоритма деятельности. При этом сами пациенты жалуются на общую слабость и повышенную утомляемость, иногда «неясность и тяжесть в голове».

Нарушения памяти при данном варианте СКР выражены мягче, чем при БА, в том числе на стадии деменции, и в основном ограничены блоком кратковременной памяти. Память на основные события жизни остается в целом сохранной. Нарушения памяти связаны с недостаточностью активного воспроизведения информации при сохранности ее запоминания и хранения. Пациенты испытывают затруднения при извлечении из памяти нужной информации, однако сохранность следа памяти проявляется впоследствии спонтанным воспоминанием или при облегчении условий воспроизведения (например, с помощью подсказки или при возможности выбора из нескольких альтернатив). Считается, что в основе данного вида мнестических расстройств также лежат дисфункция лобных долей головного мозга и нарушение их связи с подкорковыми структурами и гиппокампом. Крайне редко отмечается нарушение ориентировки в пространстве. Однако при исследовании пространственного гнозиса и праксиса могут выявляться достаточно выраженные нарушения, связанные с трудностью планирования и организации деятельности, то есть с нарушением управляющих функций. Первичные (корковые) нарушения праксиса, гнозиса и речи для подкоркового поражения не характерны.

При подкорковом варианте СоД практически всегда наблюдаются двигательные расстройства, представленные в первую очередь нарушениями походки. Ходьба характеризуется увеличением базы (т.е. пациент ходит с широко расставленными ногами) и укорочением длины шага (шаркающая, семенящая походка). На начальных этапах заболевания нарушения походки незначительны и проявляются лишь некоторой замедленностью и пошатыванием. Пациенты при этом часто жалуются на «головокружение», называя этим словом неустойчивость при ходьбе, особенно при поворотах. При значительно выраженной патологии нарушена инициация ходьбы (пациент не может сделать первый шаг, топчется на месте), ноги не отрываются от пола, а скользят по нему («походка лыжника»), грубо страдает поддержание равновесия. Падения особенно часто возникают в начале ходьбы, на поворотах и при остановках.

Одним из механизмов нарушения походки при хронической цереброваскулярной недостаточности являются экстрапирамидные нарушения («сосудистый паркинсонизм») в виде гипокинезии (снижение двигательной активности, малоподвижность, замедленность

движений), которая иногда сопровождается повышением мышечного тонуса. Следует отметить, что гипокинезия прорывается не только в ногах, но и в руках, а также шейно-туловищной мускулатуре. Это может проявляться гипомимией, бедностью жестикуляции, замедленностью движений. Дрожание в конечностях нехарактерно. Экстрапирамидные расстройства при хронической сосудистой мозговой недостаточности носят симметричный характер.

Характерным симптомом развернутых стадий СоД являются тазовые нарушения. Вначале это учащение мочеиспускания и периодическое недержание мочи, а в дальнейшем развивается полная утрата контроля за функцией тазовых органов.

Еще одним типичным неврологическим сопровождением СоД является псевдобульбарный синдром, при котором возможно формирование насильственного плача или смеха. Кроме того, когнитивные нарушения, как правило, сочетаются с эмоциональными расстройствами в виде снижения фона настроения вплоть до развития сосудистой депрессии и эмоциональной лабильности, также способной достигать значительной выраженности, сопровождаясь гневливостью, дисфорией. Следует различать насильственный смех и плач, и эмоциональную лабильность в рамках сосудистых эмоциональных нарушений. При эмоциональной лабильности часто отмечается плач или смех, которые соответствуют эмоциональному состоянию пациента. При насильственном плаче и смехе такого соответствия в полной мере нет.

Для постинсультных СКР в целом также крайне характерны различные типы ННПР, такие как апатия, депрессия, тревога, нарушения сна. «Стратегические» инфаркты головного мозга могут сопровождаться выраженными ННПР в виде апатико-булического синдрома, агрессии, депрессии, бредовых проявлений, в ряде случаев имитируя картину делирия. Помимо непосредственного поражения вещества мозга при ОНМК эмоциональные-волевые нарушения могут являться следствием реакции пациента на заболевание или акцентуации исходных эмоционально-личностных черт. Постинсультная депрессия повышает риск грубой инвалидизации и смертности после инсульта, а присоединение апатии связано с неуклонным ухудшением функционального статуса. Сравнение ННПР при СоД (как коркового, так и подкоркового характера) и БА показало равно высокую частоту подобных симптомов (клинически значимые нарушения отмечались приблизительно у двух третей пациентов), причем при СоД чаще чем при БА отмечались депрессия, тревога и апатия, но были менее характерны аномальная двигательная активность, бред и галлюцинации [8].

Диагностика

В настоящее время наиболее оправданным является комплексный подход к обследованию пациентов с нарушением когнитивных функций различной степени выраженности, включающий опрос пациента и близко знакомых с ним/ухаживающих за ним лиц (информантов) с целью уточнения жалоб и анамнестических сведений; общий осмотр с обязательной оценкой неврологических симптомов; нейропсихологическое тестирование с оценкой характера когнитивных нарушений; лабораторные и инструментальные методы диагностики, включая методы нейровизуализации. В начале каждого раздела будут даны общие рекомендации, касающиеся всех пациентов с КР, а дополнительная информация, имеющая отношение только к конкретной нозологической форме, будет приведена в соответствующих подразделах.

Критерии установление диагноза сосудистого когнитивного расстройства (сосудистой деменции)

Длительное время наиболее используемыми как в клинической практике, так и с научными целями являлись диагностические критерии, предложенные рабочей группой NINDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and the Association Internationale pour la

Rechercheetl' Enseignementen Neurosciences) [13]. Однако, смещение клинической парадигмы от «сосудистой деменции» к «сосудистым когнитивным расстройствам» привело к тому, что в 2014 г. рабочей группой VASCOG (Международного общества по сосудистым поведенческим и когнитивным расстройствам) были сформулированы новые диагностические критерии СКР. Данные критерии учитывают существование не только СоД, но и недементных СКР. Первым этапом необходимо подтвердить у пациента наличие «большого» или «малого» когнитивного расстройства (данные термины эквивалентны понятиям «деменция» и «умеренное когнитивное расстройство».

Предполагаемые критерии малого когнитивного расстройства (УКР) и большого когнитивного расстройства (деменции)	
Малое когнитивное расстройство:	
1. Приобретенное снижение от задокументированного или предполагаемого более высокого уровня функционирования в одном или более когнитивных доменах, что подтверждается: а) Жалобами пациента, хорошо знакомого с ним постороннего лица или врача на умеренное снижение когнитивного функционирования от исходного более высокого уровня. Как правило, жалобы касаются трудностей, связанных с выполнением поставленных задач или необходимостью использования компенсационных стратегий; и б) Признаками умеренного дефицита при объективной оценке когнитивной сферы (проведении стандартного нейропсихологического обследования или аналогичном способе клинической оценки) в одном или более когнитивных доменах. При использовании валидированных методов нейропсихологического исследования, как правило, результаты на 1 - 2 стандартных отклонения ниже принятых норм. 2. Имеющееся когнитивное снижение недостаточно велико для того, чтобы оказывать влияние на социальную и бытовую независимость пациента (что означает сохранность инструментальной повседневной активности), однако поддержание независимости требует больших усилий, вспомогательных приемов или приспособлений.	
Деменция или большое когнитивное расстройство:	
1. Признаки выраженного когнитивного снижения от известного или предполагаемого более высокого уровня в одном или более когнитивных доменах. Когнитивное снижение подтверждается: а) Жалобами пациента, хорошо знакомого с ним постороннего лица или врача на значимое ухудшение специфических способностей; и б) Несомненным значимым дефицитом при проведении объективной оценки когнитивной сферы (путем стандартного нейропсихологического обследования или аналогичного способа клинической оценки) в одном или более когнитивных доменах. Как правило, снижение превышает два стандартных отклонения при сравнении с популяцией, идентичной по возрасту, полу, уровню образования и социокультурным особенностям. Когнитивные нарушения оказывают негативное влияние на независимость пациента (например, пациенту требуется хотя бы минимальная посторонняя помощь в выполнении сперва более сложных повседневных дел, включая решение финансовых вопросов или прием лекарственных препаратов).	

Вторым этапом подтверждается сосудистая этиология имеющегося когнитивного расстройства:

Критерии преимущественно сосудистой этиологии когнитивных нарушений
А. Один из следующих клинических признаков:

1. Возникновение когнитивных нарушений по времени связано с одним или более эпизодами ОНМК. [Начало, как правило, острое со ступенеобразным нарастанием или волнообразным изменением тяжести дефицита в рамках повторных сосудистых эпизодов; когнитивный дефицит сохраняется в течение более чем трех месяцев после очередного эпизода ОНМК. При «подкорковом» варианте СКР клиническая картина может иметь стертое начало с медленным прогрессированием дефекта, соответствующего пункту А2]. ОНМК подтверждается при наличии хотя бы одного из следующего:

- а) Указания на перенесенный инсульт в медицинской документации с упоминанием о его временной связи с появлением когнитивных нарушений;
- б) Клинические признаки, согласующиеся с перенесенным инсультом (например, гемипарез, слабость нижней порции мимических мышц, симптом Бабинского, чувствительные нарушения, включая дефекты полей зрения, псевдобульбарный синдром - центральный парез мышц лица, языка и глотки, спастическая дизартрия, нарушения глотания и недержание аффекта);

2. При отсутствии данных за инсульт или транзиторную ишемическую атаку в анамнезе дефект наиболее выражен со стороны скорости обработки информации, внимания и/или лобных регуляторных функций.

Дополнительно присутствует хотя бы один из следующих симптомов:

- а) Раннее присоединение нарушений ходьбы (походка мелкими шажками по типу «marchepetitspas», а также намагниченная, паркинсоническая походка или апраксия ходьбы); подобные нарушения могут манифестировать с неустойчивости и частых неспровоцированных падений;
- б) Раннее присоединение недержания мочи, императивных позывов на мочеиспускание и других нарушений мочеиспускания в отсутствии урологических заболеваний;
- в) Личностные или эмоциональные расстройства: абулия, депрессия или недержание аффекта

В. Значимые нейровизуализационные (по данным МРТ или КТ головного мозга) признаки цереброваскулярногзаболевания (одно из следующего):

- 1. Для недементного (малого) СКР достаточно одного инфаркта в бассейне крупной артерии; для развития сосудистой деменции (большого СКР), как правило, необходимо наличие двух или трех крупноочаговых инфарктов.
- 2. Развитие сосудистой деменции (большого СКР) возможно также при крайне большом объеме инфаркта или его их стратегическом расположении (как правило, в области таламусов или подкорковых ганглиев).
- 3. Множественные лакунарные инфаркты (> двух), не считая области ствола головного мозга; 1–2 лакуны могут стать причиной большого СКР либо при их стратегическом расположении, либо при сочетании с грубыми изменениями беловещества.
- 4. Выраженные диффузные изменения белого вещества (лейкоэнцефалопатия).
- 5. Стратегически расположенное внутримозговое кровоизлияние либо два или более внутримозговых кровоизлияния. 6. Комбинация перечисленных выше признаков.

Критерии исключения (для малых и больших СКР)

1. Анамнез:

- а) Раннее присоединение нарушений памяти и прогрессирующее нарастание дефекта со стороны памяти и таких когнитивных функций как речь (транскортикальная сенсорная афазия), двигательных навыков (апраксия) и восприятия (агнозия) в отсутствии соответствующих очаговых нейровизуализационных изменений или типичного сосудистого анамнеза.
- б) Раннее возникновение выраженного синдрома паркинсонизма, типичного для деменции с тельцами Леви.

- с) Анамнез, крайне характерный для какого-либо другого первично неврологического заболевания, такого как рассеянный склероз, энцефалит, токсическая или метаболическая энцефалопатия и т.д., достаточного для объяснения имеющихся когнитивных нарушений.

2. Нейровизуализация:

- а) Отсутствие очаговых изменений при КТ или МРТ головного мозга либо их минимальная выраженность.

3. Другое тяжелое сопутствующее заболевание, достаточное для развития нарушений памяти и прочих симптомов:

- а) Другие заболевания, которые при достаточной тяжести могут стать причиной когнитивных нарушений, например, опухоль головного мозга, рассеянный склероз, энцефалит.
- б) Большое депрессивное расстройство с наличием временной взаимосвязи между появлением когнитивного дефекта и вероятного развития депрессии.
- с) Токсические и метаболические нарушения, подтвержденные путем специфического клинико-лабораторного обследования.

Жалобы и анамнез

Сбор жалоб и анамнеза заболевания в обязательном порядке должен предусматривать беседу с самим пациентом и с его информантами. Помимо оценки собственных жалоб пациентов, рекомендуется активно уточнять у них наличие возможных нарушений памяти, трудностей концентрации внимания, выполнения счетных операций, целенаправленных действий, нарушения узнавания (гнозиса), речевых функций, называния, ориентировки в пространстве. Зачастую многие лица старшего возраста не придают отдельным нарушениям особого внимания, считая подобные изменения неотъемлемой частью старения. При сборе анамнестических сведений необходимо уточнять давность возникновения нарушений и характер развития заболевания (острое или постепенное, малозаметное начало), динамику развития клинических симптомов (прогрессирующее, стационарное, волнообразное течение), наличие связи между дебютом когнитивных симптомов с какой-либо другой причиной (инфекционное заболевание, травма, эмоциональный стресс), влияние имеющихся нарушений на повседневную активность, включая изменения профессиональной и бытовой деятельности, потребность в посторонней помощи и эффективность вспомогательных приемов, направленных на уменьшение дефекта, а также выявлять наличие сопутствующих некогнитивных нейропсихиатрических симптомов. Целью такой беседы является не только выявление расстройств речи, памяти или управляющих функций, но и определение степени дезадаптации данного пациента в быту, социальной сфере. Важно уделять внимание оценке сопутствующих заболеваний, способных оказывать влияние на возникновение и динамику КР, уточнять семейный анамнез и анамнез жизни пациента (включая уровень образования, род профессиональной деятельности, наличие вредных привычек). Необходимо уточнить перечень лекарственных препаратов, принимаемых пациентом.

1В

Рекомендуется проводить сбор жалоб и анамнестических сведений не только у самих пациентов с КР, но и у информантов с целью объективизации получаемой информации.

При наличии выраженных когнитивных нарушений сбор жалоб и анамнеза у самого пациента затруднен, как имеющимися мнестическими и/или речевыми нарушениями, так и снижением/отсутствием критики к своему состоянию. Поэтому, информация, получаемая от третьих лиц, становится особенно ценной. В роли информантов могут выступать лица, близко знакомые с пациентом и поддерживающие с ним общение (или осуществляющие уход за ним), желательно в течение последних 5–10 лет. Для облегчения сбора информации предложены различные опросники, например, AD8 (см. приложение) или Опросник IQCODE (см. приложение), имеющие высокую чувствительность и специфичность в скрининговой оценке

наличия КР. Учитывая, что зачастую именно анамнестические сведения играют ключевую роль в определении нозологической принадлежности КР и его тяжести, несмотря на ограниченное количество исследований, подтверждающих данный тезис, рекомендация может считаться сильной.

3А	У всех пациентов с КР рекомендуется уточнять влияние когнитивных нарушений на их повседневную (базовую и инструментальную) деятельность.
-----------	--

Сведения о функциональном статусе пациента позволяют оценить тяжесть КР и выявить пациентов с возможной деменцией, что имеет кардинальное значение для последующего выбора медикаментозных и немедикаментозных методов лечения при ведении пациента, а также для определения потребности пациента в посторонней помощи и уходе. Важно уточнять не только объем повседневных дел, которые пациент способен выполнить без посторонней помощи, но также насколько способность справляться с повседневными делами изменилась на фоне появления признаков КР, изменилась ли способность усваивать новое, например, может ли пациент освоить использование новых для него бытовых приборов. Зачастую дифференциация тяжести когнитивных нарушений между УКР и деменцией легкой степени сопряжена с существенными затруднениями. При этом пациент с легкой деменцией, даже если он кажется сохранным, может иметь сложности с различными видами повседневной деятельности, связанными с активной умственной деятельностью. Например, могут отмечаться сложности в порядке приема лекарственных препаратов, используемых на постоянной основе, проблемы с заполнением платежных документов и планированием расходов и т.д. Для количественной оценки функционального статуса предложены различные шкалы и индексы, такие как шкала оценки инструментальной деятельности в повседневной жизни Лоутона (см. приложение), индекс Бартел (см. приложение), Опросник для оценки функционального статуса (см. приложение). Учитывая, что функциональный статус пациента напрямую связан с его/ее качеством жизни, данная рекомендация является сильной.

2В	У всех пациентов с КР и при необходимости у информантов рекомендуется уточнять сопутствующую медикаментозную терапию с целью выявления препаратов, потенциально негативно влияющих на выраженность когнитивных нарушений, и полипрагмазии.
-----------	--

К лекарственным средствам, которые могут вызвать ухудшение когнитивных функций, относятся препараты с антихолинергическими свойствами, моноаминов обратного захвата ингибиторы неселективные («трициклические антидепрессанты»), нейролептики (антипсихотики), барбитураты, бензодиазепина производные, антигистаминные препараты, некоторые бета-адреноблокаторы, ГМГ-КоА-редуктазы ингибиторы (статины) с липофильными свойствами, сердечные гликозиды и другие препараты. При сопутствующем приеме подобных препаратов у пациента с КР требуется оценить необходимость применяемой терапии и, по мере возможности, выполнить их депрескрайбинг (отмену) или заменить их средствами без негативного влияния на познавательную сферу. Кроме того, пациентов следует целенаправленно расспрашивать о приеме препаратов, зачастую принимаемых без врачебного назначения, включая средства с седативным или снотворным действием, анальгетики, включая препараты растительного происхождения, биологически активные добавки. Необходимо иметь в виду, что даже в отсутствии использования препаратов с негативным влиянием на когнитивную сферу, сама по себе полипрагмазия (прием 5 и более лекарственных средств) ассоциирована со значимым риском КР. Учитывая возможные нарушения памяти и внимания, для должной оценки медикаментозного анамнеза пациента следует просить предоставить список принимаемых препаратов в письменном виде с указанием их доз, частоты и длительности использования.

Сосудистые когнитивные расстройства

При опросе пациента с подозрением на СКР (СоД) особое внимание уделяется характеристикам динамики когнитивного снижения, которые будут различаться в зависимости

от типа СКР. Так для постинсультных КР, как правило, характерно острое начало, в большинстве случаев связанное по времени с ОНМК, с последующим стационарным течением, хотя не исключена как положительная, так и отрицательная динамика. Для «подкорковых» СКР (в рамках «болезни малых сосудов», ДЭ) характерно флюктуирующее течение с эпизодами ухудшения или улучшения состояния, не исключено формирование плато различной продолжительности.

2В	При сборе анамнестических сведений пациентов с предполагаемым СКР рекомендуется уделить особое внимание сопутствующим признакам ЦВЗ, сосудистым факторам риска и информации, свидетельствующей о возможных эпизодах ОНМК.
-----------	---

Важнейшими факторами риска СКР, включая СоД, являются сахарный диабет, курение, артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, ожирение, гиподинамия, депрессия. Информация может быть получена как из медицинской документации, так и из беседы с пациентом и информантами. На возможные эпизоды ОНМК, даже в отсутствии диагностированных ранее инсультов, могут указывать острое возникновение некогнитивных неврологических симптомов с возможным их последующим регрессом. Для постинсультных СКР характерно появление когнитивных нарушений не позднее 6 месяцев от развития ОНМК. Для оценки связи между усугублением КР после развития инсульта целесообразно использовать опросники, например, Опросник информантов о когнитивном снижении у пожилых (IQCODE).

Физикальное обследование

Целью физикального обследования является обнаружение клинических признаков соматических заболеваний и медицинских состояний, способных привести к формированию или усугублению тяжести когнитивных нарушений, к которым относятся: гипотиреоз, сахарный диабет, дефицит витамина В12, фолиевой кислоты, нейроинфекции (сифилис, ВИЧ и др.), онкологические заболевания, декомпенсация соматических заболеваний (почечная, печёночная недостаточность и др.). Также физикальное обследование позволяет уточнить наличие возможных факторов риска развития деменции (например, артериальной гипертензии).

Неврологический осмотр позволяет выявить симптомы, свидетельствующие о структурном поражении головного мозга, что является обязательной составляющей верификации нозологической принадлежности КР.

https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_и_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915

4С	Всем пациентам с КР рекомендуется проводить полное физикальное обследование с целью исключения соматической патологии, потенциально способствующей усугублению состояния пациента или даже развитию когнитивных нарушений.
-----------	--

Оценку коморбидных заболеваний необходимо проводить как при первичной постановке диагноза, так и при развитии эпизодов ухудшения когнитивных нарушений или появлении симптомов ННПР. У лиц пожилого и старческого возраста коморбидные заболевания встречаются крайне часто и могут быть причиной быстрого ухудшения когнитивного и функционального статуса пациента, в том числе с развитием делирия. К частым сопутствующим или провоцирующим КР заболеваниям и медицинским состояниям относятся: сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, нарушение функции щитовидной железы, инфекции, полипрагмазия с присоединением нежелательных эффектов и межлекарственных взаимодействий, падения, недержание мочи и нарушения питания.

Важным фактором риска КР в целом и деменции в частности является старческая астения, что требует ее прицельного выявления и оценки степени тяжести.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28385828/>

4С	Всем пациентам с КР рекомендуется тщательный неврологический осмотр с целью уточнения нозологической принадлежности КР.
-----------	---

В зависимости от заболевания, лежащего в основе КР, представленность сопутствующей неврологической симптоматики может быть различной. Например, у пациентов с ранними стадиями БА неврологический дефицит может отсутствовать, в то время как у пациентов с различными ЦВЗ и СКР может отмечаться полиморфная сопутствующая неврологическая симптоматика. Особенное значение при осмотре пациентов с КР имеют правильная оценка тонуса мышц, признаков пирамидных и экстрапирамидных нарушений, ходьбы и поддержания равновесия, тазовой дисфункции (недержание мочи, запоры).

Сосудистые когнитивные расстройства

В соответствии с общими положениями клинической диагностики КР у пациентов с предполагаемым сопутствующим ЦВЗ требуется детальное исследование неврологического статуса, позволяющее выявить очаговую неврологическую симптоматику, различающуюся в зависимости от типа ЦВЗ и СКР. При этом при осмотре пациентов должно внимание нужно уделить пальпации и аускультации магистральных артерий головы.

Лабораторные исследования

<https://static->

[0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_и_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915](https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_и_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915)

2В	Всем пациентам с КР для исключения сопутствующих состояний, усугубляющих тяжесть когнитивных нарушений, рекомендуется выполнение общих анализов мочи и крови, общетерапевтического биохимического анализа крови (с оценкой концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, АЛТ, АСТ, креатинина, мочевины, уровней натрия, калия, кальция).
-----------	--

Рутинные анализы мочи и крови позволяют исключить ряд состояний, которые могут быть как самостоятельной причиной КР, так и способствовать их усугублению, в том числе за счет развития делирия. Среди них анемия различного генеза, гемобластозы, инфекционные заболевания, почечная и печеночная недостаточность (с возможным развитием уремической или печеночной энцефалопатии), электролитные нарушения, в том числе связанные с приемом лекарственных препаратов, в частности гипонатриемия.

https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Sosudistaya_demenciya_nekotorye_patogeneticheskie_dagnosticheskie_i_terapevticheskie_aspekty/

4С	У всех пациентов с КР рекомендуется исследование уровня гликированного гемоглобина для выявления ранних форм нарушения сахарного обмена.
-----------	--

Сахарный диабет относится к хорошо известным факторам риска различных типов КР, включая БА и СКР. Консенсусное мнение ведущих мировых экспертов сводится к необходимости оценки уровня глюкозы крови натошак у всех пациентов с КР. При этом все больше клинических данных когортных исследований свидетельствуют о целесообразности диагностики нарушений углеводного обмена на более ранних стадиях, когда уровень глюкозы натошак может еще оставаться нормальным. Таким образом, целесообразно исследовать у пациентов не только уровень глюкозы, но и концентрацию гликированного гемоглобина крови.

https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Sosudistaya_demenciya_nekotorye_patogeneticheskie_dagnosticheskie_i_terapevticheskie_aspekty/

2В	Для исключения потенциально курабельных состояний у всех пациентов с КР рекомендуется определение тиреоидного профиля с исследованием уровней свободного тироксина и тиреотропного гормона в сыворотке крови.
-----------	---

Хорошо известно, что клинически значимое нарушение функции щитовидной железы в виде как гипо-, так и гипертиреоза ассоциировано с нарушением когнитивных функций. Поэтому, у всех пациентов с КР, особенно при наличии клинических проявлений, указывающих на тиреоидную дисфункцию, требуется исследование гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т4 свободного).

https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_и_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915

2В	Для исключения потенциально курабельных состояний у всех пациентов с КР рекомендуется определение уровня витамина В12 и фолиевой кислоты.
-----------	---

Снижение концентрации витамина В12 менее 250 пмоль/л ассоциировано с риском развития БА, СоД и БП. Концентрации менее 150 пмоль/л непосредственно связаны с развитием когнитивных нарушений. Поскольку дефицит витамина В12 и фолиевой кислоты часто обнаруживается у лиц старшего возраста, исследование концентрации указанных витаминов в крови следует выполнять у всех пациентов с КР пожилого и старческого возраста.

https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_и_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915

4С	Для исключения потенциально курабельных состояний у всех пациентов с быстрым прогрессированием КР рекомендуется проведение: • серологического скрининга крови и ликвора на нейроинфекции (с определением суммарных антител к возбудителям иксодовых клещей <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i>, к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2, к бледной трепонеме крови и спинномозговой жидкости); • серологического скрининга ликвора на паранеопластические и аутоиммунные энцефалиты.
-----------	--

Учитывая потенциальную курабельность инфекционных и аутоиммунных процессов, способных вызывать поведенческие и когнитивные нарушения, при быстром прогрессировании симптоматики, появлении «плюс-симптомов» (эписиндрома, нетипичных двигательных расстройств, похудения, изменения стандартных лабораторных показателей), рекомендуется анализ крови на RW, ВИЧ, боррелиоз. При торпидном прогрессировании проводится спинномозговая пункция со скринингом на вирусные, бактериальные, паранеопластические и идиопатические аутоиммунные энцефалиты.

https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_и_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915

3В	Всем пациентам с КР рекомендуется определение концентрации гомоцистеина в крови для исключения гипергомоцистеинемии.
-----------	--

Гомоцистеин является важным фактором риска КР, поэтому скрининг концентрации гомоцистеина оправдан, с учетом его предполагаемой важной роли в формировании

когнитивной дисфункции и низкой стоимости, а также простоты терапии гипергомоцистеинемии.

Сосудистые когнитивные расстройства

Дополнительно при диагностике СКР внимание уделяется изменению концентрации холестерина крови и его фракций, а также свертывающей системы крови. Несмотря на активную разработку специфических биомаркеров СКР имеющих данные по их использованию в лабораторной диагностике СКР не достаточно для того, чтобы рекомендовать их в рутинной клинической практике [9].

2B	Пациентам с ЦВЗ и предполагаемым СКР для выявления дислипидемии рекомендуется биохимический анализ крови по оценке нарушений липидного обмена (с исследованием уровней холестерина, триглицеридов, ЛПОНП, ЛПНП, ЛПВП, коэффициента атерогенности).
-----------	--

Данная рекомендация носит условный характер и должна рассматриваться в клиническом контексте конкретного пациента.

5C	Пациентам с СКР вследствие перенесенного ишемического инсульта рекомендуется рассмотреть необходимость ориентировочного исследования системы гемостаза (с оценкой уровней фибриногена, протромбинового времени, протромбина по Квику, международного нормализованного отношения, активированного частичного тромбопластинового времени, тромбинового времени) для исключения возможной коагулопатии.
-----------	--

Данные проспективных исследований указывают на то, что у лиц, перенесших инсульт или имеющих высокий риск инсульта, оправдано исследование таких показателей как С-реактивный белок, гомоцистеин, антитела к фосфолипидам в крови и липопротеин(а). Контроль показателей свертываемости крови может потребоваться у части пациентов с СКР, получающих антикоагулянтную терапию с применением варфарина (контроль МНО).

Инструментальные исследования

Современная диагностика когнитивных нарушений должна включать применение методов нейровизуализации. Обязательным является использование методов структурной нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга), которые применяются для решения двух основных задач:

- 1) выявление потенциально курабельных заболеваний, способных привести к развитию когнитивных нарушений, таких как нормотензивная гидроцефалия, хроническая субдуральная гематома, опухоль головного мозга, артериовенозная мальформация;
- 2) установление локализации и выраженности патологических изменений мозговой ткани.

Дополнительными диагностическими возможностями обладают методы функциональной нейровизуализации: функциональная МРТ (фМРТ), позитронно–эмиссионная томография (ПЭТ) с фтор¹⁸–дезоксиглюкозой (ФДГ), однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ). Однако с учетом высокой стоимости данные исследования не рекомендованы для рутинного обследования пациентов с КР.

Основными показаниями к проведению функциональной нейровизуализации являются:

- диагностика ранних форм КР;
- выявление лиц с высоким риском развития деменции;
- проведение дифференциального диагноза между различными типами деменций;
- быстрое прогрессирование деменции;
- подтверждение органической природы заболевания в отсутствие изменений при структурной нейровизуализации;

- прогнозирование течения заболевания;
- оценка эффективности проводимой терапии.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) не имеет самостоятельного значения в рутинной диагностике хронически протекающих КР и может быть использована при остром или подостром развитии когнитивного дефицита.

1A	Всем пациентам с КР рекомендуется нейровизуализационное обследование с применением структурных методов КТ или МРТ головного мозга для исключения курабельных причин, а также с целью проведения дифференциального диагноза [11].
-----------	--

МРТ головного мозга обладает более высокой по сравнению с КТ чувствительностью и диагностической точностью. Однако в отдельных случаях применение КТ оправдывается более низкой стоимостью исследования, меньшим временем, затрачиваемым на проведение исследования, что делает КТ диагностическим методом выбора у пациентов с низким комплаенсом (например, при наличии психомоторного возбуждения, агрессии). Кроме того, выполнение КТ головного мозга возможно у пациентов с абсолютными противопоказаниями к проведению МРТ (наличие металлических имплантов или инородных тел, обладающих ферромагнитными свойствами, искусственных водителей ритма, электродов). Несмотря на относительно небольшую долю случаев полностью обратимых КР, проведение нейровизуализации оказывается критически важным, поскольку надежные клинические критерии, позволяющие выбрать пациентов, у которых выполнение нейровизуализации было бы предпочтительно, отсутствуют.

5C	Пациентам с КР при наличии возможных пароксизмальных нарушений, а также при быстром прогрессировании когнитивного дефицита рекомендуется выполнение ЭЭГ для диагностики/исключения эпилептического синдрома, аутоиммунного энцефалита, дисметаболической энцефалопатии, болезни Крейтцфельда-Якоба.
-----------	---

Несмотря на отсутствие специфических изменений ЭЭГ при КР, данный вид обследования может быть показан для исключения эпилептической активности, а также ряда токсико-дисметаболических расстройств. Кроме того, ЭЭГ может быть рекомендована при подозрении на болезнь Крейтцфельда-Якоба, поскольку данное заболевание сопровождается характерными электроэнцефалографическими изменениями. Потенциал ЭЭГ исследуется с точки зрения дифференциальной диагностики основных нозологических вариантов КР, однако в настоящий момент убедительных данных недостаточно для того, чтобы рекомендовать этот метод при рутинном обследовании всех пациентов с КР.

Сосудистые когнитивные расстройства

При СКР методы нейровизуализационного обследования играют во многом ключевую роль в постановке диагноза. В соответствии с критериями Sachdev P. и соавт (2014 г.) [12] отсутствие типичных для разных типов СКР очаговых изменений по данным МРТ или КТ головного мозга исключает диагноз.

Помимо нейровизуализационной диагностики пациентам с СКР может потребоваться проведение и других инструментальных обследований, направленных на выявление болезней сосудов и сердца (нарушений ритма, структурных изменений стенок, клапанного аппарата), лежащих в основе ЦВЗ.

1A	Рекомендуется выполнение структурной нейровизуализации с использованием МРТ или КТ головного мозга всем пациентам с подозрением на СКР для подтверждения наличия и уточнения тяжести патологических изменений головного мозга, а также соответствия их клинической картине [11, 12].
-----------	--

Изменения, выявляемые при нейровизуализации, являются неоднородными и определяют тот или иной вариант когнитивных нарушений. Изображения КТ и МРТ головного мозга при СКР во многих случаях характеризуются наличием множественных корковых и/или подкорковых

ишемических очагов (мультиинфарктная деменция), при этом для развития функциональных расстройств значение имеет как общий объем поврежденного мозгового вещества, так и локализация повреждений. Однако чаще СоД вызывается поражением малых сосудов, классическими радиологическими маркерами которого являются лакунарные инфаркты в подкорковом белом и сером веществе и гиперинтенсивный сигнал от белого вещества перивентрикулярных и субкортикальных областей («лейкоареоз»), считающийся клинически значимым при распространении не менее чем на 25% белого вещества[14]. С расширением диагностических возможностей современных томографов в качестве дополнительных маркеров патологии малых сосудов стали рассматривать расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робина (ПВР), микрокровоизлияния и атрофические изменения [1, 29]. Необходимо помнить о том, что само по себе выявление «сосудистых» очагов, не позволяет исключить сопутствующего нейродегенеративного процесса, таким образом, «чистые» СКР могут быть диагностированы, если очаговые нейровизуализационные изменения полностью объясняют имеющуюся у пациента клиническую симптоматику.

5C	Для исключения возможной сопутствующей патологии сердца у пациентов с СКР рекомендуется выполнение эхокардиографии.
-----------	---

2B	Для исключения возможной фибрилляции предсердий как важного фактора когнитивной дисфункции у пациентов с СКР рекомендуется соответствующее дообследование в соответствии по актуальной клинической практикой.
-----------	---

Данными многочисленных мета-анализов эпидемиологических и проспективных клинических исследований показана связь между структурной патологией сердца, а также нарушениями сердечного ритма (в основном фибрилляцией предсердий), даже если они являются клинически «бессимптомными», и СКР.

3C	У всех пациентов с СКР для исключения патологии магистральных артерий головы и шеи рекомендуется их ультразвуковое исследование с выполнением дуплексного сканирования экстракраниальных и интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий[15].
-----------	--

Атеросклероз магистральных артерий головы является важным фактором риска ЦВЗ и инсульта. Несмотря на отсутствие согласованных систематических данных по корреляции между степенью атеросклеротических изменений магистральных артерий головы и выраженностью когнитивных нарушений при СКР, в отдельных исследованиях показано, что значительные стенозы по данным дуплексного сканирования сонных артерий сопряжены с высоким риском КР у пожилых.

Иные диагностические исследования

Для верификации и определения степени выраженности КР у пациента обязательным является проведение специализированного нейропсихологического обследования. Объем нейропсихологического тестирования и выбор методик зависит от тяжести когнитивных расстройств, характера имеющихся нарушений, целей, стоящих перед исследователем.

Подбор методик, опросников, тестов должен осуществляться таким образом, чтобы достаточно полно охватывать все сферы познавательной деятельности и, в то же время, быть доступным в рутинной практике. Среди широкого арсенала тестов, предлагаемых на сегодняшний день для диагностики когнитивных расстройств, большинство изначально были валидизированы для диагностики когнитивных нарушений альцгеймеровского типа. Однако, учитывая полифункциональную направленность многих шкал, значительная часть тестов, верифицирующих БА, может применяться и при других состояниях.

Для качественной оценки состояния пациента необходимо соблюдать ряд условий. Исследование состояния когнитивных функций должно проводиться в утренние часы в отдельном помещении при достаточном освещении и исключении внешних раздражителей.

Обследуемые должны слышать, понимать обращенную речь, иметь остроту зрения, достаточную для восприятия и выполнения заданий (допускается использование очков). При жалобах пациента на общую слабость, сонливость или другие признаки, временно ограничивающие выполнение заданий, необходимо предоставить ему отдых достаточной продолжительности или перенести исследование на другой день.

Обязательным условием объективной оценки выраженности нервно-психических расстройств и функциональных нарушений является информанта.

Выбор методик определяется характером и выраженностью когнитивных нарушений, навыками и оснащенностью врача.

Основные нейропсихологические методики, используемые в диагностике когнитивных расстройств		
Тесты	Область исследования	Заболевания в основе КР
Краткая шкала оценки психического статуса	Ориентировка во времени и месте, восприятие, память, устный счет, узнавание предметов, письменная и разговорная речь.	Болезнь Альцгеймера Деменция с тельцами Леви Смешанная деменция
Монреальская шкала оценки когнитивных функций	Управляющие функции, внимание, зрительно-пространственные функции, гнозис, память	Сосудистые КР Болезнь Альцгеймера Деменция с тельцами Леви Смешанная деменция Посттравматические КР
Тест пяти слов	Память, внимание	Болезнь Альцгеймера Сосудистые КР Смешанная деменция
Тест рисования часов	Управляющие функции, зрительно-пространственные функции	Сосудистые КР Болезнь Альцгеймера Деменция с тельцами Леви Смешанная деменция
Дополнительные методики, применяемые в диагностике когнитивных расстройств		
Батарея тестов для оценки лобной дисфункции	Управляющие функции, внимание	Лобно-височная деменция Сосудистые КР Посттравматические КР
Повторение цифр в прямом и обратном порядке	Внимание	Лобно-височная деменция Сосудистые КР Посттравматические КР
Тест слежения	Внимание, управляющие функции, скорость психических процессов	Сосудистые КР Болезнь Альцгеймера Деменция с тельцами Леви Посттравматические КР Дисметаболические КР
Методика «таблицы Шульце»	Внимание	Сосудистые КР Лобно-височная деменция Болезнь Альцгеймера Посттравматические КР Дисметаболические КР
Бостонский тест называния рисунков	Речь, гнозис	Болезнь Альцгеймера

		Лобно-височная деменция Деменция с тельцами Леви Сосудистые КР
--	--	--

Кроме того, согласно сравнительным данным, у пациентов с недементными КР (в частности УКР), наибольшей диагностической точностью обладают шкалы: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-тест, от англ. Montreal Cognitive Assessment), в то время как Краткая шкала оценки психического статуса (англ. Mini Mental State Examination, MMSE), разрабатывавшаяся для диагностики КР, связанных с БА, проигрывает им в чувствительности. А с точки зрения специфичности для дальнейшего развития БА высокой диагностической точностью обладают методики с отсроченным припоминанием заученного материала, нацеленные на выявление дефекта эпизодической памяти.

В рутинной практике врачей первичного звена, в частности врачей общей практики, зачастую требуется быстрая оценка наличия или отсутствия значимой когнитивной дисфункции, для чего предложены различные скрининговые инструменты, использование которых требует всего нескольких минут, например, шкала Мини-Ког и чуть более затратная по времени шкала 3-КТ.

Помимо оценки характера и выраженности когнитивных нарушений важно оценить степень их влияния на повседневную деятельность пациента, включая способность к самообслуживанию, ведению домашнего хозяйства, пользованию предметами быта, профессиональную деятельность, социальное взаимодействие. В клинических исследованиях находят широкое применение некоторые функциональные шкалы, предназначенные для оценки степени дезадаптации пациента или тяжести деменции по общему впечатлению врача, проводящего исследование, однако их применение в широкой практике ограничено трудоемкостью и необходимостью дополнительного обучения.

Зачастую именно по этимшкалам оценивается эффективность лекарственных препаратов при долгосрочной терапии деменции. В рутинной практике среди наиболее простых и удобных шкал и опросников для оценки изменений повседневной (инструментальной и бытовой) активности можно выделить шкалу Лоутона, Опросник функциональной активности FAQ и индекс Бартел.

На разных стадиях когнитивного снижения у большинства пациентов наблюдаются различные нейропсихиатрические симптомы, как аффективные, так и поведенческие, своевременное выявление и коррекция которых позволяют уточнить диагноз и повысить эффективность проводимого терапевтического вмешательства.

В ряде случаев требуется дифференциация выявленных когнитивных нарушений с аффективными расстройствами, которые нередко имитируют клиническую картину деменции («депрессивная псевдодеменция»). Для этих целей применяются шкалы оценки тревоги и/или депрессии, например, шкала Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Гериатрическая шкала депрессии, Нейропсихиатрический опросник. Показано, что сопутствующие ННПР усугубляют выраженность когнитивного и функционального дефицита, снижают качество жизни самого пациента и лиц, осуществляющих за ним/ней уход, а также ассоциированы с более высокой частотой институализации пациента.

2С	Рекомендуется проводить скрининг когнитивного статуса у пациентов с жалобами на забывчивость, рассеянность, трудности при подборе слов (или при наличии жалоб со стороны родственников/ухаживающих на снижение памяти и ограничения функционирования пациента).
----	---

Для быстрой диагностики когнитивных расстройств можно использовать шкалу Мини-ког, однако следует учитывать, что данная методика нечувствительна к недементным КР. При необходимости проведения скрининга у пациентов без выраженного когнитивного снижения

в отсутствии значимых изменений функционального статуса целесообразно использовать шкалу MMSE, MoCA-тест.

1А	Всем пациентам с когнитивными нарушениями для уточнения тяжести и клинических характеристик когнитивного дефицита рекомендуется проведение полноценного нейропсихологического обследования с применением стандартных шкал и тестов.
-----------	---

Конкретный набор шкал и тестов определяется тяжестью и предположительным нозологическим субстратом КР, а также состоянием пациента и временными рамками обследования.

2В	При проведении нейропсихологического обследования у всех пациентов с когнитивными нарушениями для определения функционального дефицита рекомендуется оценка нарушений повседневной и инструментальной деятельности с применением соответствующих шкал.
-----------	--

Нарушения функционального статуса имеют ключевое значение в определении тяжести и клинической значимости КР, определяемых у пациента. Информация о нарушении различных видов повседневной деятельности должна в обязательном порядке уточняться у информанта.

2А	При проведении нейропсихологического обследования для выявления и определения выраженности нейропсихиатрических симптомов у всех пациентов с КР рекомендуется их целенаправленная оценка, в том числе с применением соответствующих шкал и опросников.
-----------	--

В силу снижения критики к своему состоянию, а также в виду стигматизирующего характера ННПР многие пациенты могут активно отрицать наличие у себя подобных нарушений, таким образом информация в обязательном порядке должна быть уточнена у информанта (ухаживающего лица).

3В	Учитывая повышенный риск развития деменции у всех пациентов с УКР рекомендуется выполнять оценку нейропсихологического статуса в динамике не реже 1 раза в год с целью своевременного выявления перехода КР в стадию деменции с необходимостью начала соответствующей адекватной терапии.
-----------	---

В различных исследованиях было показано, что прогноз у пациентов с недементными КР различен. Несмотря на то, что в целом риск формирования деменции в ближайшие годы в данной группе пациентов значительно выше, чем среди лиц сопоставимого возраста из общей популяции, часть пациентов с УКР длительное время остается стабильной, а у некоторых даже отмечается улучшение их когнитивного статуса.

Сосудистые когнитивные расстройства

У больных с ЦВЗ и СКР когнитивные нарушения являются ключевым симптомом заболевания, однако могут быть несвоевременно диагностированы в силу доминирования в жалобах больного соматических и неврологических симптомов на «общую слабость», «боли» различной локализации, нарушения сна, «головокружение», которым больными обозначаются неустойчивость и другие постуральные нарушения различного генеза. В когнитивной сфере в наибольшей степени страдают управляющие функции – способность планировать и оценивать действия, внимание (способность удерживать внимание и переключать его) и мышление (включая способность к обобщению, абстрагированию, счету). Также вторично могут страдать праксис (за счет неспособности спланировать свои действия; при оценке двигательного праксиса характерно появление персевераций), восприятие (как правило, отмечается его фрагментарность за счет импульсивности, неспособности последовательно проанализировать весь массив предъявляемой информации), память. В отличие от мнестических нарушений, типичных для БА, характеризующихся нарушением запоминания, при СКР страдает процесс извлечения информации, что облегчается введением стратегии запоминания и подсказок при попытке пациентом вспомнить заученный материал.

Перечисленные «лобные» нарушения зачастую ассоциированы со снижением критики и способности к адекватной оценке собственного дефекта, поэтому больные могут не предъявлять жалоб когнитивного характера и даже настойчиво их отрицать. У многих пациентов отмечается замедление психических процессов, сопровождающееся апатией, снижением инициативности и внимания к себе или, чаще на более ранних стадиях, расторможенностью, эмоциональной лабильностью, склонностью к дисфории. Для СКР типично сочетание с «сосудистой депрессией», что необходимо учитывать, как при обследовании пациента, так и планировании его дальнейшего ведения. У больных с постинсультными СКР когнитивные и другие ННПР часто сопровождаются признаками очагового поражения головного мозга (двигательными, чувствительными, тазовыми), топически соответствующими зоне инфаркта или кровоизлияния.

При выборе шкал для нейропсихологической оценки следует учитывать основной спектр когнитивных нарушений, характерных для СКР. Необходимо иметь в виду, что, широко применяемая в клинической практике шкала MMSE является недостаточно чувствительной для диагностики СКР, а более подходит МоСА-тест. В дополнении к ней применяются и другие тесты, например, Батарея тестов для оценки лобной дисфункции, тест слежения, тест рисования часов, графомоторная проба и др.

Как и при исследовании пациентов с другими КР, для оценки тяжести когнитивных нарушений при СКР помимо количественных нейропсихологических методик также применяются клинические шкалы, оценивающие и другие (поведенческие, эмоциональные, функциональные) симптомы. Одними из наиболее полных клинических шкал, весьма часто применяемых на практике, являются Шкала общего ухудшения (Global Deterioration Rating) и Клиническая рейтинговая шкала деменции (Clinical Dementia Rating scale – CDR).

1A

Для скрининговой оценки нейропсихологического статуса пациентов с подозрением на СКР рекомендуется использовать МоСА-тест[18].

Для пациентов с СКР основным нейропсихологическим феноменом является преобладание нарушение управляющих функций и нейродинамические расстройства. Систематический обзор эффективности применения различных методик при СКР показал, что наибольшей информативностью для данной популяции пациентов обладает МоСА-тест.

Лечение

Общие положения по лечению когнитивных расстройств

Лечение пациентов с КР определяется тяжестью когнитивного дефекта и его влиянием на разные стороны повседневной жизни пациента, а также основным и сопутствующими заболеваниями. Подходы к лечению принципиально разнятся в зависимости от того, достигают ли КР степени деменции; включают как лекарственные, так и немедикаментозные методы и подразумевают коррекцию не только когнитивных, но и других некогнитивных/нервнопсихических (поведенческих, психотических, эмоционально-аффективных) нарушений.

Лечение недементных когнитивных расстройств

Ведение пациентов с недементными когнитивными нарушениями преследует две основные цели – вторичную профилактику прогрессирования КР (профилактику деменции) и уменьшение выраженности КР и их влияния на жизнь пациента. В настоящее время убедительных данных, подтверждающих преимущества какого-либо медикаментозного лечения у пациентов с недементными формами КР, не достаточно. В ограниченном числе клинических исследований у пациентов с УКР выполнялась проверка различных как с точки зрения химической структуры, так и биологических эффектов субстанций, включая витаминные добавки (витамины группы В, D, E, C), нестероидные противовоспалительные препараты, допаминергические препараты, биологически активные вещества растительного

происхождения, нейротрофические средства. Однако, результаты большинства исследований показали либо отсутствие эффектов вмешательства при УКР, либо качество самих исследований не позволяло сделать однозначных выводов о соотношении пользы и вреда изученной терапии. Во многом сложность изучения способов лечения недементных когнитивных расстройств связана с несовершенством методологической базы, трудностью клинической диагностики синдрома УКР, его нозологической неоднородностью, что делает затруднительным адекватную интерпретацию получаемых данных. Кроме того, большинство исследований имеют недостаточную для оценки превентивных эффектов продолжительность. Таким образом, акцент при лечении недементных КР следует делать на коррекцию модифицируемых факторов риска, а также немедикаментозные методы, такие как диета, физическая активность и стимуляция познавательных функций.

2B	У всех пациентов с КР, страдающих артериальной гипертензией, рекомендуется оптимизация артериального давления с подбором антигипертензивной терапии в соответствии с актуальными терапевтическими рекомендациями с целью предупреждения дальнейшего прогрессирования когнитивного дефицита.
-----------	---

Артериальная гипертензия является одним из основных факторов риска КР и деменции, как нейродегенеративной, так и сосудистой этиологии. Следует учитывать тот факт, что у лиц старческого возраста (старше 75 лет) в ряде исследований был продемонстрирован «сердечно-сосудистый парадокс», заключающийся в протективных эффектах артериальной гипертензии на состояние когнитивной сферы. Кроме того, сама по себе артериальная гипотония, в том числе ятрогенного характера, может так же приводить к ишемии головного мозга и усугублению тяжести имеющегося КР, что нужно учитывать при подборе антигипертензивной терапии.

1A	Всем пациентам с УКР рекомендуется оптимальная физическая активность с целью улучшения общего состояния когнитивной сферы.
-----------	--

Гиподинамия является одним из основных факторов риска недементных КР и деменции. В многочисленных исследованиях показан как протективный эффект комбинированных физических упражнений у когнитивно сохранных лиц пожилого возраста, так и общая положительная динамика состояния когнитивной сферы у пациентов с УКР. Результаты систематических обзоров свидетельствуют о том, что наибольшим преимуществом обладают мультимодальные тренировки, включающие как аэробную, так и силовую нагрузку.

2B	Всем пациентам с УКР для предупреждения прогрессирования КР рекомендуется придерживаться здоровой («средиземноморской») диеты.
-----------	--

Ранее было продемонстрировано, что коррекция принципов питания пациентов способствует предупреждению заболеваний, являющихся значимыми факторами риска КР и деменции, например, сахарного диабета и ЦВЗ. В целом, «средиземноморская» диета созвучна основным принципам здорового питания и подразумевает употребление большого количества свежих овощей и фруктов (за исключением крахмалистых), рыбы и морепродуктов, кисломолочных продуктов, цельнозерновых продуктов, орехов, растительных масел, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты при одновременном ограничении свободных сахаров (<5–10% от общей суточной калорийности) и жиров (<30% от общей суточной калорийности). В то же время, проведенный мета-анализ указывает на то, что превентивный эффект подобных вмешательств наблюдается только при строгом соблюдении принципов питания.

1B	Всем пациентам с УКР для улучшения повседневной активности рекомендуется выполнение упражнений для стимуляции когнитивных функций (проведение когнитивного тренинга).
-----------	---

Когнитивная стимуляция у пациентов может осуществляться как путем активных упражнений (когнитивного тренинга), так и за счет поддержания высокого уровня бытовой, социальной и профессиональной активности. Предполагается, что у пациентов с УКР когнитивная

стимуляция позволяет более интенсивно задействовать когнитивный резерв. Предложено множество техник когнитивного стимулирования, что затрудняет анализ совокупной информации и однозначные выводы. Согласно систематическим обзорам, желательные эффекты такого вмешательства существенно превышают возможные риски и, таким образом, могут быть рекомендованы всем пациентам с УКР, однако убедительных данных о превентивных эффектах когнитивного тренинга с целью предупреждения деменции недостаточно.

5C	С целью предотвращения нарастания когнитивного дефицита у всех пациентов с недементными когнитивными нарушениями рекомендуется отказ от курения.
-----------	--

5C	У пациентов с УКР с сопутствующим сахарным диабетом рекомендуется должный контроль гипергликемии с целью предотвращения прогрессирования когнитивных нарушений.
-----------	---

Сахарный диабет относится к важным факторам риска КР и деменции. Таким образом, коррекция уровня глюкозы крови должна осуществляться с учетом возможных осложнений сахароснижающей терапии и последствий отсутствия должного лечения сахарного диабета.

5C	У всех пациентов с КР по мере возможности рекомендуется отмена препаратов с потенциально негативным действием на когнитивные функции.
-----------	---

КР могут быть прямым следствием приема препаратов с седативным и холинолитическим действием, что подчеркивает важность анализа и коррекции сопутствующей медикаментозной терапии. Для оценки холинолитического потенциала проводимой медикаментозной терапии предложена Шкала антихолинергической нагрузки АСВ. Коррекция модифицируемых факторов риска, а также устранение факторов, негативно влияющих на познавательные функции (в ситуациях, где это возможно клинически), при ведении подобных пациентов имеет первоочередное значение.

2B	Для уменьшения выраженности субъективных симптомов и сопутствующих некогнитивных симптомов у пациентов с УКР рекомендуется назначение гинкго двулопастного листьев экстракта.
-----------	---

У пациентов с УКР была показана эффективность данной терапии, заключающаяся в уменьшении выраженности клинических проявлений когнитивного расстройства (уменьшении мнестических нарушений, тревожности, улучшении концентрации внимания), а также благоприятный профиль соотношения ожидаемой выгоды и неблагоприятных эффектов.

2B	Не рекомендуется рутинное назначение антихолинэстеразных средств (ингибиторов холинэстеразы (ИХЭ)) у пациентов с недементными КР.
-----------	---

Антихолинэстеразные средства (ИХЭ) относятся к медикаментозным средствам первой линии терапии при болезни Альцгеймера, также применяются при деменции с тельцами Леви, смешанной деменции и в отдельных клинических ситуациях при сосудистой деменции. Тем не менее, в РКИ различных типов антихолинэстеразных средств (ИХЭ) (донепезила, ривастигмина и галантамина) не удалось показать эффектов данной терапии при УКР с позиции сроков развития последующей деменции. Кроме того, в терапевтических группах была достоверно повышена частота нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердца. В совокупности, это не позволяет рекомендовать подобную терапию в рутинной практике при ведении пациентов с УКР. Поскольку граница между синдромом УКР и лёгкой деменцией не всегда отчётлива, при решении вопроса о назначении антихолинэстеразных средств (ИХЭ) требуется тщательный анализ конкретной клинической ситуации.

Лечение деменции

Для большинства нозологических форм КР, достигающих степени деменции, основой терапии является применение базисных препаратов для лечения деменции, к которым относятся два типа препаратов – антихолинэстеразные средства (ИХЭ) и мемантин. Данные препараты не только влияют на ключевые проявления КР, но также способствуют улучшению общего функционального статуса пациента, качества жизни как самого пациента, так и окружающих его людей, оказывают положительное влияние на выраженность ННПР, а соотношение выгоды и возможного вреда терапии варьирует в зависимости от конкретной нозологической формы.

<https://fpnotebook.com/Neuro/CV/VsclrDmnt.htm>

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылки
М-, Н-Холиномиметики, в т.ч. антихолинэстеразные средства	Донепезил (таблетки)	внутрь	А	Vascular Dementia https://fpnotebook.com/Neuro/CV/VsclrDmnt.htm Сосудистая деменция «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915
М-, Н-Холиномиметики, в т.ч. антихолинэстеразные средства	Нейромедин (таблетки)	Внутрь	А	Vascular Dementia https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21350422/
Блокатор глутаматных NMDA-рецепторов	Мемантин(таблетки)	внутрь	А	Vascular Dementia https://fpnotebook.com/Neuro/CV/VsclrDmnt.htm Сосудистая деменция «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915
Ноотропное средство	Семакс (капли)	интраназально	В	“Влияние нейрометаболического препарата семакс на интеллектуально-мнестические функции у пожилых.”

				https://medicom-mtd.com/htm/Pub/pub_eeg_283.pdf
м-, Холиномиметики, в т.ч. антихолинэстеразные средства	Галантамин гидробромид (таблетки)	внутри	А	Vascular Dementia https://fpnotebook.com/Neuro/CV/VsclrDmnt.htm Сосудистая деменция «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915
Антиоксидантная терапия	Эдаравон (раствор)	внутривенно	В	«Комбинации эдаравона для лечения ишемических повреждений мозга» https://yandex.ru/patents/doc/RU2693627C2_20190703
Антиоксидантная терапия	Этилметилгидрокси- пиридин сукцинат (раствор)	в/в или в/м	В	«Изучение доказательной базы использования препаратов, содержащих этилметилгидрокси- пиридина сукцинат, у пациентов с инсультом и его последствиями» https://cyberleninka.ru/article/n/izuchenie-dokazatelnoy-bazy-ispolzovaniya-preparatov-soderzhaschih-etilmetilgidroksipiridina-suktsinat-u-patsientov-s-insultom-i-ego
Противоотёчные средства	Эсциновая соль 2,6- диаминогекса- новой кислоты (раствор)	в/в	А	Vascular Dementia https://fpnotebook.com/Neuro/CV/VsclrDmnt.htm Сосудистая деменция «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915
Нейропротекторы с нейротрофическим действием	Церебролизин (раствор)	в/в или в/м	А	«Церебролизин при сосудистой деменции: улучшение клинических исходов по данным рандомизированного двойного слепого плацебоконтролируемого многоцентрового исследования (с сокращениями)»

				https://cyberleninka.ru/article/n/tserolizin-pri-sosudistoy-dementsii-uluchshenie-klinicheskikh-ishodov-po-dannym-randomizirovannogo-dvoynogo-slepogo
Цитопротекторы	Цитофлавин (таблетки)	внутри	В	Vascular Dementia https://fpnotebook.com/Neuro/CV/VsclrDmnt.htm Сосудистая деменция «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915
Средства улучшающие микроциркуляцию	Пентоксифиллин (раствор)	в/в	В	«Место пентоксифиллина (Трентала) в лечении когнитивных нарушений у больных пожилого возраста» https://cyberleninka.ru/article/n/mesto-pentoksifillina-trentala-v-lechenii-kognitivnyh-narusheniy-u-bolnyh-pozhilogo-vozrasta
Ноотропное средство	Пирацетам (капсула)	внутри	В	«Piracetam for dementia or cognitive impairment» https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10796585/
Ноотропное средство	Цитиколин (раствор)	в/в или в/м	В	«The Importance of Citicoline in Combined Treatment in Dementia: What did the Citimem Study Teach us? » https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33243132/

Кроме того, при лечении КР различного генеза возможно использование и других ноотропных, метаболических, вазоактивных средств, однако, доказательная база их существенно уступает общепризнанным базисным препаратам для лечения деменции.

Немедикаментозные методы лечения показывают свою высокую эффективность при различных типах и тяжести КР и включают лечебную физкультуру (ЛФК), когнитивную стимуляцию, эрготерапию, когнитивно-поведенческую терапию. Болевые синдромы, как правило, не входят в клиническую картину КР, однако рациональное обезболивание пациентов при развитии боли, связанной с сопутствующими медицинскими состояниями, позволяет предотвратить ассоциированное с болевым синдромом нарастание поведенческих нарушений, а также делирия. Применение специфической лечебной диетотерапии не требуется, однако для всех пациентов с КР целесообразно придерживаться принципов здорового питания с достаточным потреблением витаминов, микроэлементов, белка, растительной клетчатки, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот при одновременном ограничении продуктов с высоким содержанием простых сахаров.

Коррекция некогнитивных нервнопсихических расстройств

При появлении у пациентов с деменцией психотических расстройств (бредовых, галлюцинаторных, делирия), агрессивного поведения, возбуждения, необходимо проведение тщательного обследования для исключения внешних провокаторов (включая неадекватное ситуации поведение лиц, окружающих пациента), присоединившейся соматической патологии или декомпенсации имеющихся соматических заболеваний (патологии сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, инфекции мочевыводящих или дыхательных путей и т.п.). Необходимо также проанализировать принимаемые пациентом препараты для исключения медикаментозной интоксикации и эффектов холинолитического спектра.

Для коррекции поведенческих и психических нарушений в первую очередь должны применяться немедикаментозные методы — организация режима дня и спокойной обстановки дома, регулярная физическая активность, музыкальная терапия, терапия домашними животными, тактильные воздействия (массаж, прикосновения), а также клиничко-психологическое консультирование, включая работу с родственниками и лицами, осуществляющими уход.

1A	Не рекомендуется рутинное назначение антихолинэстеразных средств (ингибиторов холинэстеразы (ИХЭ) у пациентов с недементными КР.
-----------	--

Лечебная физкультура, музыкотерапия, светотерапия, а также мультимодальный подход оказывали достоверное положительное влияние на функциональный статус пациентов и достоверно уменьшали выраженность депрессии. Анализ по подвидам немедикаментозной терапии показал, что музыкотерапия оказывала положительное влияние на выраженность поведенческих симптомов деменции. Нейромедин 1,5% -1,0 – 2 раза в/м, далее 20 мг *2 р в день до 2 месяцев.

1B	Лечение поведенческих и психических расстройств у пациентов с деменцией рекомендуется начинать с препаратов базисной противодementной терапии (антихолинэстеразных средств (ИХЭ) и мемантина).
-----------	--

Применение у больных с деменцией, в частности при БА, холинергической терапии и мемантина не только улучшает когнитивные функции, но и позитивно влияет на выраженность ННПР, а также существенно сокращает необходимость использования психотропных средств. Как при монотерапии мемантином, так и при комбинированной терапии мемантином и донепезилом отмечается позитивное влияние на такие поведенческие нарушения как агрессия и раздражительность, а также бредовые расстройства. Антихолинэстеразные средства (ИХЭ) и мемантин используются по стандартным схемам.

В настоящее время для симптоматической терапии поведенческих и психотических нарушений при деменции используются препараты из следующих фармакологических групп: нейролептики (антипсихотики), антидепрессанты, противозипелитические препараты и анксиолитики. Учитывая значительное количество нежелательных явлений, ассоциированных с приемом психотропных препаратов при деменции, включая антихолинергические эффекты, применение их ограничено теми ситуациями, когда возможные риски оправдываются пользой от их применения, в том числе при неэффективности немедикаментозных мер или опасности состояния пациента как для него самого, так и окружающих его/ее лиц.

1B	При развитии поведенческих и психотических нарушений у пациентов с деменцией рекомендуется назначение атипичных нейролептиков (антипсихотиков) в минимальных дозировках. Данные препараты следует использовать только при неэффективности максимальных доз препаратов базисной терапии и немедикаментозных мероприятий, а также после исключения соматических причин развития психических симптомов или их связи с приемом лекарственных препаратов.
-----------	--

Использование нейролептиков (антипсихотиков), как типичных, так и атипичных, потенциально увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений и повышает смертность среди пожилых пациентов с деменцией. В наибольшей степени данные риски выражены при использовании типичных нейролептиков (антипсихотиков) (хлорпротиксена, галоперидола), поэтому их применение, особенно в больших дозах, у пациентов с деменцией нежелательно. Атипичные нейролептики (антипсихотики) назначаются в минимально эффективной дозировке на короткий период времени. После стабилизации симптомов рекомендуется постепенная отмена антипсихотического препарата. Кветиапин и рисперидон являются наиболее изученными атипичными нейролептиками (антипсихотиками) при БА. Рекомендуется начинать терапию с самых минимальных доз: кветиапин – стартовая доза 12,5 мг на ночь с постепенным увеличением при необходимости до 25–200 мг/сут в два приема (следует помнить о возможности развития ортостатической гипотензии и холинергических эффектах, ассоциированных с более высокими дозами препарата); рисперидон – назначается в дозировке 0,5–1 мг/сут, при необходимости дозировка может быть увеличена до 1,5–2 мг/сут в 2 приема (утро и вечер).

Наиболее частыми нежелательными явлениями при приёме рисперидона являются мышечная слабость, заторможенность, сонливость, легкая скованность, гипо- и амимия. Данные симптомы обычно появляются к концу 4-й недели терапии, чаще всего при приёме в дозировке выше 1,0 мг/сут. Обычно после снижения дозировки препарата данные симптомы исчезают.

При отсутствии эффекта на антипсихотический препарат в течение 5–7 дней его следует заменить другим. Препараты назначаются на срок продолжительностью 3–4 недели, и при исчезновении симптомов дозировку препарата постепенно снижают до полной его отмены. Если на фоне снижения дозировки симптомы появляются вновь, то приём антипсихотика может быть продолжен на долгосрочной основе при условии регулярного анализа риска и выгоды данной терапии. При неэффективности атипичных нейролептиков (антипсихотиков) в отдельных случаях в качестве препарата второй линии терапии возможно использование галоперидола и других типичных нейролептиков (антипсихотиков).

Пожилым пациентам с деменцией не следует назначать бензодиазепина производные с высоким риском накопления препарата (с периодом полувыведения препарата и/или его активных метаболитов более 24 часов, таких как, например, диазепам). В отдельных случаях у агитированных пациентов с деменцией дополнительно к терапии нейролептиками (антипсихотиками) при их недостаточной эффективности возможно использование противосудорожных препаратов (вальпроевая кислота, габапентин, ламотриджин). Препараты на основе вальпроевой кислоты показали свою наибольшую эффективность при коррекции поведенческих расстройств, ассоциированных с деменцией, в комбинации с антипсихотиками при недостаточной эффективности последних. В исследованиях назначались в начальной дозе 250 мг/сут с повышением дозы каждые 4–7 дней в зависимости от эффекта до среднетерапевтических значений 500–750 мг/сут (или достижения дозы 7–10 мг/сут/сут), продолжительность исследований, как правило, была короткой и составляла от 3 до 10 недель. Ламотриджин назначают обычно дополнительно к другой терапии антипсихотиками в начальной дозе 12,5 мг в сутки с медленной титрацией на 12,5 мг каждые 3 недели до достижения терапевтического ответа, в исследованиях наблюдавшего в дозе 25–100 мг/сут, продолжительность применения данного режима дозирования в исследованиях составляла до 16 недель.

Еще одной значимой проблемой является лечение ассоциированной с КР депрессии. Адекватное лечение депрессии может приводить к уменьшению поведенческих нарушений, улучшению нейропсихологического статуса, повышению качества жизни как самих пациентов, так и их родственников. В то же время, мета-анализы использования для фармакокоррекции депрессивных симптомов при деменции различных групп антидепрессантов указывают на ограниченную выгоду подобного вмешательства при

существенных рисках нежелательных явлений, что следует учитывать при решении вопроса о назначении дополнительных препаратов.

5C	У пациентов с КР с клинически значимой депрессией при отсутствии эффекта немедикаментозных мероприятий рекомендуется применение антидепрессантов с низким холинолитическим потенциалом.
-----------	---

При развитии у пациентов с КР клинически значимой депрессии, сопровождающейся выраженным дистрессом как для самого пациента, так и для ухаживающих за ним лиц, может потребоваться назначение антидепрессантов, но применять их следует с осторожностью. Моноаминов обратного захвата ингибиторы неселективные («трициклические антидепрессанты»), обладающие выраженным холинолитическим действием, не рекомендуются к применению, так как могут усиливать когнитивные нарушения, провоцировать спутанность сознания и психотические расстройства. При деменции могут быть использованы антидепрессанты из следующих групп: серотонина обратного захвата ингибиторы селективные (СИОЗС: сертралин, циталопрам, эсциталопрам), другие антидепрессанты, ингибирующие обратный захват серотонина и норадреналина (СИОЗСН: венлафаксин), препараты с норадренергическим и со специфическим серотонинергическим действием (миртазапин). При выборе препарата необходимо учитывать, что применение отдельных антидепрессантов может также оказывать благоприятное влияние при хронических болевых синдромах (венлафаксин, дулоксетин), нарушениях сна (миртазапин, тразодон, агомелатин). При ведении пациентов с депрессией терапия должна быть индивидуализирована и учитывать в том числе изменения со стороны ухаживающих лиц.

Нарушения сна у пациентов с КР имеют различный генез и могут быть связаны с такими полиморфными причинами как апноэ центрального и периферического генеза, нарушения поведения в фазе сна с БДГ, изменения циркадных ритмов, сопутствующие болевые синдромы, синдром беспокойных ног, тревожно-депрессивные состояния. Поэтому, коррекция нарушений сна при КР, особенно у пациентов с деменцией, требует внимательного индивидуализированного подхода.

5C	При нарушении сна и бодрствования у пациентов с КР рекомендуются прежде всего нефармакологические подходы, в том числе меры по соблюдению гигиены ночного сна и максимальному ограничению дневного сна.
-----------	---

Терапию нарушений сна (как и других типов ННПР) при КР следует начинать с немедикаментозных мер. При лечении инсомнии у пациентов с КР высокую эффективность показала когнитивно-поведенческая терапия, которая должна контролироваться и корректироваться при изменении когнитивного статуса, при этом лучшим подходом является сочетание фармакологической и когнитивно-поведенческой терапии. Кроме того, следует учитывать, что применение лекарственных средств базисной терапии (антихолинэстеразных средств (ИХЭ), мемантина) может существенно уменьшать выраженность нарушений сна, возможно, в первую очередь за счет улучшения активности в состоянии бодрствования. Тем не менее и антихолинэстеразные средства (ИХЭ), и мемантин могут быть причиной инсомнии или ночных кошмаров. В этом случае последний прием препарата должен быть перенесен на утренние часы.

5C	Для фармакологического лечения инсомнии при КР рекомендуется использование снотворных со свойствами агонистов бензодиазепиновых рецепторов (циклопирролонов), антидепрессантов с седативным действием, мелатонина, бензодиазепина производных короткого действия.
-----------	---

С целью коррекции нарушений сна терапию следует начинать с наименьшей дозы с последующим медленным ее наращиванием в зависимости от достигнутого клинического эффекта.

Препараты, используемые в лечении инсомнии у пациентов с КР

Фармакологическая группа	Действующее вещество	Диапазон доз
Циклопирролоны	Золпидем	2,5 - 10 мг на ночь
	Зопиклон	3,75 - 7,5 мг на ночь
	Залеплон	2,5 - 10 мг на ночь
Антидепрессанты с седативным действием	Миртазапин	7,5 - 30 мг на ночь
	Тразодон	50 - 150 мг на ночь
Агонисты мелатониновых рецепторов	Мелатонин	3 - 12 мг на ночь
Анксиолитик	Адаптол	500 мг/2 р в день

1В	При развитии у пациентов с КР нарушений дыхания во сне (синдрома обструктивного апноэ сна, центрального апноэ сна) рекомендуется проведение их коррекции в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями при участии сомнолога.
-----------	--

Неинвазивная вентиляция постоянным положительным давлением воздушного потока во время сна или СИПАП-терапия (от англ. ConstantPositiveAirwayPressure, CPAP; метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях) является лучшим подходом и первой линией лечения для большинства пациентов. Большинство пациентов с КР нуждаются в поддержке со стороны родственников или сиделки поэтому важно их обучение и привлечение к помощи. Пациенты с когнитивными нарушениями могут испытывать трудности при надевании масок и чистке своих аппаратов, используемых для СИПАП-терапии. Пациентам, которые не переносят СИПАП-терапию, может проводиться БИПАП-терапия (от англ. BiphasePositiveAirwayPressure, BiPAP; метод создания двухуровневого положительного давления в дыхательных путях).

Сосудистые когнитивные расстройства

Лечение пациентов с СКР зависит от тяжести и патогенетического варианта КР. Вне зависимости от стадии заболевания ключевым моментом является устранение или минимизация эффектов основного сосудистого цереброваскулярного заболевания, например, профилактика повторных эпизодов ОНМК у пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями. Базисные препараты для лечения пациентов с сосудистой деменцией в целом аналогичны терапии БА. Кроме того, учитывая патогенез СКР для клинического применения обсуждаются различные лекарственные средства с вазоактивными, метаболическими и ноотропными свойствами, однако уровень достоверности доказательств эффективности и безопасности большинства из них не позволяет включить их в клинические рекомендации.

3С	Рекомендуется назначение антигипертензивной терапии у пациентов с СКР с целью предупреждения дальнейшего прогрессирования когнитивного дефекта[19, 20].
-----------	---

Артериальная гипертензия является важным фактором риска СКР, в то же время, данные по антигипертензивной терапии у подобных пациентов неоднородны и малочисленны, кроме того, необходимость подобной терапии у лиц старческого возраста (>80 лет) неоднозначна. У пациентов, перенесших инсульт, адекватная антигипертензивная терапия необходима для предотвращения повторных ОНМК и, таким образом, предотвращения усугубления имеющихся СКР и формирования СоД.

2В	У пациентов с постинсультными СКР в целях предотвращения прогрессирования когнитивных нарушений рекомендуется проведение вторичной профилактики инсульта в соответствии с актуальной клинической практикой.
-----------	---

Учитывая прямую взаимосвязь между развитием повторных инсультов и нарастанием тяжести постинсультных КР данная рекомендация является сильной. Объем вторичной медикаментозной профилактики ОНМК будет определяться его типом и профилем сопутствующих заболеваний.

1B	Для коррекции когнитивного дефицита и улучшения общего функционирования пациентам с сосудистой деменцией рекомендуется назначение мемантина[21].
-----------	--

Целесообразность применения мемантина связана с повышением активности глутаматергической системы в условиях ишемии и гипоксии. Терапия мемантином способствует уменьшению выраженности типичных для СКР клинических проявлений, включая нарушение концентрации внимания и нейродинамические расстройства. Препарат имеет лучшую переносимость по сравнению с антихолинэстеразными средствами (ИХЭ). Кроме того, мемантин может быть препаратом выбора у пациентов с СКР, учитывая токсические эффекты антихолинэстеразных средств (ИХЭ) со стороны сердечно-сосудистой системы.

1B	Для коррекции когнитивного дефицита пациентам с сосудистой деменцией рекомендуется назначение антихолинэстеразных средств (ИХЭ)[21, 22].
-----------	--

Применение холинергических препаратов базируется на данных о наличии ацетилхолинергической недостаточности при сосудистой деменции и роли данного нейротрансмиссерного дефицита в формировании когнитивных нарушений. Причиной развития ацетилхолинергической недостаточности является характерное для церебральной микроангиопатии поражение перивентрикулярного белого вещества, в котором проходят основные ацетилхолинергические проводники в кору мозга из ядра Мейнерта.

1B	Для уменьшения выраженности когнитивной дисфункции и улучшения повседневной активности пациентам с СоД рекомендуется назначение гинкго двулопастного листьев экстракта в дозе 240 мг/сут.
-----------	---

Учитывая то, что препараты листьев Гинкго Билоба представляют собой экстракт лекарственного растения, для гарантии должного содержания активных фармацевтических ингредиентов и минимизации риска повышенного содержания токсических компонентов в препарате экстракт должен быть стандартизирован.

Учитывая значительное место в клинической картине СКР других симптомов, включая двигательные, особенно на стадии СоД, требуется их активное выявление и своевременное лечение.

Экстрапирамидные нарушения у пациентов с ЦВЗ, в тяжелых случаях достигающие степени сосудистого паркинсонизма, в ряде случаев можно облегчить применением допаминергических препаратов, в частности препаратами на основе леводопы, однако выраженность клинического ответа сильно варьирует, и в целом хороший ответ на терапию отмечается не чаще чем в 30% случаев. Нарушения ходьбы и равновесия, которые являются основным проявлением двигательных расстройств при ДЭ, зачастую мало изменяются под воздействием препаратов на основе леводопы даже при полученном клиническом ответе в виде значительного уменьшения мышечной ригидности и гипокинезии, что объясняется мультимодальным поражением нейротрансмиссерных систем, лежащим в основе дизбазии. Таким образом, коррекция постуральных нарушений и нарушений ходьбы должна включать не только фармакологические методы, но и возможные немедикаментозные подходы. Среди нефармакологических методов лечения двигательных нарушений, ассоциированных с ЦВЗ, одним из наиболее многообещающих является метод ТКМС. Предполагается, что точкой приложения ТКМС являются процессы нейропластичности, повторная магнитная стимуляция нервных структур способствует активации процессов ремоделирования нейрональной сети. Терапевтические возможности различных режимов ТКМС у пациентов, перенесших инсульт, были изучены в отношении разных синдромов, включая нарушения ходьбы, спастичность, нарушения речи, постинсультные болевые синдромы; в целом в большинстве клинических ситуаций метод показал свою эффективность и безопасность.

2В	При ассоциации СКР с сосудистым паркинсонизмом для уменьшения выраженности двигательных нарушений рекомендуется пробная терапия препаратами, содержащими леводопу.
-----------	--

Наибольший ответ на терапию отмечается при наличии очаговых изменений на МРТ головного мозга в проекции нигростриальных путей, однако даже в этом случае частота хорошего ответа на терапию препаратами на основе леводопы существенно ниже, чем у пациентов с идиопатической БП. Средняя эффективная доза леводопы в составе комбинированных препаратов составляет 300–450 мг/сут, хотя у отдельных пациентов ответ был получен при использовании субмаксимальных и максимальных суточных доз (до 1000 мг леводопы). Учитывая сопутствующие когнитивные и поведенческие нарушения, следует иметь в виду возможный риск развития эпизодов спутанности сознания, психомоторного возбуждения и даже усугубления постуральных расстройств.

2В	У всех пациентов с СКР с сопутствующими нарушениями ходьбы и равновесия рекомендуется комплексный подход с профилактикой падений в соответствии с общими принципами, используемыми в гериатрической практике.
-----------	---

Нарушения ходьбы и равновесия ассоциированы с высоким риском падений и сопутствующим резким ухудшением состояния пациента, и повышенным риском неблагоприятных исходов. Зачастую, помимо расстройств ходьбы высокого уровня, отражающих проявления ЦВЗ, на выраженность двигательных расстройств у пациента оказывают влияние и другие факторы, включая заинтересованность периферической нервной системы, дефицит зрения и слуха, заболевания опорно-двигательного аппарата, побочные эффекты сопутствующей лекарственной терапии, включая развитие ортостатической гипотензии, что требует проведения комплексной гериатрической оценки и разработки индивидуальной программы реабилитации пациента.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ»**

ТАШКЕНТ – 2024

Реабилитация

Пациенты с деменцией нуждаются в длительной реабилитации в связи со снижением уровня функциональной активности и наличием зависимости от посторонней помощи.

Реабилитация должна включать мероприятия по физической активности, поддержанию пищевого статуса, социальной адаптации, подбору средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде. Очень важна работа с родственниками и ухаживающими людьми, организация групп поддержки, работа с психологом и психотерапевтом, логопедом. Трудности вербального общения вынуждают адаптироваться и искать альтернативные пути контакта с пациентом. Поведенческие нарушения, особенно выраженные при отдельных нозологических формах КР, с частой утратой социальных норм, импульсивностью, сексуальной и пищевой расторможенностью представляют сильный стресс для родственников, что требует значительной психологической помощи.

Реабилитация при деменции, в частности при БА, направлена на ослабление влияния поражения головного мозга на повседневную деятельность и качество жизни пациента. Чтобы достичь цели, мероприятия должны быть адекватными степени тяжести заболевания и отвечать потребностям пациента и его близких. Временное улучшение различных функций возможно как на ранних, так и на поздних стадиях заболевания. В терапевтический репертуар включаются не только стандартные методы психо- и социотерапии, но особенно различные поведенческие приемы, осуществляемые окружающими и ухаживающими лицами, которые основаны на следующих принципах:

- 1) необходимо учитывать узкий круг адаптационных возможностей пациента с деменцией (с одной стороны, даже очень небольшие изменения условий внешней среды могут оказать влияние на когнитивные функции, с другой стороны, слишком высокие требования быстро приводят к развитию стресса);
- 2) чтобы достичь цели, мероприятия должны быть адекватными степени тяжести заболевания и отвечать потребностям пациента и его близких;
- 3) выбор мероприятий основывается на ведущем дефекте, определяемом заболеванием, лежащим в основе КР (например, мнестический дефект при БА, поведенческие нарушения при повЛВД, речевой дефект при ППА и т.д.).

1В

Всем пациентам с деменцией легкой и умеренной степенью тяжести рекомендуется проведение эрготерапии.

Эрготерапия позволяет обучить пациента и ухаживающее лицо компенсации когнитивных нарушений и самообслуживанию, что, в свою очередь, упорядочивает поведение и продлевает автономию пациента, снижая нагрузку на опекуна.

3А

У пациентов с речевыми нарушениями с целью их компенсации рекомендуется разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации.

Исследования эффективности речевой терапии достаточно гетерогенны, что определяется как различиями нозологических форм КР, так и используемых методологических подходов. Однако во всех исследованиях показано достоверное улучшение показателей речевой функции, навыков общения, что является значимым исходом с точки зрения ведения пациентов с деменцией, поскольку способствует улучшению взаимодействия с пациентами, что несомненно влияет на эффективность реабилитационных мероприятий и выраженность нагрузки на ухаживающих лиц. Единственным нюансом является то, что каждый язык уникален по своей структуре, лингвистическим и фонетическим особенностям, грамматическим и синтаксическим конструкциям, что требует разработки методик речевого тренинга, адаптированных под конкретную популяцию, а также подбора их в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

1A	Пациентам с деменцией лёгкой степени рекомендуется проведение когнитивного тренинга.
----	--

Этот метод реабилитации не рекомендован на стадии тяжелой деменции из-за низкой эффективности, так как он предполагает сохранную способность к восприятию информации и понимание инструкций, которые на поздних стадиях бывают уже утрачены. Когнитивный тренинг фокусируется на практически ориентированном наборе задач, которые отражают определенные когнитивные функции, такие как память, внимание или решение проблем. Формы тренинга, направленные на наиболее сильно пораженную декларативную память, редко приносят успех. Восстановление дефицита должно включать обучение, способствующее развитию компенсаторных стратегий, и распространяться на решение задач в реальном мире. Может проводиться в индивидуальной и групповой формах. После окончания когнитивных тренировок пациенты в большинстве случаев быстро забывают выученное, поэтому определенный уровень способностей можно поддерживать в течение некоторого времени только с помощью постоянных упражнений.

Кроме того, при разработке индивидуальной реабилитационной программы пациента следует учитывать, что ряд заболеваний, лежащих в основе КР (например, ДТЛ, СоД), сопровождаются двигательными нарушениями различной степени тяжести.

1A	У пациентов с сопутствующими КР двигательными нарушениями, расстройствами равновесия и ходьбы рекомендуются двигательная реабилитация, направленная на сохранение физической активности (трансфер, постуральная устойчивость, мышечная сила, ходьба с привлечением компенсаторных стратегий), модификация окружающей среды для снижения риска падений.
----	--

Должным образом спланированная двигательная реабилитация, не только улучшает общее физическое состояние пациентов с КР, но также позитивно сказывается на состоянии когнитивной сферы и выраженности поведенческих нарушений.

1A	Всем пациентам с деменцией и их родственникам или опекунам рекомендуется семейное клиничко-психологическое консультирование.
----	--

К основным составляющим комплексного консультирования относится предоставление информации о заболевании, возможностях лечения и прогнозе, социальной помощи (организационной, персональной и финансовой), а также юридических аспектах, на которые следует обратить внимание. Пациентам, их семьям и опекунам желательно предоставлять обучающие материалы. Информация должна быть адаптирована для пациента и лица, осуществляющего уход. Полезные материалы могут включать:

- 1) информацию о конкретных состояниях (например, симптомах, ожидаемом прогрессировании и т.д.);
- 2) информацию о ресурсах, посвященных поддержке лиц, осуществляющих уход (включая отсрочку и социальную поддержку);
- 3) информацию о ресурсах сообщества (например, проведение дней пожилого человека, работа общинных центров для пожилых, адаптивные спортивные программы, услуги паратранзита, центры восстановления нервной системы и т.д.);
- 4) информацию о том, как справляться с функциональными ограничениями, потребностями в надзоре и поведенческими изменениями;
- 5) информацию по вопросам безопасности в доме и обществе;
- 6) предварительное планирование ухода (например, опекунство);
- 7) сведения по существующим источникам информации (например, Ассоциации Альцгеймера);
- 8) сведения по эмпирически обоснованным вариантам укрепления когнитивного здоровья (например, физическим упражнениям, участию в сообществах и группах поддержки, здоровому питанию, умственно стимулирующей деятельности и т.д.);

- 9) информацию о сне, важности здоровых моделей сна и рисках, связанных с нарушением сна.

3С	Рекомендуется организовывать группы поддержки (школы психологической реабилитации) для родственников пациентов с КР с учетом специфики нарушений и ведущей причины дистресса.
-----------	---

Показано, что факторы, определяющие дистресс родственников, при отдельных нозологических формах КР (например, при БА и ЛВД) различны. Информированность о болезни, ее течении, о симптомах, которыми она может проявляться, является очень важной составляющей «принятия» проблемы членами семьи. Кроме того, даже в рамках повЛВД можно выделить различные аспекты работы с родственниками: преодоление и контроль реакций на неуместное поведение, импульсивность, преодоление тяжелой апатии пациента, преодоление эмоциональной вовлеченности в связи с нарушением эмпатии и утратой чувства сопереживания. При речевых формах – обучение взаимодействию с пациентом, вспомогательным речевым технологиям, организации пространства, и т.д.

Профилактика

Профилактика развития КР сводится к минимизации или устранению факторов, благоприятствующих их формированию и развитию деменции, в частности, важнейшее значение имеют профилактические мероприятия, направленные на предотвращение прогрессирования цереброваскулярного повреждения. Наиболее хорошую доказательную базу имеют мероприятия, направленные на коррекцию артериальной гипертензии, сахарного диабета, гиперлипидемии, гипергомоцистеинемии, мерцательной аритмии, патологии сердца. В многочисленных исследованиях показано, что регулярные физические упражнения, активная интеллектуальная деятельность, когнитивный тренинг на додементных стадиях оказывают положительное влияние на общее функциональное состояние пациентов с БА и СоД. Полезно включение в рацион морепродуктов, фруктов и овощей, обеспечивающих поступление омега-3 жирных кислот, антиоксидантов (витамина Е и флавоноидов) и витаминов группы В. При этом, учитывая многофакторный характер большинства КР, наиболее оправданным при проведении профилактики когнитивного снижения представляется мультимодальный подход.

2В	В качестве мер профилактики когнитивного снижения и уменьшения риска развития деменции у лиц с сохранными познавательными функциями или преддементными КР рекомендуется мультимодальный подход с коррекцией имеющихся факторов риска.
-----------	---

К основным факторам риска когнитивного снижения и деменции в старшем возрасте относятся 9 основных факторов, включающих образование в раннем периоде жизни, снижение слуха, артериальную гипертензию и ожирение в среднем возрасте и курение, депрессию, гиподинамию, социальную изоляцию и сахарный диабет у лиц старше 65 лет.

1А	С целью первичной профилактики развития КР у пациентов из группы риска рекомендуется лечение: артериальной гипертензии; сахарного диабета; гипергомоцистеинемии; дислипидемии; ожирения.
-----------	--

Для снижения риска КР коррекция перечисленных факторов риска, как показывают многочисленные исследования, наиболее эффективна в среднем возрасте. Лечение должно проводиться в соответствии с официальными актуальными клиническими рекомендациями по каждой из перечисленных форм патологии. Низкий уровень убедительности рекомендации по каждому из перечисленных вмешательств в отдельности объясняется недостаточной эффективностью мономодального подхода к профилактике КР.

2В	У всех лиц, вне зависимости от когнитивного статуса и сопутствующих заболеваний, рекомендуется прекращение курения.
-----------	---

5C	Рекомендуется сокращение употребления алкоголя (включая меры по прекращению злоупотребления приемом алкоголя) у лиц с высоким риском развития КР.
-----------	---

1A	У лиц с нормальным когнитивным статусом и недементными КР для снижения риска развития деменции рекомендовано регулярное выполнение физических упражнений.
-----------	---

Взрослые лица в возрасте 65 лет и старше должны иметь не менее 150 минут аэробной физической активности умеренной интенсивности в течение недели или не менее 75 минут активной аэробной физической активности в течение недели или эквивалентной комбинации умеренной и энергичной активности. Если лица этой возрастной группы не могут выполнять рекомендуемые объемы физической активности из-за состояния здоровья, они должны быть настолько физически активными, насколько позволяют их способности и условия.

5C	Всем взрослым лицам для снижения риска развития КР рекомендуется поддерживать адекватный уровень психической и социальной активности.
-----------	---

5C	Всем взрослым лицам для снижения риска развития КР рекомендуется придерживаться принципов здорового питания.
-----------	--

Диспансерное наблюдение

Все пациенты с КР нуждаются в диспансерном наблюдении, целью которого является достижение улучшения или стабилизации состояния когнитивных функций и улучшение клинического течения основного заболевания, предупреждение прогрессирования или острой декомпенсации, улучшение качества жизни пациента и лиц, осуществляющих за ним уход. К задачам диспансерного наблюдения относятся: коррекция терапии основного заболевания; оценка коморбидности и при необходимости решение вопроса о дообследовании и потребности в консультациях смежных специалистов.

Всем пациентам старшего возраста с КР рекомендуется динамическое наблюдение у невролога, геронтолога, по показаниям у психиатра или врача общей практики раз в 3–6 месяцев для оценки динамики состояния, оптимизации лечения и реабилитации. Оценка сопутствующих коморбидных заболеваний и их терапии осуществляется не реже 1 раза в 6 месяцев или по необходимости.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Выполнено
1.	Проведен сбор жалоб и анамнеза не только у пациентов, но и у информаторов	Да/Нет
2.	Выполнена оценка влияния когнитивных нарушений на повседневную активность пациентов	Да/Нет
3.	Уточнена сопутствующая медикаментозная терапия, включая растительные препараты, витамины и биологически активные добавки, их дозы и регулярность приема	Да/Нет
4.	Проведено специализированное нейропсихологическое обследование с оценкой когнитивных функций	Да/Нет
5.	Проведена клиническая диагностика возможных нейропсихиатрических симптомов	Да/Нет
6.	Проведен общетерапевтический осмотр	Да/Нет
7.	Проведен неврологический осмотр	Да/Нет
8.	Выполнен общеклинический анализ крови	Да/Нет
9.	Выполнен общеклинический анализ мочи	Да/Нет
10.	Выполнен анализ крови на концентрацию гликированного гемоглобина	Да/Нет

11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
12.	Выполнен анализ концентрации липидов крови при подозрении на ЦВЗ	Да/Нет
13.	Выполнен анализ компонентов системы гемостаза у пациентов с постинсультными СКР	Да/Нет
14.	Выполнен анализ крови на показатели функции щитовидной железы (исследование уровня свободного тироксина сыворотки крови, тиреотропного гормона в крови)	Да/Нет
15.	Выполнен анализ крови на концентрацию фолиевой кислоты	Да/Нет
16.	Выполнен анализ крови на концентрацию витамина В12	Да/Нет
17.	Выполнен анализ крови на концентрацию гомоцистеина	Да/Нет
18.	При торпидном прогрессировании КР выполнен серологический скрининг нейроинфекций (определение антител к возбудителям иксодовых клещевых боррелиозов <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> , ВИЧ-1, ВИЧ-2, бледной трепонеме)	Да/Нет
19.	Выполнен общий анализ спинномозговой жидкости при подозрении на связь КР с нейроинфекцией	Да/Нет
20.	У пациентов с подозрением на ЦВЗ выполнены ультразвуковое дуплексное сканирование экстра- и интракраниальных отделов артерий головного мозга	Да/Нет
21.	Выполнена ЭЭГ при наличии пароксизмальных расстройств сознания, быстром прогрессировании когнитивных нарушений	Да/Нет
22.	Выполнено нейровизуализационное обследование (КТ/МРТ головного мозга)	Да/Нет
23.	Назначена консультация специалиста по социальной помощи пациентам с тяжелыми когнитивными расстройствами	Да/Нет
24.	Разработаны рекомендации по физической активности	Да/Нет
25.	Разработаны рекомендации по питанию	Да/Нет
26.	Разработаны рекомендации по когнитивному тренингу	Да/Нет
27.	Даны рекомендации по контролю артериального давления в зависимости от тяжести КР и возраста пациента	Да/Нет
28.	Назначены базисные препараты для лечения деменции в зависимости от предполагаемого нозологического варианта	Да/Нет
29.	Назначена немедикаментозная коррекция некогнитивных нервно-психических расстройств	Да/Нет
30.	Пациентам с деменцией легкой и умеренной тяжести назначена эрготерапия	Да/Нет
31.	Пациентам с деменцией и ухаживающим за ними лицам назначено клиничко-психологическое консультирование	Да/Нет

Приложения

Методология разработки клинического протокола

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований
3	Клинические исследования с применением мета-анализа
4	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
5	Несравнительные исследования, описание клинического случая

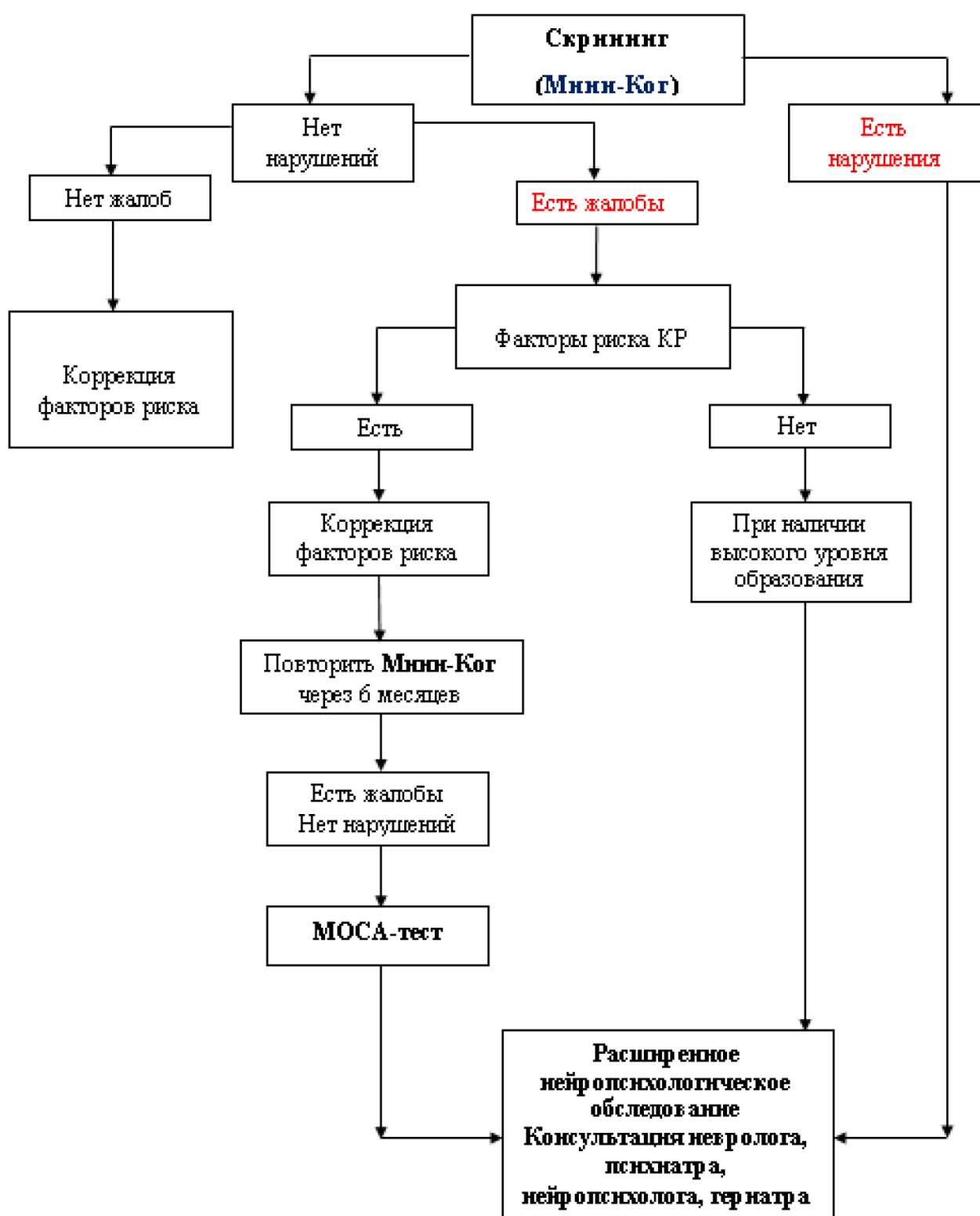
Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

УРР	
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Организация первичной медико-санитарной помощи больным с когнитивными расстройствами



Информация для пациента

Не секрет, что при старении у многих людей рано или поздно возникают проблемы с памятью или иными функциями головного мозга (внимания, мышления, речи и другими), которые называют «когнитивными», или «познавательными». Подобные нарушения могут оказывать отрицательное влияние на привычную жизнь. Зачастую поначалу изменения не имеют большого значения для человека. Они могут оставаться прежними или усугубляться. По мере прогрессирования они могут нарушать способность быстро ориентироваться в незнакомой обстановке, усваивать новую информацию осуществлять привычную деятельность, что в ряде случаев приводит к потере самостоятельности с невозможностью обслуживать себя. Формируется зависимость от окружающих. Такие тяжелые расстройства когнитивных функций называются деменцией.

Вопреки распространенному мнению – тяжелые когнитивные нарушения нельзя считать следствием старения. В основе деменции всегда лежит какое-либо заболевание головного мозга. При своевременном выявлении такие заболевания можно правильно лечить, что помогает продлить качественную самостоятельную жизнь, а при заболеваниях, радикального излечения от которых не существует, – облегчить помощь за больным и улучшить качество жизни его родных и близких.

Если Вы замечаете, что в последнее время у Вас или Ваших близких появляется забывчивость или другиестораживающие симптомы, Вы можете пройти самотестирование при помощи специальных опросников. В любом случае Вам следует обратиться за врачебной помощью.

Краткая шкала оценки психического статуса

ФИО: _____

Дата: _____

Пункт		Балл	Оценка
А. Ориентация			
1	Какой сейчас год?	1	
2	Какое сейчас время года?	1	
3	Какая сегодня дата?	1	
4	Какой сегодня день недели?	1	
5	Какой сейчас месяц?	1	
6	Скажите, где Вы сейчас находитесь? (Например, как называется эта клиника/больница?)	1	
7	В какой стране Вы находитесь?	1	
8	В каком городе Вы находитесь?	1	
9	Назовите, пожалуйста, адрес того места, где мы сейчас находимся	1	
10	На каком этаже Вы находитесь?	1	
В. Немедленная память (запоминание)			
11	Сейчас я назову три предмета. После того, как я их назову, пожалуйста, повторите их названия. Повторите их, потому что через несколько минут я вновь попрошу Вас их назвать. АВТОБУС ДВЕРЬ РОЗА Пожалуйста, повторите названия предметов для меня (1 секунда для называния каждого предмета. Засчитывайте по 1 баллу за каждое слово из трех, правильно повторенное с первой попытки. Сосчитайте количество попыток.) Запишите число попыток: _____	3	
С. Внимание и счет			
12	Последовательно вычитайте из 100 число 7. (93 - 86 - 79 - 72 - 65). (Оценка: Один балл дается за каждое правильное вычитание числа 7, подсчитайте количество правильных вычитаний (0 - 5))	5	
Д. Воспроизведение слов			
Назовите те три слова, которые я просил Вас запомнить			
13	Автобус _____	1	
14	Дверь _____	1	
15	Роза _____	1	
Е. Речь		Балл	Оценка
16	(Покажите наручные часы) Как это называется?	1	
17	(Покажите карандаш) Как это называется?	1	
18	Повторите за мной фразу: « Никаких если, и или но ». Только одна попытка	1	
19	Прочитайте слова, которые написаны на этом листе, и сделайте то, что написано. На бумаге написано « Закройте глаза ». Засчитывается правильный ответ, если пациент закрывает глаза	1	
20	Сейчас я дам Вам лист бумаги. Возьмите бумагу в правую руку, согните ее пополам двумя руками и положите на колени. Сначала прочитайте инструкцию полностью, затем передавайте бумагу. Не повторяйте	3	

	инструкцию. (Засчитывается 1 балл за каждый правильно выполненный компонент задания.)		
21	Напишите на листе бумаги законченное предложение	1	
22	Вот рисунок, пожалуйста, скопируйте его на том же листе бумаги. Правильный ответ засчитывается, если два пятиугольника пересекаются, образуя при этом четырехугольник.	1	
Итоговая оценка		30	



Инструкция к Краткой шкале оценки психического статуса

- Ориентировка во времени.* Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, день недели, месяц, год и время года. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.
 - Ориентировка в месте.* Задается вопрос «Где мы находимся?» Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, этаж. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.
 - Восприятие.* Дается инструкция: «Повторите и постарайтесь запомнить три слова: яблоко, стол, монета». Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. За каждое правильно воспроизведенное слово начисляется 1 балл. Следует предъявлять слова столько, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил, однако оценивается в баллах лишь первое повторение.
 - Концентрация внимания.* Просят последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно пяти вычитаний. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Если пациент не способен выполнить это задание, его просят произнести слово «земля» наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл.
 - Память.* Пациента просят вспомнить слова, которые заучивались в п. 3. Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл.
 - Речевые функции.*
 - Показывают ручку и спрашивают: «Что это такое?», аналогично – часы. Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл.
 - Пациента просят повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в 1 балл.
 - Устно дается команда, которая предусматривает последовательное выполнение трех вышеуказанных действий. Каждое действие оценивается в 1 балл.
 - Дается письменная инструкция (например, «Закройте глаза»), пациента просят прочитать ее и выполнить. Инструкция должна быть написана достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги.
 - Пациент должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение.
 - Пациенту дается образец (два перекрещенных прямоугольника с равными углами), который он должен перерисовать на чистой нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединение линий, выполнение команды считается неправильным. При этом не учитываются искажения фигур, обусловленные тремором. Общий балл по шкале составляет максимум 30 баллов.
- 25-30 баллов – недементные когнитивные расстройства или норма
24 балла и менее – деменция (ориентировочно 20 - 24 балла - деменция легкой степени выраженности;
11 - 19 баллов - деменция умеренной степени выраженности;
0 - 10 баллов - тяжелая деменция).

Пояснения: Данная шкала широко используется в качестве скринингового метода диагностики выраженных когнитивных нарушений, однако она имеет свои недостатки. Недопустима высокая частота применения шкалы у одного и того же больного в связи с возможной обучаемостью вопросам. Шкала является мало чувствительной для диагностики когнитивного дефицита у лиц с низким и очень высоким уровнем образования. Также шкала обладает недостаточной чувствительностью при диагностике додементных когнитивных нарушений.

Стоит учитывать, что шкала позволяет оценить тяжесть когнитивных расстройств только ориентировочно, в частности это касается диагностики деменции, при верификации которой ключевым моментом является подтверждение нарушений функционального статуса и повседневной активности.

1. Создание альтернирующего пути:

Исследователь инструктирует испытуемого: *«Пожалуйста, нарисуйте линию, идущую от цифры к букве в возрастающем порядке. Начните здесь [указать на (1)] и нарисуйте линию от 1, затем к А, затем к 2 и так далее. Закончите здесь [точка (Д)]».*

Оценка: присваивается один балл, если испытуемый успешно нарисует линию следующим образом: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересечения линий. Любая ошибка, которая немедленно не исправлена самим испытуемым, приносит 0 баллов.

2. Зрительно-конструктивные навыки (Куб):

Применение: Исследователь дает следующие инструкции, указывая на **куб**: *«Скопируйте этот рисунок так точно, как можете, на свободном месте под рисунком».*

Оценка: Один балл присваивается при точно выполненном рисунке:

- Рисунок должен быть трехмерным;
- Все линии нарисованы;
- Нет лишних линий;
- Линии относительно параллельны, и их длина одинакова (прямоугольная призма допускается).

Балл не дается, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

3. Зрительно-конструктивные навыки (Часы):

Применение: Укажите на правую треть свободного пространства на бланке и дайте следующие инструкции: *«Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и укажите время 10 минут 12-го».*

Оценка: Один балл присваивается для каждого из трех следующих пунктов:

- Контур (1 балл): Циферблат должен быть круглым, допускается лишь незначительное искривление (т.е. легкое несовершенство при замыкании круга);
- Цифры (1 балл): все цифры на часах должны быть представлены, без дополнительных чисел; цифры должны стоять в правильном порядке и быть размещены в соответствующих квадрантах на циферблате; римские цифры допускаются; цифры могут быть расположены вне контура циферблата;
- Стрелки (1 балл): должно быть две стрелки, совместно показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть очевидно короче, чем минутная стрелка; стрелки должны быть расположены в центре циферблата, с их соединением близко к центру.

Балл не присваивается для данного пункта, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

4. Называние:

Применение: Начиная слева, указать на каждую фигуру и сказать: *«Назовите это животное».*

Оценка: один балл присваивается для каждого из следующих ответов: (1) верблюд или одногорбый верблюд, (2) лев, (3) носорог.

5. Память:

Применение: Исследователь читает список из 5 слов с частотой одно слово в секунду, следует дать следующие инструкции: *«Это тест на память. Я буду вам читать список слов, которые вы должны будете запомнить. Слушайте внимательно. Когда я закончу, назовите мне все слова, которые Вы запомнили. Не важно, в каком порядке вы их назовете».* Делайте отметку в отведенном месте для каждого слова, когда испытуемый его называет при первой попытке. Когда испытуемый укажет, что он закончил (назвал все слова), или не может вспомнить больше слов, прочтите список во второй раз со следующими инструкциями: *«Я прочту те же самые слова во второй раз. Попробуйте запомнить и повторить столько слов, сколько сможете, включая те слова, которые вы повторили в первый раз».* Поставьте отметку в отведенном месте для каждого слова, которое испытуемый повторит при второй попытке. конце второй попытки проинформируйте испытуемого, что его(ее) попросят повторить данные слова: *«Я попрошу вас повторить эти слова снова в конце теста».*

Оценка: баллов не дается ни для первой, ни для второй попыток.

6. Внимание:

Прямой цифровой ряд: Применение: Дайте следующие инструкции: *«Я назову несколько чисел, и когда я закончу, повторите их в точности, как я их назвал».* Прочтите пять чисел последовательно с частотой одно число в секунду.

Обратный цифровой ряд: Применение: Дайте следующие инструкции: *«Я назову несколько чисел, но когда я закончу, вам будет необходимо повторить их в обратном порядке»*. Прочтите последовательность из трех чисел с частотой одно число в секунду.

Оценка: присвоить один балл за каждую точно повторенную последовательность (N.B.: точный ответ для обратного счета 2-4-7).

Бдительность: Применение: Исследователь читает список букв с частотой одна буква в секунду, после следующих инструкций: *«Я прочтувам ряд букв. Каждый раз, когда я назову букву А, хлопните рукой один раз. Если я называю другую букву, рукой хлопать не нужно»*.

Оценка: Один балл присваивается, если нет ни одной ошибки, либо есть лишь одна ошибка (ошибкой считается, если пациент хлопает рукой при назывании другой буквы или не хлопает при назывании буквы А).

Серийное вычитание по 7: Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Теперь я попрошу вас из 100 вычесть 7, а затем продолжать вычитание по 7 из вашего ответа, пока я не скажу стоп»*. При необходимости, повторите инструкцию.

Оценка: Данный пункт оценивается в 3 балла. Присваивается 0 баллов при отсутствии правильного счета, 1 балл за один правильный ответ, 2 балла за два-три правильных ответа и 3 балла, если испытуемый дает четыре или пять правильных ответов. Считайте каждое правильное вычитание по 7, начиная со 100. Каждое вычитание оценивается независимо; так, если участник дает неправильный ответ, но затем продолжает точно вычитать по 7 из него, дайте балл за каждое точное вычитание. Например, участник может отвечать «92-85-78-71-64», где «92» является неверным, но все последующие значения вычитаются правильно. Это одна ошибка, и в данном пункте присваивается 3 балла.

7. Повторение фразы:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Я прочту вам предложение. Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Я знаю то, что Иван единственный, кто может сегодня помочь»*. Вслед за ответом скажите: *«Теперь я прочту Вам другое предложение. Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате»*.

Оценка: Присвойте 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторение должно быть точным. Внимательно слушайте в поиске ошибок вследствие пропусков слов (например, пропуск «лишь», «всегда») и замены/добавления (например, «Иван один, кто помог сегодня»; замещение «прячется» вместо «пряталась», употребление множественного числа и т.д.).

8. Беглость речи:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Назовите мне как можно больше слов, начинающихся на определенную букву алфавита, которую я вам сейчас скажу. Вы можете называть любой вид слова, за исключением имен собственных (таких как Петр или Москва), чисел или слов, которые начинаются с одинакового звука, но имеют различные суффиксы, например любовь, любовник, любить. Я остановлю вас через одну минуту. Вы готовы? (Пауза) Теперь назовите мне столько слов, сколько сможете придумать, начинающихся на букву С. (Время 60 сек). Стоп»*.

Оценка: присваивается один балл, если испытуемый назовет 11 слов или более за 60 сек. Запишите ответы внизу или сбоку страницы.

9. Абстракция:

Применение: Исследователь просит испытуемого объяснить, что общего имеется у каждой пары слов, начиная с примера: *«Скажите, что общего имеется между апельсином и яблоком»*. Если пациент отвечает конкретным образом, скажите еще лишь один раз: *«Назовите, чем еще они похожи»*. Если испытуемый не дает правильный ответ (фрукт), скажите, *«Да, а еще они оба – фрукты»*. Не давайте никаких других инструкций или пояснений. После пробной попытки, скажите: *«А теперь скажите, что общего между поездом и велосипедом»*. После ответа, дайте второе задание, спросив: *«Теперь скажите, что общего между линейкой и часами»*. Не давайте никаких других инструкций или подсказок.

Оценка: учитываются только две последние пары слов. Дается 1 балл за каждый правильный ответ.

Правильными считаются следующие ответы:

Поезд-велосипед = средства передвижения, средства для путешествия, на обоих можно ездить;
Линейка-часы = измерительные инструменты, используются для измерения.

Следующие ответы **не** считаются правильными:

Поезд-велосипед = у них есть колеса;

Линейка-часы = на них есть числа.

10. Отсроченное воспроизведение:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Я Вам ранее читал ряд слов и просил Вас их запомнить. Назовите мне столько слов, сколько можете вспомнить»*. Делайте пометку за каждое правильно названное без подсказки слово в специально отведенном месте.

Оценка: присваивается 1 балл за каждое названное слово без каких-либо подсказок.

По желанию: после отсроченной попытки вспомнить слова без подсказки, дайте испытуемому подсказку, в виде семантического категориального ключа для каждого неназванного слова. Сделайте отметку в специально отведенном месте, если испытуемый вспомнил слово с помощью категориальной подсказки или подсказки множественного выбора.

Подскажите таким образом все слова, которые испытуемый не назвал. Если испытуемый не назвал слово после категориальной подсказки, следует дать ему/ей подсказку в форме множественного выбора, используя следующие инструкции: *«Какое из слов, по вашему мнению, было названо НОС, ЛИЦО или РУКА?»* Используйте следующие категориальные подсказки и/или подсказки множественного выбора для каждого слова: **ЛИЦО** категориальная подсказка: часть тела; множественный выбор: нос, лицо, рука **БАРХАТ** категориальная подсказка: тип ткани; множественный выбор: джинс, хлопок, бархат **ЦЕРКОВЬ** категориальная подсказка: тип здания; множественный выбор: церковь, школа, больница **ФИАЛКА** категориальная подсказка: тип цветка; множественный выбор: роза, тюльпан, фиалка **КРАСНЫЙ** категориальная подсказка: цвет; множественный выбор: красный, синий, зеленый

Оценка: **за воспроизведение слов с подсказкой баллы не даются**. Подсказки используются лишь для информационных клинических целей и могут дать интерпретатору теста дополнительную информацию о типе нарушения памяти. При нарушении памяти вследствие нарушения извлечения, выполнение улучшается при помощи подсказки. При нарушениях памяти вследствие нарушения кодирования, выполнение теста после подсказки не улучшается.

11. Ориентация:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Назовите мне сегодняшнюю дату»*. Если испытуемый не дает полный ответ, то дайте соответствующую подсказку: *«Назовите (год, месяц, точную дату и день недели)»*. Затем скажите: *«А теперь, назовите мне данное место, и город, в котором оно находится»*.

Оценка: присваивается один балл за каждый правильно названный пункт. Испытуемый должен назвать точную дату и точное место (название больницы, клиники, поликлиники). Не присваивается балл, если пациент делает ошибку в дне недели или дате.

Общий балл: суммируются все баллы в правой колонке. Добавить один балл, если у пациента 12 лет образования или менее, до возможного максимума 30 баллов.

Модифицированная методика Мини-Ког

Содержание:

1. Проинструктируйте пациента: «Повторите три слова: лимон, ключ, шар». Слова должны произноситься максимально четко и разборчиво, со скоростью 1 слово в секунду. После того как пациент повторил все три слова, нужно попросить его: «А теперь запомните эти слова. Повторите их еще один раз». Добиваемся того, чтобы пациент самостоятельно вспомнил все три слова. При необходимости предъявляем слова повторно до 5 раз.
 2. Проинструктируйте пациента: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками. Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки должны указывать на 13:45». Больной должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры, изобразить стрелки. Подсказки не допускаются. Больной также не должен смотреть на реальные часы у себя на руке или на стене. Вместо 13:45 можно попросить поставить стрелки на любое другое время.
 3. Проинструктируйте пациента: «Теперь давайте вспомним три слова, которые мы учили в начале». Если больно й самостоятельно не может вспомнить слова, можно предложить подсказку. Например: «Вы запомнили еще какой-то фрукт... инструмент... геометрическую фигуру».
- Подсчет баллов: пациент получает по одному баллу за каждое слово, повторенное без подсказки (всего 0-3 балла). За рисование часов (0-2 балла; 1 балл – все цифры расставлены в правильном порядке и приблизительно на то место, которое они занимают на циферблате. 1 балл – стрелки указывают правильное время; длина стрелок (часовая, минутная) не оценивается. Неспособность или отказ нарисовать часы – 0 баллов). Общий результат представляет собой сумму результатов двух заданий: «Запоминания слов» и «Рисования часов» и составляет от 0 до 5 баллов. Если набрано менее 3 баллов, это основание предположить деменцию. Впрочем, многие пациенты с клинически значимыми когнитивными расстройствами набирают больше двух баллов. Поэтому для большей чувствительности теста рекомендуется рассматривать как свидетельствующий о необходимости более глубокого обследования результат менее 4 баллов.
- Пояснения: выполнение данной методики позволяет бегло оценить наличие несомненных когнитивных нарушений. Может быть недостаточно чувствительна к недементным КР.

Батарея тестов для оценки лобной дисфункции

Функция	Диапазон баллов	Комментарии
Концептуализация	0-3	Пациента спрашивают: «Что общего между яблоком и грушей?». Правильным считают ответ, который содержит категориальное обобщение («Это фрукты»). Если больной затрудняется или дает иной ответ, ему говорят правильный ответ. Потом спрашивают: «Что общего между столом и стулом?». Каждое категориальное обобщение оценивается в 1 балл. Максимальный балл в данном субтесте - 3, минимальный - 0
Беглость речи	0-3	Просят закрыть глаза и в течение минуты называть слова на букву «с». При этом имена собственные не засчитываются. Результат: более 9 слов за минуту - 3 балла, от 7 до 9 - 2 балла, от 4 до 6 - 1 балл, менее 4 слов - 0 баллов
Динамический праксис	0-3	Больному предлагается повторить за врачом одной рукой серию из трех движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола) - ребро (кисть ставится вертикально на медиальный край) - ладонь (кисть ставится горизонтально, ладонью вниз). При первом предъявлении серии больной только следит за врачом, при втором предъявлении повторяет движения врача, наконец, последующие две серии делает самостоятельно. При самостоятельном выполнении подсказки больному недопустимы. Результат: правильное выполнение трех серий движений - 3 балла, двух серий - 2 балла, одной серии (совместно с врачом) - 1 балл
Простая реакция выбора	0-3	Дается инструкция: «Сейчас я проверю ваше внимание. Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз, вы должны ударить два раза. Если я ударю два раза, вы должны ударить только один». Выстукивается следующий ритм 1-1-21-2-2-2-1-1-2 (больной соответственно отвечает на каждый удар). Оценка результата: правильное выполнение - 3 балла, не более двух ошибок - 2 балла, много ошибок - 1 балл. Неспособность выполнить задание - 0 баллов
Усложненная реакция выбора	0-3	Дается инструкция: «Теперь, если я ударю один раз, то вы ничего не должны делать. Если я ударю 2 раза подряд, вы должны ударить только один раз». Выстукивается ритм 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результатов аналогична предыдущему пункту
Исследование хватательных рефлексов	0-3	Больной сидит, его просят положить руки на колени и проверяют хватательный рефлекс. Отсутствие хватательного рефлекса оценивается в 3 балла. Если больной спрашивает, должен ли он схватить, ставится оценка 2. Если больной хватает, ему дается инструкция не делать этого, и хватательный рефлекс проверяется повторно. Если при повторном исследовании рефлекс отсутствует, ставится 1, в противном случае – 0 баллов.
Интерпретация результатов: Максимальный балл – 18. 16-18 баллов соответствуют нормальной лобной функции; 12-15 баллов - умеренная лобная дисфункция; 11 баллов и меньше - признаки деменции.		

Тест рисования часов

Содержание: Тест проводится следующим образом. Больному дают чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Врач говорит: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате, чтобы стрелки часов показывали без пятнадцати два». Больной самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции.

Интерпретация результатов: максимально пациент может получить за тест 10 баллов, которые начисляются следующим образом: 5 баллов за рисование циферблата:

- Замкнутый круг правильной формы (1 балл)
- Указаны все цифры от 1 до 12 (1 балл)
- Цифры нарисованы внутри круга (1 балл)
- Цифры нарисованы с равными интервалами (1 балл)
- Правильное расположение 4 основных цифр (12,3,6,9) 5 баллов за расположение стрелок:
- По 1 баллу за правильное местоположение начала (центр круга) и конца стрелок (всего 4 балла)
- Разная длина часовой и минутной стрелок (1 балл)

Правильно		10	Скопление цифр или цифры расположены не с той стороны, стрелки еще нарисованы		5
Слегка неверно		9	Последовательность чисел или целостность циферблата нарушена		4
Явно ошибочно		8	Числа и циферблат уже не образуют единого целого, стрелок нет		3
С большим отклонением от заданного		7	Рисунок смутно напоминает часы		2
Нет стрелок, другие обозначения		6	Попытка либо не была предпринята, либо не поддается интерпретации		1

Тест 5 (12) слов

Содержание:

1. Предъявление материала.

Пациенту предъявляется список из 5 слов, написанных в столбик крупными печатными буквами: институт – апельсин – стрекоза – кастрюля – самокат. Врач даёт следующую инструкцию: «Пожалуйста, прочитайте вслух эти слова и постарайтесь запомнить их; позже я попрошу Вас назвать их». После первого прочтения, не забирая списка слов, пациента просят: «Найдите теперь в этом списке название здания ... фрукта ... насекомого ... посуды ... транспортного средства». Пациент в ответ должен назвать слово, относящееся к данной семантической категории. Если он затрудняется, ему следует подсказать.

2. Непосредственное воспроизведение

Затем врач забирает у пациента список слов и просит: «Припомните, пожалуйста, слова, которые Вы только что читали». Если пациент затрудняется припомнить какое-либо слово (и только в этом случае), дается подсказка: «А какой был фрукт? ... посуда? транспортное средство? ... здание? ... насекомое?», то есть называются соответствующие семантические категории.

За каждое правильное слово, воспроизведенное с подсказкой или без неё, начисляется один балл (максимально – 5 баллов).

Если пациент вспомнил менее 5 слов, ему вновь предъявляется список слов и врач обращает внимание пациента на пропущенные слова (например, следующим образом: «из фруктов был апельсин» и врач указывает соответствующее слово ручкой и т.д.). Затем забирают список слов и вновь просят пациента повторить пропущенные слова, используя соответствующие подсказки («Так что же было из фруктов? ...» и др.). Цель указанной процедуры - убедиться в том, что представленные слова усвоены адекватно.

3. Интерферирующее задание

После непосредственного воспроизведения выполняется интерферирующее задание. Цель интерферирующего задания – отвлечь внимание пациента на достаточный промежуток времени (от 2 до 5 минут). В это время может проводиться тест рисования часов, другие нейропсихологические тесты, кроме тестов на память.

4. Отсроченное воспроизведение

После выполнения интерферирующего задания, пациента просят: «Теперь давайте вновь вспомним те 5 слов, которые мы с Вами учили». Если пациент затрудняется вспомнить какое-либо слово (и только в этом случае), вновь дается подсказка: «А какой был фрукт? ... посуда? транспортное средство? ... здание? ... насекомое?», то есть называются соответствующие семантические категории.

Как и при исследовании непосредственного воспроизведения, за каждое правильно воспроизведенное слово, с подсказкой или без неё, начисляется один балл, максимально – 5 баллов.

Интерпретация результатов: Суммарный результат теста получается сложением результата суммарных оценок непосредственного и отсроченного воспроизведения и, таким образом, максимально может составить 10 баллов, 8-9 баллов и менее может свидетельствовать о наличии когнитивных нарушений альцгеймеровского типа.

Пояснения: Тест является высокоинформативным инструментом диагностики амнестических когнитивных нарушений. В то же время, у пациентов с недементными КР или легкой степенью деменции более чувствительным может быть проведение исследования мнестической функции по аналогичной методике с использованием списка из 12 слов.

Список слов для запоминания и категориальные подсказки в тесте «12 слов»:

ДИВАН
БЛЮДЦЕ

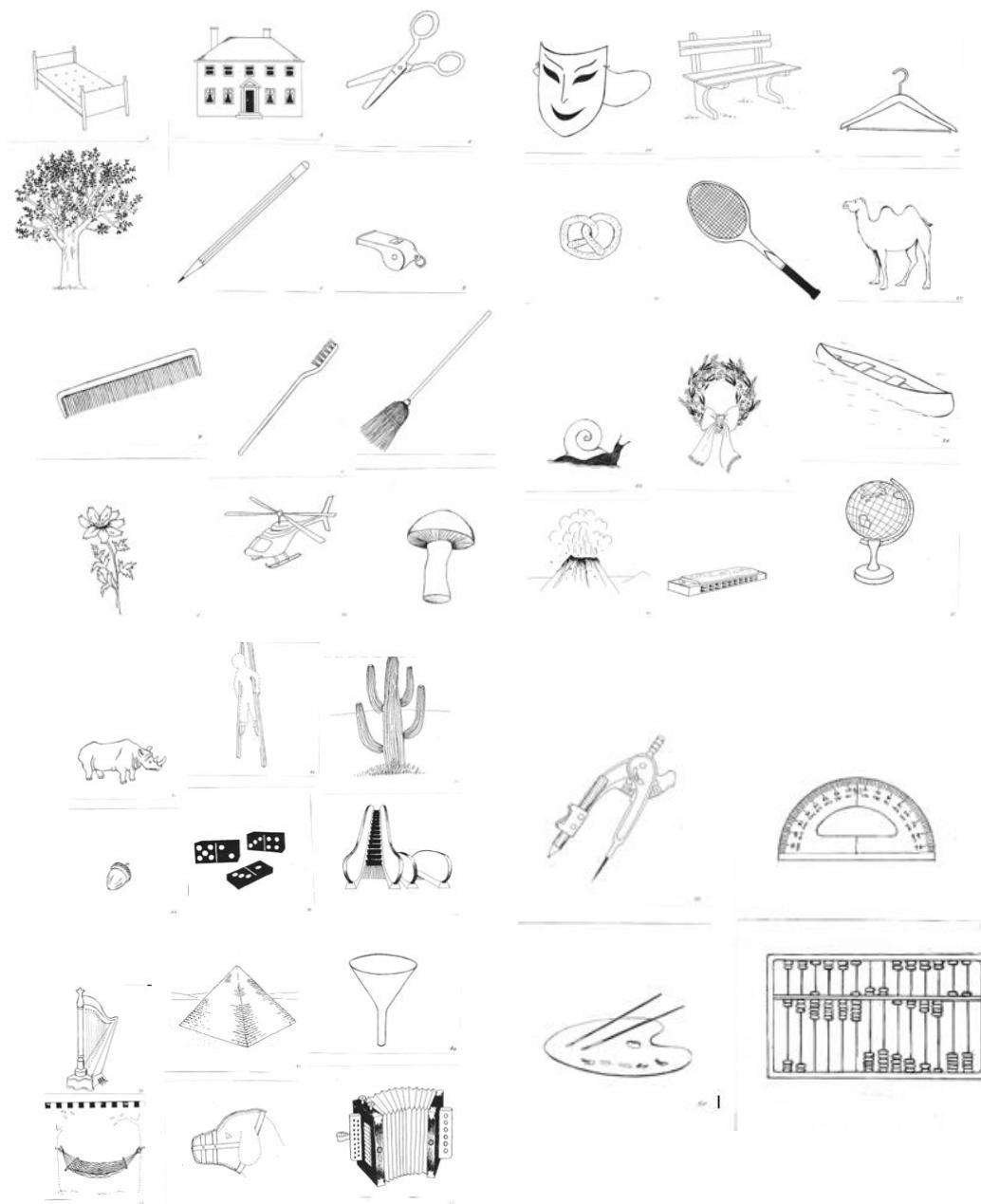
МЕБЕЛЬ
ПОСУДА

ТИГР
ПИДЖАК
АБРИКОС
ВЕРТОЛЕТ
РЯБИНА
РЕКА
ПАЛЕЦ
ГРОЗА
ТЕННИС
ФЛЕЙТА

ЖИВОТНОЕ
ОДЕЖДА
ФРУКТ
ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО
ДЕРЕВО
ВОДОЁМ
ЧАСТЬ ТЕЛА
ПОГОДНОЕ ЯВЛЕНИЕ
СПОРТ
МУЗЫКАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ

Тест позволяет выявить специфический тип мнестических нарушений, характерный для болезни Альцгеймера («гиппокампальный»). При этом определяется значительная разница между непосредственным и отсроченным воспроизведением слов (за счет дефицита отсроченного воспроизведения), а подсказки при воспроизведении неэффективны. Для сосудистой мозговой недостаточности, заболеваний с преимущественным поражением подкорковых базальных ганглиев и нормального старения характерны нарушения памяти различной степени выраженности, но принципиально иного характера: непосредственное и отсроченное воспроизведение слов различаются незначительно, а подсказка семантической категории при воспроизведении помогает вспомнить слово. Вероятность избыточной диагностики болезни Альцгеймера с помощью данного теста очень мала: низкий результат теста позволяет почти не сомневаться в данном диагнозе.

Бостонский тест называния



Описание: Пациенту предлагается назвать изображения на карточках с черно-белыми рисунками. При затруднении исследователь дает пациенту фонематические (первые буквы) или семантические (категория к которой относится изображенный предмет) подсказки.

В оригинальном тесте число карточек с рисунками составляло 60, однако в дальнейшем были предложены сокращенные версии из 40, 30 или 15 карточек, что может быть более приемлемо для пациентов с тяжелыми когнитивными нарушениями.

Интерпретация результатов: Наличие большого числа фонематических подсказок указывает на нарушение номинативной функции речи. Потребность в категориальных подсказках указывает на нарушения зрительного гнозиса. Результаты теста в большой степени зависят от культуральных и языковых особенностей конкретной популяции, что следует учитывать при его применении.

Тест «таблицы Шульте»

Содержание: испытуемому последовательно предъявляются 5 таблиц, в клетках которых в случайном порядке расположены цифры (от 1 до 25). Испытуемый должен показать и назвать в заданной последовательности (как правило, возрастающей, от единицы до двадцати пяти) все цифры.

Инструкция: для проведения опыта нужно иметь пять таблиц размером 60х60 см с написанными на них в беспорядке числами от 1 до 25. На каждой из пяти таблиц числа расположены по-разному. Кроме того, нужен секундомер и небольшая, примерно в 30 см, указка. Опыт можно проводить с испытуемыми, имеющими не меньше 4 классов образования.

Испытуемому мельком показывают таблицу, сопровождая этот показ словами: «Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку».

Далее таблицу прикрывают, т. е. кладут на стол числами книзу и продолжают инструкцию: «Вы должны будете вот этой указкой показывать и называть вслух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайтесь делать это как можно скорее, но не ошибаться, понятно?» (Если испытуемый не понял, ему объясняют снова, но не открывая таблицу). Затем экспериментатор одновременно ставит таблицу прямо перед лицом больного вертикально на расстоянии 70 – 75 см от него, и, включая секундомер, говорит: «Начинайте!»

Пока испытуемый показывает и называет числа, экспериментатор следит за правильностью его действий, а когда испытуемый называет число «25», экспериментатор останавливает секундомер. После первой таблицы без всяких дополнительных инструкций испытуемому предлагают таким же образом отыскивать числа на 2-й, 3-й, 4-й и 5-й таблице.

В примечаниях должно быть отмечено, равномерно ли испытуемый отыскивает числа или изредка подолгу не может найти какое-нибудь одно число.

При оценке результатов прежде всего становятся заметны различия в количестве времени, которые испытуемый тратит на отыскивание чисел одной таблицы. Психически здоровые молодые люди тратят на таблицу от 30 до 50 секунд, чаще всего 40 - 42 секунды.

В норме на все таблицы уходит примерно одинаковое время.

Методикой можно пользоваться для повторных проб. При этом нет необходимости менять таблицы - можно пользоваться теми же пятью таблицами в первый, второй и, если нужно, в третий раз.

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

9	5	11	23	20
14	25	17	19	13
3	21	7	16	1
18	12	6	24	4
8	15	10	2	22

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

5	14	12	23	2
16	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

Тест слежения

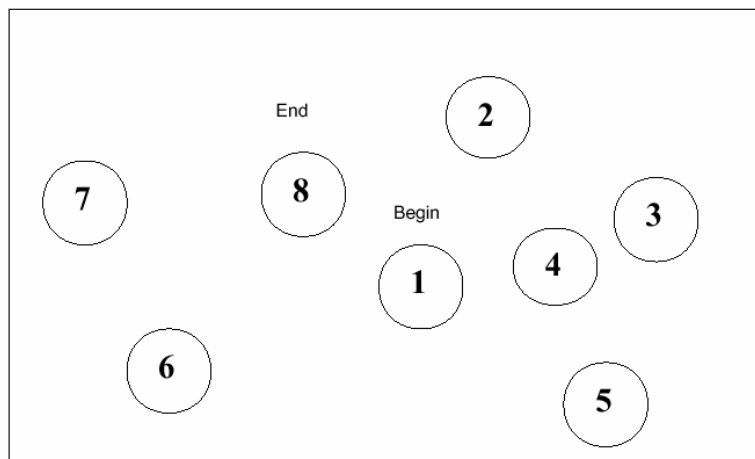
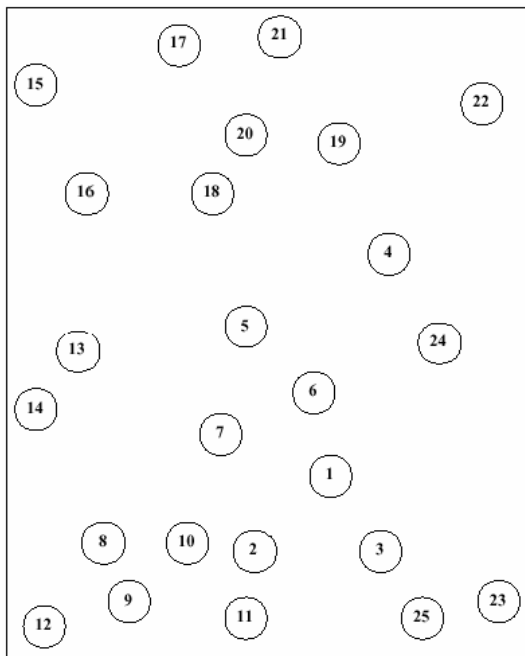
Содержание:

Состоит из двух частей (А и В). В части задания "А" пациенту дается указание соединить линиями 25 чисел по порядку. В части "В" чередуются цифры и буквы в порядке возрастания, которые пациент должен соединять последовательно. Фиксируется время выполнения задания в двух тестовых сессиях.

ФИО _____ Возраст _____

Диагноз _____

Результат: часть А _____, часть В _____



Интерпретация результатов: максимальное время - 300 секунд, после чего выполнение задания прекращается. Более длительное выполнение задания относительно возрастных и образовательных норм в части А указывает на преимущественно нейродинамический характер нарушений. Затруднения в части В (большая длительность выполнения, ошибки) свидетельствуют о нарушениях управляющих функций.

Повторение цифр в прямом и обратном порядке

Содержание:

Пациенту предлагается повторить называемые врачом-исследователем ряды цифр в прямом и обратном порядке. Балл по каждому из заданий равен числу правильно повторенных цифр.

Повторение цифр в прямом порядке	Максимальный балл	Повторение цифр в обратном порядке	Максимальный балл
6-4-3-9	4	2-8-3	3
7-2-8-6	4	4-1-5	3
4-2-7-3-1	5	3-2-7-9	4
7-5-8-3-6	5	4-9-6-8	4
6-1-9-4-7-3	6	1-5-2-8-6	5
3-9-2-4-8-7	6	6-1-8-4-3	5
5-9-1-7-4-2-3	7	5-3-9-4-1-8	6
4-1-7-9-3-8-6	7	7-2-4-8-5-6	6
5-8-1-9-2-6-4-7	8	8-1-2-9-3-6-5	7
3-8-2-9-5-1-7-4	8	4-7-3-9-1-2-8	7
Суммарный "прямой" балл		Суммарный "обратный" балл	

Интерпретация результатов: максимальное число правильно повторенных цифр отражает актуальный объем рабочей памяти пациента. Результаты сопоставляются с нормативными данными, скорректированными по возрасту.

Тест 3-КТ

Содержание:

Тест 3-КТ состоит из трех субшкал:

1. Тест на речевую активность

Пациенту предлагается за 1 мин. назвать как можно больше названий растений или животных (семантически опосредуемые ассоциации) и слов, начинающихся на определенную букву, например на "л" (фонетически опосредуемые ассоциации).

2. Тест на зрительную память

Пациенту предъявляется лист с 12 изображениями простых, легко запоминающихся предметов. Время запоминания не ограничивается. Учитывается немедленное и отсроченное воспроизведение после интерференции. После попытки называния, пациенту предлагается подсказка в виде 48 изображений, среди которых нужно указать предъявляемые ранее. При этом оценивается количество узнанных изображений и число ложных узнаваний.

3. Тест рисования часов

Пациента просят самостоятельно нарисовать на листе чистой бумаги круг, расставить внутри круга цифры, имитируя циферблат часов, и поставить стрелки так, чтобы они показывали заданное врачом время.

Интерпретация:

1. Тест на речевую активность

В норме за 1 минуту большинство лиц пожилого возраста со средним и высшим образованием называют от 15 до 22 растений и от 12 до 16 слов на букву "Л". Называние менее 12 семантически опосредованных ассоциаций и менее 10 фонетически опосредуемых ассоциаций обычно свидетельствует о выраженной когнитивной дисфункции. Снижение числа семантически опосредуемых ассоциаций - один из ранних признаков деменции, который особенно характерен для болезни Альцгеймера. При преобладании подкорково-лобной дисфункции количество фонетически опосредуемых ассоциаций снижается быстрее, чем число семантических ассоциаций.

2. Тест на зрительную память

В норме пациент должен вспомнить 6 и более изображений и узнать 12. Для дисфункции височно-лимбической системы, прежде всего гиппокампа, характерно снижение как воспроизведения (особенно отсроченного), так и узнавания, тогда как для лобной подкорково-лобной дисфункции характерна диссоциация между сниженным воспроизведением и относительно сохранным узнаванием.

3. Тест рисования часов

Тест позволяет оценить зрительно-пространственные и регуляторные функции, максимальный балл - 5:

1 балл - за правильное изображение круга

2 балла - за правильное расположение цифр (должны быть указаны все цифры от 1 до 12 в соответствующем сегменте, в правильном порядке, с равными интервалами),

2 балла - за правильное расположение стрелок (стрелки должны выходить из середины круга, показывать правильное время, часовая стрелка должна быть короче минутной).

Любое отклонение от правильного выполнения теста - признак выраженной когнитивной дисфункции. При нарушении выполнения теста целесообразно проверить способность к копированию часов. Неспособность правильно нарисовать часы при сохраненном копировании указывает на дефект управляющих функций, связанный с дисфункцией лобных долей, тогда как нарушение копирования свидетельствует о конструктивной апраксии, связанной с дисфункцией задних, прежде всего теменных отделов коры.

Клиническая рейтинговая шкала деменции

Содержание: шкала подразумевает клиническую оценку выраженности нарушений памяти, ориентировки, мышления, социального взаимодействия, поведения и самообслуживания

Интерпретация:

0 баллов – нет нарушений

0,5 балла – сомнительная деменция

Память: постоянная незначительная забывчивость, неполное припоминание произошедших событий.

Ориентировка: полностью ориентирован, могут быть неточности с называнием даты.

Мышление: незначительные трудности при решении задач, при анализе сходств и различий.

Взаимодействие с окружающими: незначительные трудности.

Поведение дома и увлечения: незначительные трудности.

Самообслуживание: нет нарушений.

1 балл – легкая деменция

Память: более значительная забывчивость на текущие события, которая мешает в повседневной жизни.

Ориентировка: не полностью ориентирован во времени, но всегда правильно называет место; в то же время могут быть трудности самостоятельной ориентировки в малознакомой местности.

Мышление: умеренные затруднения при решении задач, при анализе сходств и различий.

Взаимодействие с окружающими: утрачена независимость, однако возможно осуществление отдельных социальных функций. При поверхностном знакомстве нарушения могут быть неочевидны.

Поведение дома и увлечения: легкие, но отчетливые бытовые трудности, потеря интереса к сложным видам активности.

Самообслуживание: нуждается в напоминаниях.

2 балла – умеренная деменция

Память: выраженная забывчивость, текущие события не остаются в памяти, сохранены лишь воспоминания о наиболее значимых событиях жизни.

Ориентировка: дезориентирован во времени, не полностью ориентирован в месте.

Мышление: выраженные трудности при решении задач и при анализе сходств и различий, что оказывает негативное влияние на повседневную активность.

Взаимодействие с окружающими: утрачена самостоятельность вне дома, может вступать в общение под контролем других лиц.

Поведение дома и увлечения: крайнее ограничение интереса, способность к выполнению только наиболее простых видов деятельности.

Самообслуживание: нуждается в помощи при одевании, гигиенических процедурах, естественных отправлениях.

3 балла – тяжелая деменция

Память: фрагментарные воспоминания о жизни.

Ориентировка: ориентирован только на собственную личность.

Мышление: решение интеллектуальных задач невозможно.

Взаимодействие с окружающими: нарушения препятствуют социальному взаимодействию за пределами своего дома.

Поведение дома и увлечения: не способен к выполнению бытовых обязанностей.

Самообслуживание: постоянно нуждается в уходе, часто отмечается недержание мочи и кала.

Шкала общего ухудшения

Содержание: оценка производится врачом по основным разделам: субъективные жалобы, объективные признаки нарушений памяти и повседневной активности, ориентировка в месте и времени, некогнитивные нервнопсихические расстройства



Интерпретация:

1 – нет ни субъективных, ни объективных симптомов нарушений памяти или других когнитивных функций.

2 – очень легкие расстройства: жалобы на снижение памяти, чаще всего двух видов

(а) – не помнит что куда положил;

(б) забывает имена близких знакомых.

В беседе с больным нарушения памяти не выявляются. Больной полностью справляется с работой и самостоятелен в быту.

Адекватно встревожен имеющейся симптоматикой.

3 – легкие расстройства: негрубая, но клинически очерченная симптоматика. Не менее одного из следующих:

(а) невозможность найти дорогу при поездке в незнакомое место;

(б) сослуживцы пациента знают о его когнитивных проблемах;

(в) трудности поиска слова и забывчивость на имена очевидна для домашних;
 (г) пациент не запоминает то, что только что прочел;
 (д) не запоминает имена людей, с которыми знакомится;
 (е) куда-то положил и не смог найти важный предмет;
 (ж) при нейропсихологическом тестировании может отмечаться нарушение серийного счета. Объективизировать когнитивные расстройства можно лишь с помощью тщательного исследования высших мозговых функций. Нарушения могут сказываться на работе и в быту. Больной начинает отрицать имеющиеся у него нарушения. Часто легкая или умеренная тревожность.

4 – умеренные нарушения памяти: очевидная симптоматика. Основные проявления:

- (а) пациент недостаточно осведомлен о происходящих вокруг событиях;
- (б) нарушена память о некоторых событиях жизни;
- (в) нарушен серийный счет;
- (г) нарушена способность находить дорогу, осуществлять финансовые операции и т.д.

Обычно нет нарушений:

- (а) ориентировки во времени и в собственной личности;
- (б) узнавания близких знакомых;
- (в) способности находить хорошо знакомую дорогу.

Неспособность выполнения сложных заданий. Отрицание дефекта становится основным механизмом психологической защиты. Отмечается уплощение аффекта и избегание проблемных ситуаций.

5 – умеренно тяжелые нарушения памяти: утрата независимости. Невозможность припомнить важные жизненные обстоятельства, например, домашний адрес или телефон, имена членов семьи (например, внуков), название учебного заведения, которое заканчивал.

Обычно дезориентация во времени или в месте. Трудности серийного счета (от 40 по 4 или от 20 по 2).

В то же время, основная информация о себе и окружающих сохранна. Пациенты никогда не забывают собственное имя, имя супруга и детей. Не требуется посторонней помощи при еде и естественных отправлениях, хотя могут быть трудности при одевании.

6 – тяжелые нарушения памяти: не всегда возможно припоминание имени супруга или другого лица, от которого имеется полная зависимость в повседневной жизни. Амнезия на большинство событий жизни. Дезориентация во времени.

Трудности счета от 10 до 1, иногда также от 1 до 10. Большую часть времени нуждается в посторонней помощи, хотя иногда сохраняется способность находить хорошо знакомую дорогу. Часто нарушается цикл «сон-бодрствование». Почти всегда сохранно припоминание собственного имени. Обычно сохранно узнавание знакомых людей.

Изменяется личность и эмоциональное состояние. Могут быть:

- а) бред и галлюцинации, например, идеи о том, что супруга подменили, разговор с воображаемыми лицами или с собственным отражением в зеркале;
- б) навязчивости;
- в) тревожность, психомоторное возбуждение, агрессия;
- г) когнитивная абулия – отсутствие целенаправленной деятельности в результате утраты способности к ней.

7. Очень тяжелые нарушения: обычно отсутствует речь. Недержание мочи, необходима помощь при приеме пищи. Утрачиваются основные психомоторные навыки, в том числе навык ходьбы. Мозг больше не способен руководить телом. Отмечаются неврологические симптомы декортикации.

Шкала оценки инструментальной деятельности в повседневной жизни Лоутона

А. Пользование телефоном		
	3	Пользуется телефоном по собственному желанию

	2	Звонит по нескольким хорошо ему известным номерам
	1	Отвечает на звонки, но сам не звонит
	0	Совсем не использует телефон
В. Совершение покупок		
	3	Самостоятельно покупает все, что нужно
	2	Самостоятельно совершает небольшие покупки
	1	Необходимо сопровождение при любом походе в магазин
	0	Совершенно не может совершать покупки
С. Приготовление пищи		
	3	Планирует, готовит и подает правильную пищу
	2	Готовит правильную пищу при наличии нужных ингредиентов
	1	Разогревает, готовит и подает правильную пищу или готовит пищу, но не соблюдает диету
	0	Необходимо готовить и подавать больному пищу
Д. Ведение домашнего хозяйства		
	4	Содержит дом самостоятельно или с периодической помощью (например, помощь в тяжелой домашней работе)
	3	Выполняет легкие повседневные действия, такие как мытье посуды, уборка кровати
	2	Выполняет легкие повседневные действия, но не может поддерживать приемлемый уровень чистоты
	1	Нуждается в помощи по выполнению работы по содержанию дома
	0	Не участвует в ведении домашнего хозяйства
Е. Стирка		
	2	Стирает самостоятельно
	1	Стирает небольшие вещи, полоскает чулки и т. д.
	0	Вся стирка должна проводиться другими
Ф. Пользование транспортом		
	4	Независимо пользуется общественным транспортом или водит машину
	3	Может пользоваться услугами такси, но не использует другой общественный транспорт
	2	Пользуется общественным транспортом при сопровождении
	1	Может дойти до такси или машины при помощи кого-либо
	0	Не пользуется транспортом
Г. Прием лекарственных препаратов		
	3	Самостоятельно принимает правильные дозы препарата в нужное время
	2	Необходима помощь или напоминание
	1	Принимает заранее подготовленные препараты
	0	Не принимает препараты самостоятельно
Н. Ведение финансов		
	2	Самостоятельно ведет финансы (чеки, оплата коммунальных услуг, счетов), записывает расходы
	1	Осуществляет повседневные покупки, но необходима помощь с бумагами и крупными покупками
	0	Не может распоряжаться деньгами
Интерпретация результатов: Общий результат может варьировать от 0 баллов (зависимость от посторонней помощи, значительная потребность в посторонней помощи в обыденной жизни) до 8 баллов (независимость пациента от посторонней помощи).		

Индекс активности в повседневной жизни (индекс Бартел)

Интерпретация результатов:

- 0 – 20 баллов: полная зависимость
- 25 – 60 баллов: выраженная зависимость
- 65 – 90 баллов: умеренная зависимость
- 95 баллов: легкая зависимость
- 100 баллов: полная независимость

Пояснения:

При заполнении анкеты индекса Бартел необходимо придерживаться следующих правил:

- Индекс отражает реальные действия пациента, а не предполагаемые
- Необходимость присмотра означает, что пациент не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (пациент не независим)
- Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса пациента, его родственников, однако важны непосредственные наблюдения и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется.
- Обычно оценивается функционирование пациента в период предшествующих 24- 48 часов.
- Средние категории означают, что пациент осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий.
- Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

Опросник функциональной активности

1. Ведет ли пациент самостоятельно финансовые дела, контролирует поступление денег и расходы?
2. Способен ли пациент самостоятельно заполнять необходимые документы?
3. Способен ли пациент самостоятельно покупать в магазине продукты, одежду, товары, необходимые для дома?
4. Принимает ли пациент время от времени участие в семейных развлечениях, занимается ли своим хобби?
5. Способен ли пациент самостоятельно нагреть воду, заварить чай или сварить кофе?
6. Готовит ли себе пациент еду в полном объеме?
7. Запоминает ли пациент текущие события?
8. Способен ли пациент смотреть телепередачи, читать книги, понимать и обсуждать их содержание?
9. Помнит ли пациент семейные даты, праздники, время приема лекарств?
10. Способен ли пациент самостоятельно перемещаться, ездить на общественном транспорте?

Каждый пункт оценивается по 4-балльной системе:

Не способен выполнить = 3 балла

Нуждается в помощи при выполнении = 2 балла

Способен выполнить, но с затруднениями = 1 балл

Способность не нарушена = 0 баллов

Pfeffer et al., 1982

Опросник информантов о когнитивном снижении у пожилых

Содержание: Лицу, близко знакомому с пациентом, предлагается следующая инструкция:

Перед Вами анкета, состоящая из 26 вопросов, в которой приводятся примеры различных ситуаций. Такие функции как память, внимание, способность к восприятию постоянно меняются. Изменения, как правило, происходят постепенно, и могут быть крайне незначительны и незаметны для посторонних. Однако, при частом общении родственники или знакомые, внимательно оценивая ту или иную ситуацию, могут заметить как ухудшение, так и улучшение этих функций.

Пожалуйста, постарайтесь вспомнить, не было ли каких-либо изменений в состоянии Вашего родственника за последние 10 лет до настоящего заболевания.

1. Сразу узнает лица близких и знакомых
2. Быстро вспоминает имена близких и друзей
3. Хорошо помнит события, связанные с семьей и знакомыми, например, род занятий, дни рождения, адреса
4. Помнит события, которые недавно произошли
5. Может вспомнить разговор несколько дней спустя
6. Забывает, что хотел сказать во время разговора
7. Быстро вспоминает свой адрес и номер телефона
8. Помнит, какой месяц и число
9. Помнит, где обычно хранит вещи
10. Может вспомнить, куда положил вещи
11. Приспосабливается к изменениям в повседневной жизни
12. Знает, как обращаться с бытовыми приборами
13. Может понять, как обращаться с новыми бытовыми устройствами
14. Может понять и запомнить новые факты
15. Помнит события, которые произошли в молодости
16. Помнит то, что учил 30-40 лет назад
17. Может понять значения незнакомых слов
18. Понимает статьи в газетах и журналах
19. Может проследить ход событий в кино, оценить сюжет книги
20. Может написать дружеское или деловое письмо
21. Помнит важнейшие исторические события
22. Может самостоятельно принимать решения в повседневных вопросах
23. Рационально использует деньги для покупок
24. Справляется с финансовыми задачами (например, рассчитать сдачу в магазине, получить пенсию)
25. Справляется с повседневными расчетами: сколько продуктов купить, когда последний раз приходили знакомые и пр.
26. Понимает, что происходит и может адекватно оценить обстановку

На каждый из вышеперечисленных вопросов выберите один из ответов:

- Значительно лучше (1 балл)
Незначительно лучше (2 балла)
Так же как всегда (3 балла)
Незначительно хуже (4 балла)
Заметно хуже (5 баллов)

Интерпретация результатов: Каждый вопрос информанта оценивается в баллах от одного до пяти, поэтому общая сумма баллов может варьировать от 26 до 130.

Результаты анкеты оцениваются следующим образом:

78 баллов и менее – отсутствие когнитивных нарушений

79 – 103 баллов – умеренные когнитивные нарушения

104 балла и более – когнитивные нарушения достигающие степени деменции.

Пояснения: Согласно требованиям, предъявляемым к заполнению анкеты, информант, отвечающий на вопросы анкеты, должен знать больного 10 лет или более, при этом общаясь с ним не реже одного раза в неделю.

Опросник для скрининга деменции AD8

Информация о пациенте

Дата

"Да, есть изменения" означает, что у пациента за последние несколько лет отмечались проблемы, вызванные снижением в когнитивной сфере (мышление, память)	ДА, изменения есть	НЕТ, изменений нет	Затрудняюсь ответить
--	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

1. Проблемы с суждением (например, проблемы с принятием решений, неудачные финансовые действия, проблемы с мышлением)			
2. Снижение интереса к привычным делам/увлечениям			
3. Постоянное повторение одного и того же (вопроса/рассказа/утверждения)			
4. Проблемы с освоением инструментов, устройств или гаджетов (например, видеомэгнитофона, компьютера, микроволновой печи, пульта дистанционного управления)			
5. Забывает текущий месяц или год			
6. Проблемы с решением сложных финансовых вопросов (например, использование чековой книжки, выплата налогов, оплата счетов)			
7. Забывает о назначенных встречах			
8. Ежедневные проблемы с мышлением и (или) памятью			
Общее количество баллов			

Для всех ответов допускается самоисправление, которое не засчитывается в качестве ошибки. Вопросы даются респонденту на бумаге для самостоятельного заполнения либо могут быть зачитаны респонденту вслух - лично или по телефону. Желательно задавать вопросы AD8 информанту, если он доступен. Если нет, вопросы AD8 можно задавать пациенту.

В беседе с информантом попросите его оценить наблюдаемые изменения у пациента.

В беседе с пациентом попросите его оценить изменение своих возможностей по каждому пункту без выяснения причин.

При чтении вопросов вслух важно, чтобы врач прочитал фразу точно так, как она написана, и подчеркнул, что речь идет об изменениях, связанных с когнитивными (а не с физическими) проблемами. Между отдельными пунктами следует делать секундную паузу.

Временные рамки, в которых оцениваются изменения, не ограничены.

Итоговая оценка определяется как сумма пунктов, для которых был получен ответ "Да, есть изменения".

Интерпретация:

Одного лишь скринингового теста недостаточно для выявления когнитивных расстройств. Однако опросник AD8 достаточно чувствителен к изменениям в когнитивной сфере, связанными со многими распространенными заболеваниями, включая болезнь Альцгеймера, сосудистую деменцию, болезнь диффузных телец Леви и лобно-височную деменцию.

Оценки в диапазоне, соответствующем наличию нарушений (см. ниже), указывают на необходимость дальнейшего обследования. Оценки в пределах нормы указывают, что деменция маловероятна, но нельзя исключать очень раннюю стадию заболевания. Более детальное обследование может быть оправдано в тех случаях, когда имеются другие объективные признаки расстройств.

Основываясь на результатах клинического обследования 995 человек, включенных в выборки для разработки и валидизации опросника, были предложены следующие пороговые значения:

- 0 - 1: нормальный когнитивный статус;

- 2 или выше: возможно наличие когнитивных расстройств.

Чувствительность опросника AD8 для выявления когнитивных расстройств составляет > 84%, а специфичность > 80% (прогностическая ценность положительного результата > 85%; прогностическая ценность отрицательного результата > 70%).

Нейропсихиатрический опросник

Разделы	НП	Нет	Частота (Ч)	Выраженность (В)	Ч х В	Дистресс
<u>Нейропсихиатрические симптомы</u>	X	0	1234	123		12345
Бредовые идеи	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Галлюцинации	X	0	1234	123		1 2 3 4 5
Возбуждение	X	0	1234	123		1 2 3 4 5
Депрессия/дисфория	X	0	1234	123		1 2 3 4 5
Тревога	X	0	1234	123		12345
Эйфория/гипертермия	X	0	1234	123		1 2 3 4 5
Апатия/индифферентность	X	0	1234	123		1 2 3 4 5
Расторможенность	X	0	1234	123		12345
Раздражительность/эмоциональная лабильность	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Аномальная двигательная активность	X	0	1 2 3 4	123		1 2 3 4 5
		Итоговый балл NPI				(0 - 144)
<u>Нейровегетативные изменения</u>						1 2 3 4 5
Нарушение сна и поведения ночью	X	0	1234	123		1 2 3 4 5
Изменения аппетита и пищевого поведения	X	0	1234	123		12345

Диагноз:

MMSE (балл):

Возраст:

Пол:

Продолжительность заболевания:

Образование:

Лечение:

А. Бредовые идеи

Есть ли у больного убеждения, которые, насколько Вы знаете, не соответствуют реальности? (Может быть, например, он/а говорит, что кто-то пытается навредить ему/ей, или у него/неё что-то пытаются украсть?). Говорил ли он/а когда-нибудь, что члены его/её семьи – не те, за кого они себя выдают, или что они не должны жить у него/неё дома? Я спрашиваю не о простой мнительности; меня интересует, есть ли у больного убежденность в том, что это все происходит.

ПРИМЕНИМО/НЕ ПРИМЕНИМО

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРЕМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

1. Считает ли больной, что находится в опасности, что кто-то хочет причинить ему вред? ДА/НЕТ
2. Считает ли больной, что у него постоянно что-нибудь крадут? ДА/НЕТ
3. Считает ли больной, что у его супруги/её супруга есть любовник/любовница? ДА/НЕТ
4. Считает ли больной, что в доме живут непрошенные гости? ДА/НЕТ
5. Считает ли больной, что его супруга/её супруг или другие люди на самом деле не те, за кого себя выдают? ДА/НЕТ
6. Считает ли больной, что его/её дом – это не его/её дом? ДА/НЕТ
7. Считает ли больной, что известные люди, появляющиеся на телевизионном экране или в журналах, находятся у Вас дома? (Пытается ли он говорить и общаться с ними?) ДА/НЕТ
8. Считает ли больной, что члены его/её семьи хотят бросить его/её? ДА/НЕТ
9. Есть ли у больного еще какие-нибудь идеи, которые здесь не упомянуты? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность бредовых идей.

Частота:

1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ
2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ
3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день. ДА/НЕТ
4. Очень часто – ежедневно или чаще ДА/НЕТ

Выраженность:

1. Легкая – бредовые идеи присутствуют, но представляются безвредными и не причиняют больному значительного беспокойства. ДА/НЕТ
2. Умеренная – бредовые идеи причиняют беспокойство и обуславливают неадекватное поведение больного. ДА/НЕТ
3. Сильная – бредовые идеи причиняют огромный вред и являются основной причиной неадекватного поведения больного (если больной периодически принимает по назначению препараты, это указывает на то, что бредовые идеи проявляются в тяжелой форме). ДА/НЕТ

Дистресс:

0. дистресса нет ДА/НЕТ
1. минимальный ДА/НЕТ
2. легкий ДА/НЕТ
3. умеренный ДА/НЕТ
4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ
5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

Б. Галлюцинации

Есть ли у больного галлюцинации, есть ли у него/неё видения, слышит ли он/она несуществующие голоса? Кажется, ли Вам, что он/а видит, слышит или чувствует что-то, чего нет на самом деле? Я имею ввиду не ошибочные утверждения больного, например, что человек, который умер, все еще жив, меня интересует, есть ли у пациента аномальные слуховые или зрительные ощущения?

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРЕМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

1. Рассказывает ли больной о том, что слышит голоса, или ведет себя так, будто слышит голоса? ДА/НЕТ
2. Разговаривает ли больной с людьми, которых на самом деле нет рядом? ДА/НЕТ
3. Рассказывает ли больной о том, что он/а видит то, чего не видят другие, или ведет себя так, будто видит то, чего не видят другие (людей, животных, свет и т.д.)? ДА/НЕТ
4. Говорит ли больной, что чувствует запахи, которых не чувствуют другие? ДА/НЕТ

5. Рассказывает ли больной о том, что он/а чувствует прикосновения, или показывает каким-либо иным образом, что он/а чувствует, будто по нему что-то ползает или его/её трогают? ДА/НЕТ

6. Рассказывает ли больной о том, что он/а чувствует какой-то вкус без каких-либо на то причин? ДА/НЕТ

7. Рассказывает ли больной о том, что у него/неё возникают какие-либо другие необычные сенсорные ощущения? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность галлюцинаций

Частота:

1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ

2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ

3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день. ДА/НЕТ

4. Очень часто – ежедневно или чаще ДА/НЕТ

Выраженность:

1. Легкая – галлюцинации присутствуют, но представляются безвредными и не причиняют больному значительного беспокойства ДА/НЕТ

2. Умеренная — галлюцинации причиняют беспокойство и обуславливают неадекватное поведение больного. ДА/НЕТ

3. Сильная – галлюцинации обуславливают крайне неадекватное поведение больного и являются причиной нарушения поведения. Для контроля над этими нарушениями периодически может требоваться прием препаратов по назначению врача. ДА/НЕТ

Дистресс:

Насколько сильный дистресс, (то есть негативный стресс) вызывает у Вас этот симптом?

0. дистресса нет ДА/НЕТ

1. минимальный ДА/НЕТ

2. легкий ДА/НЕТ

3. умеренный ДА/НЕТ

4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ

5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

В. Возбуждение/Агрессия

Бывают ли у больного периоды, когда он/а отказывается идти навстречу в общении или не позволяет помогать себе? С ним/ней трудно ладить?

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРЕМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

1. Сердится ли больной на тех, кто пытается ему/ей помочь, сопротивляется ли больной таким действиям как мытье, переодевание ДА/НЕТ

2. Упрямится ли больной, настаивает ли он на том, чтобы было как он/она хочет? ДА/НЕТ

3. Больной не идет на встречу в общении, противится помощи других людей:

4. Есть ли у больного какие-либо другие симптомы, из-за которых с ним/ней трудно ладить? ДА/НЕТ

5. Кричит и ругается ли больной со злобой? ДА/НЕТ

6. Хлопает ли больной дверьми, пинает мебель, бросается вещами? ДА/НЕТ

7. Пытается ли больной причинить боль окружающим или ударить кого-нибудь? ДА/НЕТ

8. Есть ли у больного другие симптомы агрессивности или возбуждения? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность возбуждения/агрессии

Частота:

1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ

2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ

3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день. ДА/НЕТ

4. Очень часто – ежедневно или чаще ДА/НЕТ

Выраженность:

1. Легкая – поведение деструктивное, но с ним можно справиться: симптом можно корректировать, больного можно успокоить. ДА/НЕТ

2. Умеренная — симптомы деструктивные, их трудно корректировать или контролировать. ДА/НЕТ

3. Сильная – возбуждение в высшей степени обуславливает деструктивное поведение больного и является основной причиной проблем, может возникнуть угроза причинения вреда самому себе. Часто требуется применение медикаментов. ДА/НЕТ

Дистресс:

В какой мере Вы испытываете дистресс от этого симптома?

0. дистресса нет ДА/НЕТ

1. минимальный ДА/НЕТ

2. легкий ДА/НЕТ

3. умеренный ДА/НЕТ

4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ

5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

Г. Депрессия

Выглядит ли больной грустным/ой или подавленным/ой? Говорит ли он/она, что находится в состоянии грусти или депрессии?

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРЕМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

1. Бывают ли у больного приступы безудержного плача или рыданий, указывающие на то, что больному грустно? ДА/НЕТ

2. Говорит ли больной, что ему/ей грустно, или что он/а чувствует себя подавленно, или, может быть, он/а ведет себя так, будто он/а грустит или чувствует себя подавленно? ДА/НЕТ

3. Унижает ли больной себя или говорит, что чувствует себя неудачником/цей? ДА/НЕТ

4. Говорит ли больной, что он/а плохой человек и заслуживает наказания? ДА/НЕТ

5. Выглядит ли больной так, будто не верит в свои силы, говорит ли, что у него/неё нет будущего? ДА/НЕТ

6. Говорит ли больной что он/а – бремя для семьи, или что семье без него/неё было бы лучше? ДА/НЕТ

7. Выражает ли больной желание умереть, говорит ли о самоубийстве? ДА/НЕТ

8. Проявляет ли больной другие признаки депрессии или грусти ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность депрессии

Частота:

1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ

2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ

3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день ДА/НЕТ

4. Очень часто – в основном постоянно. ДА/НЕТ

Выраженность:

1. Легкая – депрессия беспокоит, но обычно поддается корректированию, больного можно приободрить. ДА/НЕТ

2. Умеренная — депрессия беспокоит; больной спонтанно говорит о симптомах депрессии, их трудно смягчить ДА/НЕТ

3. Сильная – депрессия очень беспокоит и является основной причиной страданий для пациента.
ДА/НЕТ

Дистресс:

В какой мере Вы испытываете дистресс от этого симптома?

- 0. дистресса нет ДА/НЕТ
- 1. минимальный ДА/НЕТ
- 2. легкий ДА/НЕТ
- 3. умеренный ДА/НЕТ
- 4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ
- 5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

Д. Тревога

Бывает ли больной чрезмерно нервным/ой, обеспокоенным/ой или напуганным/ой без видимых причин? Выглядит ли он/а чрезмерно напряженным/ой или беспокойным/ой?

Бойтся ли больной остаться без Вас?

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРИМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

- 1. Говорит ли больной, что обеспокоен/а планируемыми событиями ДА/НЕТ
- 2. Бывают ли у больного приступы, когда он/а дрожит, не может расслабиться или чересчур напряжен/а? ДА/НЕТ
- 3. Бывают ли у больного периоды (или он/а жалуется), когда у него/неё затруднено дыхание, наблюдается одышка или он/а вздыхает без какой-либо видимой причины, кроме нервозности? ДА/НЕТ
- 4. Жалуется ли больной на нервную дрожь в желудке или учащенное, или усиленное сердцебиение, вызванное нервным состоянием? (Симптомы не объясняются плохим состоянием здоровья). ДА/НЕТ
- 5. Избегает ли больной определенных мест или ситуаций, вызывающих более нервное состояние, такие как: езда на машине, встреча с друзьями или нахождение в толпе? ДА/НЕТ
- 6. Нервничает или расстраивается ли больной, когда расстается с Вами (или с тем, кто за ним/ней ухаживает)? (Держится ли больной за Вас, чтобы Вы от него/неё не отходили?) ДА/НЕТ
- 7. Проявляет ли больной другие признаки тревоги? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность тревоги

Частота:

- 1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ
- 2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ
- 3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день ДА/НЕТ
- 4. Очень часто – ежедневно ДА/НЕТ

Выраженность:

- 1. Легкая – тревога причиняет беспокойство, но обычно поддается переориентации, больного можно успокоить. ДА/НЕТ
- 2. Умеренная —симптом тревоги оказывает сильный дистресс, больной спонтанно говорит о своей тревоге, и его трудно успокоить. ДА/НЕТ
- 3. Сильная – тревога оказывает сильный дистресс и является основной причиной страданий больного ДА/НЕТ

Дистресс:

В какой мере Вы испытываете дистресс от этого симптома?

- 0. дистресса нет ДА/НЕТ
- 1. минимальный ДА/НЕТ
- 2. легкий ДА/НЕТ
- 3. умеренный ДА/НЕТ

4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ
5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

Е. Гипертимия (приподнятое настроение/эйфория)

Кажется, ли больной слишком веселым/ой или слишком счастливым/ой без видимых на то причин? Я не имею в виду обычное чувство радости от встреч с друзьями, получения подарков или от проведения времени с членами семьи. Я спрашиваю о том, находится ли больной постоянно в аномально хорошем настроении, находит ли смешным то, что другие смешным не считают.

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРИМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

1. Кажется ли, что больной чувствует себя слишком хорошо или слишком счастливым/ой по сравнению с его/её обычным состоянием? ДА/НЕТ
2. Кажется ли больному смешным, или смеется он/а над тем, что другим смешным не кажется? ДА/НЕТ
3. Складывается ли впечатление, что у больного ребяческое чувство юмора, что у него/неё есть склонность хихикать или неуместно смеяться (например, когда с другими происходит что-нибудь неприятное)? ДА/НЕТ
4. Рассказывает ли больной анекдоты или отпускает замечания, которые сам больной считает смешными, но в которых мало смешного точки зрения других? ДА/НЕТ
5. Склонен/а ли он/а по-детски играть или шалить, например, щипаться или дурачиться просто так, чтобы позабавиться? ДА/НЕТ
6. Склонен/на ли больной важничать или говорить, что он/а способен сделать гораздо больше, чем на самом деле, или что он/а богаче, чем на самом деле? ДА/НЕТ
7. Проявляет ли больной какие-либо другие признаки того, что он/а слишком хорошо себя чувствует, или что он/а чрезмерно счастлив/а? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность дистимии

Частота:

1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ
2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ
3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день. ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность при поднятого настроения/эйфории. ДА/НЕТ

4. Очень часто – в основном постоянно. ДА/НЕТ

Выраженность:

1. Легкая – явно приподнятое настроение, которое заметно родственникам и друзьям, но больной не ведет себя неадекватно. ДА/НЕТ
2. Умеренная – явно выражено аномально приподнятое настроение. ДА/НЕТ
3. Сильная – аномально приподнятое настроение выражено в высшей степени; больной пребывает в состоянии эйфории, ему почти все кажется смешным. ДА/НЕТ

Дистресс:

В какой мере Вы испытываете дистресс от этого симптома?

0. дистресса нет ДА/НЕТ
1. минимальный ДА/НЕТ
2. легкий ДА/НЕТ
3. умеренный ДА/НЕТ
4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ
5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

Ж. Апатия/индифферентность

Пропал ли интерес у больного к окружающему миру? Пропал ли у него/неё интерес к тому, чтобы что-то делать или, может быть, у него/неё не хватает мотивации, чтобы начать делать что-то новое? Труднее ли вовлечь его/её в разговор или приобщить в ежедневной домашней работе? Склонен/на ли он/она к апатии, отсутствует ли у него/неё заинтересованность в окружающем?

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРЕМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

1. Кажется ли больной менее спонтанным/ой в своих действиях и менее активным/ой, чем обычно? ДА/НЕТ
2. Складывается ли впечатление, что больной не склонен/на начинать разговор? ДА/НЕТ
3. Складывается ли у Вас впечатление, что больной/ая не так привязан/а к своим близким, как раньше, что он/а менее эмоционален/а, чем обычно? ДА/НЕТ
4. Можно ли сказать, что больной меньше занимается ежедневными домашними делами? ДА/НЕТ
5. Складывается ли у Вас впечатление, что больной меньше интересуется делами и планами окружающих? ДА/НЕТ
6. Утратил/а ли больной/ая интерес к друзьям и членам своей семьи? ДА/НЕТ
7. Складывается ли у Вас впечатление, что больной проявляет меньше энтузиазма по отношению к тому, что его/её обычно интересовало? ДА/НЕТ
8. Проявляет ли больной еще как-нибудь отсутствие заинтересованности в чем-либо новом? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность

Частота:

1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ
2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ
3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день. ДА/НЕТ
4. Очень часто – в основном постоянно. ДА/НЕТ

Выраженность:

1. Легкая – апатия заметно, но практически не мешает в повседневной жизни; поведении больного мало отличается от обычного, больной реагирует на предложение чем-нибудь заняться. ДА/НЕТ
2. Умеренная – апатия очевидно выражена; её можно преодолеть уговорами или поощрением, больной спонтанно реагирует только на яркие события, такие как визиты близких или членов семьи. ДА/НЕТ
3. Сильная – апатия очень явно выражена, и больной, как правило, не реагирует на внешнюю мотивацию и происходящее. ДА/НЕТ

Дистресс:

В какой мере Вы испытываете дистресс от этого симптома?

0. дистресса нет ДА/НЕТ
1. минимальный ДА/НЕТ
2. легкий ДА/НЕТ
3. умеренный ДА/НЕТ
4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ
5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

3. Расторможенность

Создается ли у Вас впечатление, что больной действует импульсивно, не раздумывая?

Говорит ли он/а что-то, или делает что-нибудь такое, что не принято говорить, или делать на людях? Совершает ли он/а поступки, из-за которых неловко Вам и окружающим?

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРЕМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

1. Создается ли у Вас впечатление, что больной действует импульсивно, не раздумывая о последствиях? ДА/НЕТ
2. Говорит ли больной с незнакомыми людьми так, как будто он/а их знает? ДА/НЕТ
3. Говорит ли больной окружающим что-то нетактичное или обидное? ДА/НЕТ
4. Говорит ли больной грубости или скабрёзности, которые он/а обычно не говорил/а? ДА/НЕТ
5. Говорит ли больной открыто, при посторонних, о проблемах личного или интимного плана, которые обычно не обсуждаются на людях? ДА/НЕТ
6. Позволяет ли больной себе вольности, трогает ли других, пристаёт с объятиями так, как раньше не делал/а? ДА/НЕТ
7. Есть ли еще какие-нибудь признаки того, что больной утратил контроль над своими импульсными желаниями? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность расторможенности

Частота:

1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ
2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ
3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день. ДА/НЕТ
4. Очень часто – в основном постоянно. ДА/НЕТ

Выраженность:

1. Легкая – расторможенность заметна, но, как правило, поддается корректированию и контролю ДА/НЕТ
2. Умеренная – расторможенность очевидна, и Вам трудно с ней справиться ДА/НЕТ
3. Сильная – расторможенность, как правило, не поддается никакому корректированию с Вашей стороны; своей расторможенностью больной ставит окружающих в неловкое положение; она крайне неприятна для окружающих. ДА/НЕТ

Дистресс:

В какой мере Вы испытываете дистресс от этого симптома?

0. дистресса нет ДА/НЕТ
1. минимальный ДА/НЕТ
2. легкий ДА/НЕТ
3. умеренный ДА/НЕТ
4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ
5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

И. Раздражительность

Легко ли больной раздражается и выходит из себя? Легко ли он/а поддается переменам настроения? Проявляет ли больной чрезмерное нетерпение? Я спрашиваю не о тех ситуациях, когда человек расстраивается из-за потери памяти или неспособности делать обычные вещи; мне интересно узнать, наблюдается ли у больного аномальная раздражительность, нетерпимость или резкие перемены настроения, обычно не характерные для него/неё?

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРИМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

1. Можно ли сказать, что у больного тяжелый характер, что он/а «срывается» из-за пустяков? ДА/НЕТ
2. Наблюдаются ли у больного резкие перемены настроения, когда он/а только что был/а благодушно настроен/а, а через минуту уже рассержен/а? ДА/НЕТ
3. Бывают ли у пациента внезапные вспышки гнева? ДА/НЕТ
4. Проявляет ли пациент нетерпение, например, может быть, он/а не выносит, когда что-нибудь откладывают, или ему/ей трудно дождаться того, что запланировано? ДА/НЕТ
5. Наблюдаются ли у больного признаки плохого настроения или раздражительности? ДА/НЕТ
6. Можно ли сказать, что больной склонен/на к спорам и с ним/ней трудно ладить? ДА/НЕТ

7. Наблюдаются ли у больного какие-либо еще признаки раздражительности? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность раздражительности

Частота:

1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ
2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ
3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день. ДА/НЕТ
4. Очень часто – в основном постоянно. ДА/НЕТ

Выраженность:

1. Легкая – раздражительность или лабильность заметны, но поддаются корректированию, и больного можно переубедить. ДА/НЕТ
2. Умеренная – раздражительность и лабильность явно выражены, и Вам трудно с ними справиться. ДА/НЕТ
3. Сильная – раздражительность и лабильность явно выражены, не поддаются корректированию с Вашей стороны и являются основной причиной дистресса. ДА/НЕТ

Дистресс:

В какой мере Вы испытываете дистресс от этого симптома?

0. дистресса нет ДА/НЕТ
1. минимальный ДА/НЕТ
2. легкий ДА/НЕТ
3. умеренный ДА/НЕТ
4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ
5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

К. Аномальная двигательная активность

Ходит ли больной из угла в угол, делает ли снова и снова одно и то же, например, может быть, он/а постоянно открывает двери шкафов, выдвигает ящики стола, постоянно тербит что-нибудь в руках, крутит в руках веревки или нитки?

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРИМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

1. Ходит ли больной бесцельно по дому туда-сюда? ДА/НЕТ
2. Есть ли у больного склонность постоянно заглядывать в шкафы и ящики столов, рыться в них, доставать все оттуда? ДА/НЕТ
3. Есть ли у больного склонность постоянно раздеваться и одеваться? ДА/НЕТ
4. Есть ли какие-то действия, которые больной повторяет снова и снова, какие-нибудь странные привычки? ДА/НЕТ
5. Делает ли больной постоянно одно и то же, например, расстегивает и застегивает пуговицы, наматывает веревку и т.п.? ДА/НЕТ
6. Наблюдается ли у больного избыточная суетливость, кажется ли Вам, что он/а не в состоянии спокойно сидеть, дергает ли он/а ногами, постукивает ли все время пальцами? ДА/НЕТ
7. Есть ли еще какие-либо действия, которые больной повторяет снова и снова? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность раздражительности

Частота:

1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ
2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ
3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день. ДА/НЕТ
4. Очень часто – в основном постоянно. ДА/НЕТ

Выраженность:

1. Слабая – аномальная двигательная активность заметна, но практически не

мешает в повседневной жизни. ДА/НЕТ

2. Умеренная – аномальная двигательная активность явно выражена, но Вы можете с ней справиться. ДА/НЕТ

3. Сильная – аномальная двигательная активность явно выражена, обычно не поддается ни какому воздействию с Вашей стороны и является основной причиной дистресса. ДА/НЕТ

Дистресс:

В какой мере Вы испытываете дистресс от этого симптома?

0. дистресса нет ДА/НЕТ

1. минимальный ДА/НЕТ

2. легкий ДА/НЕТ

3. умеренный ДА/НЕТ

4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ

5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

Л. Сон и нарушения поведения в ночное время

Есть ли у больной проблемы со сном (не считая тех случаев, когда он/а просыпается один или два раза за ночь, только чтобы сходить в туалет, и затем ложится и тут же засыпает опять)? Бывает ли так, что он/а не спит по ночам?

Бродит по дому по ночам, одевается, не дает Вам спать?

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРЕМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

1. Трудно ли больному заснуть? ДА/НЕТ

2. Встает ли больной по ночам (не считая тех случаев, когда он/а просыпается один или два раза за ночь, только чтобы сходить в туалет, и за тем ложится и тут же засыпает опять)? ДА/НЕТ

3. Бродит ли больной ночью по дому, ходит ли туда-сюда, занимается делами, неподходящими для ночного времени? ДА/НЕТ

4. Будет ли Вас больной по ночам? ДА/НЕТ

5. Бывает ли так, что больной просыпается ночью, одевается, собирается куда-то идти, полагая, что уже утро и пора приниматься за повседневные дела? ДА/НЕТ

6. Просыпается ли больной слишком рано (раньше, чем он/а обычно просыпался/сь)? ДА/НЕТ

7. Спит ли больной днем слишком долго? ДА/НЕТ

8. Делает ли больной еще что-нибудь необычное по ночам что Вас беспокоит и чего мы с Вами выше не отметили? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность аномального ночного поведения

Частота:

1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ

2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ

3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день. ДА/НЕТ

4. Очень часто – один раз в сутки и чаще (каждую ночь). ДА/НЕТ

Выраженность:

1. Легкая – аномальное ночное поведение наблюдается, но не причиняет особого вреда ДА/НЕТ

2. Умеренная – аномальное ночное поведение наблюдается, и оно беспокоит больного и не дает Вам спать, больной страдает одновременно несколькими расстройствами ночного поведения. ДА/НЕТ

3. Сильная – аномальное ночное поведение наблюдается, больной страдает одновременно несколькими расстройствами ночного поведения, больной находится ночью в состоянии сильного дистресса, и Ваш сон очень нарушен. ДА/НЕТ

Дистресс:

В какой мере Вы испытываете дистресс от этого симптома?

- 0. дистресса нет ДА/НЕТ
- 1. минимальный ДА/НЕТ
- 2. легкий ДА/НЕТ
- 3. умеренный ДА/НЕТ
- 4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ
- 5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

М. Нарушение аппетита и пищевого поведения

Изменились ли у больного аппетит, вес, пищевые привычки (считается «Неприменимо», если больной недееспособен/а и его/её приходится кормить)?

Изменилось ли его/её вкусы в еде?

Если НЕ ПРИМЕНИМО, переходите к следующему контрольному вопросу).

Если ПРЕМЕНИМО, ответьте на следующие вопросы).

- 1. Пропал ли у больного аппетит? ДА/НЕТ
- 2. Повысился ли у больного аппетит? ДА/НЕТ
- 3. Потерял ли больной в весе? ДА/НЕТ
- 4. Прибавил ли больной в весе? ДА/НЕТ
- 5. Изменилось ли поведение больного во время еды, не берет ли он/а слишком много еды в рот за один раз? ДА/НЕТ
- 6. Изменились ли у больного предпочтения в еде, например, может быть, он/а начал/а есть очень много конфет или каких-нибудь других определенных продуктов? ДА/НЕТ
- 7. Появились ли у него/неё какие-нибудь нарушения приема пищи, например, Может быть, он/а ест все время одно и то же и ли ест какие-нибудь блюда в одном и том же порядке? ДА/НЕТ
- 8. Есть ли еще какие-нибудь изменения аппетита или пищевых привычек, которые мы не упомянули? ДА/НЕТ

Если контрольный вопрос подтвержден, определите частоту появления и выраженность нарушения аппетита и пищевого поведения.

Частота:

- 1. Эпизодически – реже одного раза в неделю. ДА/НЕТ
- 2. Периодически – примерно раз в неделю. ДА/НЕТ
- 3. Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день. ДА/НЕТ
- 4. Очень часто – один раз в день или постоянно ДА/НЕТ

Выраженность:

- 1. Легкая – изменения аппетита или пищевого поведения наблюдаются, но они не привели к изменению веса и не причиняют беспокойства ДА/НЕТ
- 2. Умеренная – изменения аппетита или пищевого поведения наблюдаются и являются причиной незначительных колебаний в весе. ДА/НЕТ
- 3. Сильная – наблюдаются явные изменения аппетита и пищевого поведения, они являются причиной колебания веса, смущают или причиняют иные беспокойства пациенту ДА/НЕТ

Дистресс:

В какой мере Вы испытываете дистресс от этого симптома?

- 0. дистресса нет ДА/НЕТ
- 1. минимальный ДА/НЕТ
- 2. легкий ДА/НЕТ
- 3. умеренный ДА/НЕТ
- 4. умеренно тяжелый ДА/НЕТ
- 5. очень или крайне тяжелый ДА/НЕТ

Интерпретация результатов: NPI-Q разработан как самостоятельный опросник, заполняемый информантами о пациентах, за которыми они ухаживают. Каждый из 12 доменов NPI-Q содержит вопросы, которые отражают основные признаки этого домена.

Первоначальные ответы на каждый вопрос домена являются "Да"(присутствует) или "нет" (отсутствует). Если ответ на вопрос домена "нет", то необходимо переходить к следующему вопросу. Если "да", то далее оценивается выраженность симптомов, присутствующих в течение последнего месяца по 3-балльной шкале, так и связанное с ними влияние симптоматических проявлений на них с использованием 5-балльной шкалы.

А также оценивается частота появления симптома по 4-балльной шкале и дистресс для каждого симптома по 5-балльной шкале. Общий итог баллов составляет результат суммы баллов при оценке частоты, выраженности и дистресса по каждому домену и максимально составляет 144 балла (максимально 12 баллов в 12 доменах).

Гериатрическая шкала депрессии

1	В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?		НЕТ
2	Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?	ДА	
3	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	ДА	
4	Вам часто становится скучно?	ДА	
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?		НЕТ
6	Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	ДА	
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?		НЕТ
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	ДА	
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	ДА	
10	Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	ДА	
11	Считаете ли Вы, что жить — это прекрасно?		НЕТ
12	Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	ДА	
13	Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?		НЕТ
14	Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	ДА	
15	Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	ДА	
	Общий балл:		

Ключ:

1 балл зачисляется за ответ "нет" на вопросы 1, 5, 7, 11, 13 и за ответ "да" на вопросы 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

Интерпретация результатов:

0 - 4 баллов - отсутствие депрессии.

5 и более баллов - вероятная депрессия

Шкала Гамильтона для оценки депрессии

Содержание: оценивается выраженность следующих 17-ти признаков:

1. ПОНИЖЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ (переживание печали, безнадежности, беспомощности, малоценности; склонность к плачу)

0 = Отсутствует

1 = Выражение указанного чувства только при прямом вопросе

2 = Жалоба высказывается спонтанно

3 = Определяется не вербально (поза, мимика, голос, плаксивость)

4 = Пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и не вербально

2. ЧУВСТВО ВИНЫ

0 = Отсутствует

1 = Самоуничижение, считает, что подвел других

2 = Чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах

3 = Настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности

4 = Вербальные галлюцинации обвиняющего и/или осуждающего содержания, и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

3. СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ

0 = Отсутствует

1 = Чувство, что жить не стоит

2 = Желание смерти или мысли о возможности собственной смерти

3 = Суицидальные высказывания или жесты

4 = Суицидальная попытка

4. РАННЯЯ БЕССОННИЦА

0 = Отсутствует

1 = Жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут)

2 = Жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

5. СРЕДНЯЯ БЕССОННИЦА

0 = Отсутствует

1 = Жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи

2 = Многократные пробуждения в течение всей ночи, подъем с постели

6. ПОЗДНЯЯ БЕССОННИЦА

0 = Отсутствует

1 = Раннее пробуждение с последующим засыпанием

2 = Окончательное раннее утреннее пробуждение

7. РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И АКТИВНОСТЬ

0 = Отсутствие трудностей

1 = Мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с работой или хобби

2 = Утрата интереса к работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии, чтобы приступить к работе или проявить активность)

3 = Уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности

4 = Отказ от работы вследствие настоящего заболевания

8. ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)

0 = Нормальная речь и мышление

1 = Легкая заторможенность в беседе

2 = Заметная заторможенность в беседе

3 = Выраженные затруднения при проведении опроса

4 = Полный ступор

9. АЖИТАЦИЯ (ВОЗБУЖДЕНИЕ)

0 = Отсутствует

1 = Беспокойство

2 = Беспокойные движения руками

3 = Подвижность, неусидчивость

4 = Постоянно перебирает руками, заламывает руки, кусает ногти, губы, рвет волосы.

10. ТРЕВОГА ПСИХИЧЕСКАЯ

0 = Отсутствует

1 = Субъективное напряжение и раздражительность

2 = Беспокойство по незначительным поводам

3 = Тревога в выражении лица и речи

4 = Страх, выражаемый и без расспроса

11. ТРЕВОГА СОМАТИЧЕСКАЯ (сухость во рту, метеоризм, диспепсия,

диарея, спазмы, отрыжка, сердцебиение, головные боли, гипервентиляция, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение)

0 = Отсутствует

1 = Слабая

2 = Средняя

3 = Сильная

4 = Крайне сильная

12. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

0 = Отсутствует

1 = Утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в животе

2 = Прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов

13. ОБЩИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

0 = Отсутствует

1 = Тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил

2 = Любые резко выраженные симптомы

14. РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ (Утрата либидо, менструальные нарушения)

0 = Отсутствует

1 = Слабо выраженные

2 = Сильно выраженные

15. ИПОХОНДРИЯ

0 = Отсутствует

1 = Поглощенность собой (телесно)

2 = Чрезмерная озабоченность здоровьем

3 = Частые жалобы, просьбы о помощи

4 = Ипохондрический бред

16. ПОТЕРЯ ВЕСА

0 = Нет потери в весе

1 = Небольшая потеря веса

2 = Явная или резкая потеря веса

17. КРИТИЧНОСТЬ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

0 = Осознает, что болен

1 = Осознание болезненности состояния, но отнесение его на счет плохой пищи, климата, переутомление и т.д.

2 = Полное отсутствие осознания болезни

Интерпретация результатов: суммарный балл по 17-ти пунктам:

- 0 - 7 - норма
- 8 - 13 - легкое депрессивное расстройство
- 14 - 18 - депрессивное расстройство средней степени тяжести
- 19 - 22 - депрессивное расстройство тяжелой степени
- более 23 - депрессивное расстройство крайне тяжелой степени

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

	Т	1. Я напряжен. Мне не по себе	
	3	все время	
	2	часто	
	1	время от времени, иногда	
	0	совсем не испытываю	
	Д	2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство	
	0	определенно, это так	
	1	наверное, это так	
	2	лишь в очень малой степени это так	
	3	это совсем не так	
	Т	3. Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться	
	3	определенно, это так, и страх очень сильный	
	2	да, это так, но страх не очень сильный	
	1	иногда, но это меня не беспокоит	
	0	совсем не испытываю	
	Д	4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	
	0	определенно, это так	
	1	наверное, это так	
	2	лишь в очень малой степени это так	
	3	совсем не способен	
	Т	5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	
	3	постоянно	
	2	большую часть времени	
	1	время от времени	
	0	только иногда	
	Д	6. Я чувствую себя бодрым	
	3	совсем не чувствую	
	2	очень редко	
	1	иногда	
	0	практически все время	
	Т	7. Я легко могу сесть и расслабиться	

	0	определенно, это так	
	1	наверное, это так	
	2	лишь изредка это так	
	3	совсем не могу	
Д	8. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно		
	3	практически все время	
	2	часто	
	1	иногда	
	0	совсем нет	
Т	9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь		
	0	совсем не испытываю	
	1	иногда	
	2	часто	
	3	очень часто	
Д	10. Я не слежу за своей внешностью		
	3	определенно, это так	
	2	я не уделяю этому столько времени, сколько нужно	
	1	может быть, я стал меньше уделять этому внимания	
	0	я слежу за собой так же, как и раньше	
Т	11. Я не могу усидеть на месте, словно мне постоянно нужно двигаться		
	0	определенно, это так	
	1	наверное, это так	
	2	лишь в очень малой степени это так	
	3	совсем не способен	
Д	12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения		
	0	точно так, как и обычно	
	1	да, но не в той степени, как раньше	
	2	значительно меньше, чем раньше	
	3	совсем не считаю	
Т	13. У меня бывает внезапное чувство паники		
	3	действительно, очень часто	

	2	довольно часто	
	1	не так уж часто	
	0	совсем не бывает	
Д	14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, фильма, радио- или телепрограммы		
	0	часто	
	1	иногда	
	2	редко	
	3	очень редко	
Интерпретация результатов: Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: - "тревога" (нечетные пункты - 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) - "депрессия" (четные пункты - 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). 0 - 7 баллов - "норма" (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии). 8 - 10 баллов - "субклинически выраженная тревога/депрессия". 11 баллов и выше - "клинически выраженная тревога/депрессия".			

Шкала антихолинергической нагрузки

Уровень 1. (1 балл за каждый препарат из списка)	Уровень 2. (2 балла за каждый препарат из списка)	Уровень 3. (3 балла за каждый препарат из списка)
Алпразолам Арипипразол Атенолол Каптоприл Цетиризин Хлорталидон Кодеин Безвременника осеннего семян экстракт Дезлоратадин Диазепам Дигоксин Дипиридамол Фентанил Фуросемид Флувоксамин Галоперидол Гидрокортизон Изосорбидадинитрат Левосетиризин Лоперамид Лоратадин Метопролол Морфин Нифедипин Преднизолон Ранитидин Рисперидон Теofilлин Гидрохлоротиазид+Триамтерен Венлафаксин Варфарин	Амантадин Белладонны листьев экстракт Карбамазепин	Амитриптилин Атропин Хлорфенамин Хлорпромазин Клемастин Кломипрамин Клозапин Доксиламин Гидроксизин Метоклопрамид Оланзапин Пароксетин Перфеназин Кветиапин Тиоридазин

Интерпретация рейтинга лекарственных средств, вошедших в шкалу антихолинергической нагрузки АСВ в соответствии с их антихолинергической активностью:

Уровень 0 = неизвестны антихолинергические свойства лекарственного средства;

Уровень 1 = имеются потенциальные антихолинергические свойства, о чем свидетельствуют экспериментальные исследования по оценке связывания лекарственного средства с М-холинорецепторами;

Уровень 2 = в клинических исследованиях антихолинергические нежелательные побочные реакции иногда отмечались при применении лекарственного средства, как правило, в высоких дозах;

Уровень 3 = явные антихолинергические нежелательные побочные реакции (в клинических исследованиях), вплоть до делирия, при назначении препаратов в средних дозах.

Аризонский опросник для родственников

Вопрос	Варианты ответа	
	Да	Нет
1. У близкого Вам человека есть проблемы с памятью?	1	0
2. Если это так, стала память хуже, чем несколько лет назад?	1	0
3. Ваш близкий повторяет один и тот же вопрос или высказывает одну и ту же мысль несколько раз в течение дня?	2	0
4. Забывает ли он о назначенных встречах или событиях?	1	0
5. Кладет ли он вещи в непривычные места чаще 1 раза в месяц?	1	0
6. Подозревает ли близких в том, что они прячут или крадут его вещи, когда не может найти их?	1	0
7. Часто ли он испытывает трудности при попытке вспомнить текущий день недели, месяц, год?	2	0
8. Он испытывает проблему с ориентацией в незнакомом месте?	1	0
9. Усиливается ли рассеянность за пределами дома, в поездках?	1	0
10. Возникают ли проблемы при подсчете сдачи в магазине?	1	0
11. Есть ли трудности с оплатой счетов, финансовых операций?	2	0
12. Забывает ли он принимать лекарства? Были случаи, когда он не мог вспомнить, принимал ли он уже лекарство?	1	0
13. Есть ли проблемы с управлением автомобилем?	1	0
14. Возникают ли трудности при пользовании бытовыми приборами, телефоном, телевизионным пультом?	1	0
15. Испытывает ли он затруднения, выполняя работу по дому?	1	0
16. Потерял ли он интерес к привычным увлечениям?	1	0
17. Может ли Ваш близкий потеряться на знакомой территории (например, рядом с собственным домом)?	2	0
18. Утрачивает ли чувство правильного направления движения?	1	0
19. Случается ли, что Ваш близкий не только забывает имена, но и не может вспомнить нужное слово?	1	0
20. Путает ли Ваш близкий имена родственников или друзей?	2	0
21. Есть ли у него проблемы с узнаванием знакомых людей?	2	0
Интерпретация результатов:		
Результат ниже 5 баллов говорит об отсутствии значимых проблем в когнитивной сфере.		
Значение в промежутке от 5 до 14 баллов предполагает обращение к врачу, так как может свидетельствовать о наличии умеренных когнитивных нарушений, которые лучше не		

оставлять без внимания. Нередко такие нарушения - первая стадия в развитии более серьезных проблем. У 15 процентов лиц, которым поставлен диагноз "умеренные когнитивные расстройства", в течение года развиваются более тяжелые нарушения - деменция.

Всякий результат свыше 14 баллов свидетельствует о довольно высокой вероятности деменции у близкого вам человека и о необходимости срочно обратиться за помощью к врачу.

Опросник для самодиагностики когнитивного расстройства макнера и кана

	0 - никогда	1 - редко	2 - иногда	3 - часто	4 - очень часто
1. Я забываю номера телефонов					
2. Я забываю, что и куда положил					
3. Оторвавшись от книги, не могу найти место, которое читал					
4. Мне нужно составить список дел, чтобы ничего не забыть					
5. Я забываю о назначенных встречах					
6. Я забываю, что планировал сделать по дороге домой					
7. Я забываю имена старых знакомых					
8. Мне трудно сосредоточиться					
9. Мне трудно пересказать содержание телепередачи					
10. Я не узнаю знакомых людей					
11. Мне трудно вникнуть в смысл того, что говорят окружающие					
12. Я быстро забываю имена людей, с которыми знакомлюсь					
13. Я забываю, какой сегодня день недели					
14. Когда кто-то говорит, я не могу сосредоточиться					
15. Я перепроверяю, закрыл ли дверь и выключил ли плиту					
16. Я пишу с ошибками					
17. Я легко отвлекаюсь					
18. Перед новым делом меня нужно проинструктировать несколько раз					
19. Мне трудно сосредоточиться, когда я читаю					
20. Я тут же забываю, что мне сказали					
21. Мне трудно принять решение					
22. Я все делаю очень медленно					
23. Моя голова бывает пустой					

24. Я забываю, какое сегодня число.					
Ответьте на 24 вопроса. Ответ оцените по пятибалльной системе: 0 - никогда, 1 - редко, 2 - иногда, 3 - часто, 4 - очень часто.					
Интерпретация: Если после сложения полученных баллов сумма составит выше 42, предполагается наличие когнитивных нарушений. В этом случае предполагается, что пациенту следует обратиться к врачу за дальнейшей консультацией.					

Список использованной литературы:

1. Dichgans M., Leys D. Vascular Cognitive Impairment. *Circ. Res.* 2017; 120(3): c. 573–591. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28154105/>
2. Seo S.W., Hwa Lee B., Kim E.J. et al. Clinical significance of microbleeds in subcortical vascular dementia. *Stroke.* 2007; 38: c. 1949–1951. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17510457/>
3. Greenberg S.M., Gurol M.E., Rosand J. et al. Amyloid angiopathy-related vascular cognitive impairment. *Stroke.* 2004; 35: c. 2616–2619. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15459438/>
4. Gold G., Giannakopoulos P., Herrmann F.R. et al. Identification of Alzheimer and vascular lesions thresholds for mixed dementia. *Brain.* 2007; 130: c. 2830–2836. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17878206/>
5. Sadowski M., Pankiewicz J., Scholtzova H. et al. Links between the pathology of Alzheimer's disease and vascular dementia. *Neurochem. Res.* 2004; 29: c. 1257–1266. URL: https://www.researchgate.net/publication/8531312_Links_Between_the_Pathology_of_Alzheimer's_Disease_and_Vascular_Dementia
6. Rizzi L., Rosset I., Roriz-Cruz M. Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types. *BioMed Research International.* 2014; 908915: c. 1–8. URL: https://www.researchgate.net/publication/264462715_Global_Epidemiology_of_Dementia_Alzheimer's_and_Vascular_Types
7. Jellinger K.A., Attems J. Prevalence and pathology of vascular dementia in the oldest-old. *J Alzheimers Dis.* 2010; 21(4): c. 1283–1293. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21504129/>
8. Fernandez-Martínez M., Castro J., Molano A. et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease and vascular dementia. *Curr Alzheimer Res.* 2008; 5(1): c. 61–69. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18288933/>
9. Wallin A., Kapaki E., Boban M., et al. Biochemical markers in vascular cognitive impairment associated with subcortical small vessel disease - A consensus report. *BMC Neurol.* 2017; 17(1): 102. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5442599/pdf/12883_2017_Article_877.pdf
10. Appleton J.P., Scutt P., Sprigg N., Bath P.M. Hypercholesterolaemia and vascular dementia. *Clin Sci (Lond).* 2017; 131(14): c. 1561–1578. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28667059/>
11. Beynon R., Sterne J.A., Wilcock G., et al. Is MRI better than CT for detecting a vascular component to dementia? A systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol.* 2012; 12(33): c. 1–10. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22672344/>
12. Sachdev P., Kalaria R., O'Brien J. et al. Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement. *Alzheimer disease and associated disorders.* 2014; 28(3): c. 206–218. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24632990/>
13. Roman G.C., Tatemichi T.K., Erkinjuntti T. et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Work Group. *Neurology.* 1993; 43: c. 250–260. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8094895/>
14. Van Straaten E.C., Scheltens P., Knol D.L., et al. Operational definitions for the NINDS-AIREN criteria for vascular dementia: an interobserver study. *Stroke* 2003; 34: c. 1907–1912. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12855825/>
15. Malojcic B., Giannakopoulos P., Sorond F.A., et al. Ultrasound and dynamic functional imaging in vascular cognitive impairment and Alzheimer's disease. *BMC Med.* 2017; 15(1): 27.

URL:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5299782/pdf/12916_2017_Article_799.pdf

16. Barber R., Ballard C., McKeith I.G. et al. MRI volumetric study of dementia with Lewy bodies: a comparison with AD and vascular dementia. *Neurology*. 2000; 54(6): c. 1304–1309. URL: https://www.researchgate.net/publication/298142418_MRI_volumetric_study_of_dementia_with_Lewy_bodies_-_A_comparison_with_AD_and_vascular_dementia
17. Barber R., Scheltens P., Gholkar A. et al. White matter lesions on magnetic resonance imaging in dementia with Lewy bodies, Alzheimer's disease, vascular dementia, and normal aging. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1999; 67(1): c. 66–72. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10369824/>
18. Ghafar M.Z.A.A., Miptah H.N., O'Caoimh R. Cognitive screening instruments to identify vascular cognitive impairment: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019; 34(8): c. 1114–1127. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31050033/>
19. Gorelick P.B., Scuteri A., Black S.E. Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011; 42: c. 2672–2713. URL: https://www.researchgate.net/publication/51510929_Vascular_Contributions_to_Cognitive_Impairment_and_Dementia_A_Statement_for_Healthcare_Professionals_From_the_American_Heart_AssociationAmerican_Stroke_Association
20. Rockwood K., Ebly E., Hachinski V., Hogan D. Presence and treatment of vascular risk factors in patients with vascular cognitive impairment. *Arch Neurol*. 1997; 54 (1): c. 33–39. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9006411/>
21. Jin B.R., Liu H.Y. Comparative efficacy and safety of cognitive enhancers for treating vascular cognitive impairment: systematic review and Bayesian network meta-analysis. *Neural Regen Res*. 2019; 14(5): c. 805–816. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30688266/>
22. Kavirajan H., Schneider L.S. Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Neurol*. 2007; 6(9): c. 782–792. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17689146/>
23. Baskys A., Hou A.C. Vascular dementia: pharmacological treatment approaches and perspectives. *Clin. Interv. Aging*. 2007; 2(3): c. 327–335. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18044183/>
24. Mikhailova N.M., Selezneva N.D., Kalyn Ia.B., et al. Efficacy of actovegin in the treatment of elderly patients with vascular mild cognitive impairment. *Zh. Nevrol. Psikhiatr. Im. S. S. Korsakova*. 2013; 113(7 Pt 2): c. 69–76. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23994934/>
25. Cui S., Chen N., Yang M. et al. Cerebrolysin for vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; 11: CD008900. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008900.pub3/full>
26. Sha M.C., Callahan C.M. The efficacy of pentoxifylline in the treatment of vascular dementia: a systematic review. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2003; 17(1): c. 46–54. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12621319/>
27. Cohen R.A., Browndyke J.N., Moser D.J., et al. Long-term citicoline (cytidine diphosphate choline) use in patients with vascular dementia: neuroimaging and neuropsychological outcomes. *Cerebrovasc Dis*. 2003; 16(3): c. 199–204. URL: https://www.researchgate.net/publication/10657496_Long-Term_Citicoline_Cytidine_Diphosphate_Choline_Use_in_Patients_with_Vascular_Dementia_Neuroimaging_and_Neuropsychological_Outcomes

28. Bahar-Fuchs A., Clare L., Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; 6: CD003260. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003260.pub2/epdf/full>
29. Одинак М.М., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии. СПб.: ВМедА, 2006; 158 с. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-narusheniya-pri-tserebrovaskulyarnoy-bolezni-cto-mezhdu-normoy-i-dementsiey>
30. Левин О.С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ, 2019; 448 с. URL: https://static-sl.insales.ru/files/1/873/11576169/original/dia_i_lech_kogn_nar_i_dem_v_klinich_pr.pdf
31. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. Рус. мед. журн. 2002; 10(12–13): с. 539–542. URL: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Kognitivnye_i_emocionalno-afektivnye_narusheniya_pri_discirkulyatornoy_encefalopatii/
32. Artemyev D.V., Zakharov V.V., Levin O.S. Aging and neurodegenerative disorders: cognitive and motor impairments in the elderly. Methodical recommendations - М., 2005 – 48 p.
33. Damulin I.V. Therapeutic possibilities at Alzheimer's disease and vascular dementia // Russian medical magazine - М., 2001 - №7-8 – P. 310-313
34. Damulin I.V. New neuroprotective and therapeutic strategy at dementias: the antagonist of NMDA-receptors akatinol memantin // Russian medical magazine - М., 2001 - №25 – P. 1178-1182
35. Zakharov V.V. Aging cognitive disorders. Methodical recommendations - М., 2004 – 12 p.
36. Zakharov V.V., Yakhno N.N. Syndrome of mild cognitive impairment in the elderly: diagnosis and treatment // Russian medical magazine - М., 2004 - №10 – P. 573-576
37. Levin O.S. Atherosclerotic encephalopathy: current understanding of the mechanisms of development and treatment - М., 2006 – 24 p.
38. Markin S.P. The modern approach to the prevention of stroke. Methodical recommendations - Voronezh – 2004 – 43 p.
39. Markin S.P. Cognitive impairment in medical practice. Methodical recommendations - Voronezh – 2008 – 42 p
40. Д. В. Лесков, О. С. Васильева, Д. О. Цыденова, Е. А. Рогалева, А. А. Шаметов - Влияние нейрометаболического препарата семакс на интеллектуально-мнестические функции у пожилых. URL: https://medicom-mtd.com/htm/Pub/pub_eeg_283.pdf