

# ПЕРВЫМ ДЕЛОМ

Авторы:



Мария Алексеевна Чердак,  
врач-невролог, к.м.н.  
ФГАОУ ВО РНИМУ  
им. Н. И. Пирогова  
Минздрава России



Элен Арайковна Мхитарян, врач-невролог,  
к.м.н., Российский  
геронтологический  
научно-клинический центр

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Д**иагностика когнитивных расстройств (КР) – неотъемлемая часть работы врачей первичного звена, работающих с лицами старшего возраста. КР – крайне гетерогенная группа состояний не только по тяжести, но и по этиологии. По тяжести выделяют деменцию (тяжелые КР) и недементные расстройства, часто являющиеся продромальной стадией деменции. По этиологии наиболее частыми причинами КР у пожилых выступают нейродегенеративные (болезнь Альцгеймера, болезнь диффузных телец Леви) и сосудистые заболевания головного мозга, а также их сочетание. В то же время у части больных в основе когнитивных нарушений лежат потенциально курабельные заболевания, своевременная диагностика и коррекция которых позволяют уменьшить тяжесть или устранить КР (нормотензивная гидроцефалия, дефицит витамина В<sub>12</sub>, гипотиреоз, инфекционные и аутоиммунные заболевания центральной нервной системы). Отдельно следует отметить псевдодеменцию, когда когнитивные жалобы обусловлены депрессией.

Диагностика КР заключается в использовании клинических и параклинических методов, цель которых – определить этиопатогенетические причины КР у конкретного пациента и оценить тяжесть КР для разработки тактики ведения пациента.

### КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КР

Диагностика состояния когнитивной сферы начинается с оценки жалоб пациента и сбора анамнестической информации. Нарастание когнитивной дисфункции на стадии деменции часто ассоциировано с постепенным исчезновением критики к своему состоянию, поэтому очень важно как можно быстрее получить объективную информацию из медицинской документации или от третьих лиц, хорошо знающих пациента в течение длительного времени.

Клиническая диагностика КР базируется на оценке неврологического, нейропсихологического и психоэмоционального статуса пациента. Особое внимание следует уделить оценке двигательных нарушений, нарушений равновесия, походки, тазовых функций. При наличии жалоб на головокружение в числе прочего должны проводиться тесты для исключения ортостатической гипотензии.

Нейропсихологическое обследование подразумевает исследование памяти, речи, восприятия, целенаправленных движений, мышления и внимания. В зависимости от этапа и цели оказания помощи больному можно использовать как скрининговые шкалы (например, MMSE, Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест), тест «Мини-Ког»), так и провести более детальное нейропсихологическое обследование. Скрининговые шкалы



Таблица 1. Методы лабораторной и инструментальной диагностики у пациентов с когнитивными нарушениями

Лабораторные	Инструментальные
Общий анализ мочи	МРТ головного мозга (1,5–3 Т)
Общий анализ крови	КТ головного мозга
Биохимический анализ крови (показатели функции печени, почек, липидный спектр, электролиты, глюкоза, гликированный гемоглобин)	Дуплексное сканирование сосудов шеи и магистральных артерий головы
Коагулограмма	Исследование функции сердца: ЭКГ, ЭхоКГ, СМАД, холтеровское мониторирование ЭКГ
Анализ гормонов щитовидной железы	Рентгенография органов грудной клетки
Анализ показателей витамина В <sub>12</sub> , фолиевой кислоты	ЭЭГ
Серологические исследования (ВИЧ, сифилис, прочие нейроинфекции)	

Примечания. МРТ – магнитно-резонансная томография, Т – Тесла, КТ – компьютерная томография, ЭКГ – электрокардиография, ЭхоКГ – эхокардиография, СМАД – суточное мониторирование артериального давления, ЭЭГ – электроэнцефалография, ВИЧ – вирус иммунодефицита человека.

полезны для быстрой диагностики КР. Их применение занимает несколько минут и не требует от врача специфических навыков. В качестве основного инструмента для скрининга КР в практике врачей первичного звена применяют тест «Мини-ког», проведение которого занимает не более двух минут.

Важным этапом является оценка психоэмоционального статуса с учетом влияния сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств пациента на выраженность когнитивного дефекта. Краткую оценку выполняют с помощью стандартных шкал и опросников (например, Гериатрическая шкала депрессии, Госпитальная шкала тревоги и депрессии). При подозрении на выраженные эмоциональные или поведенческие нарушения требуется консультация психиатра.

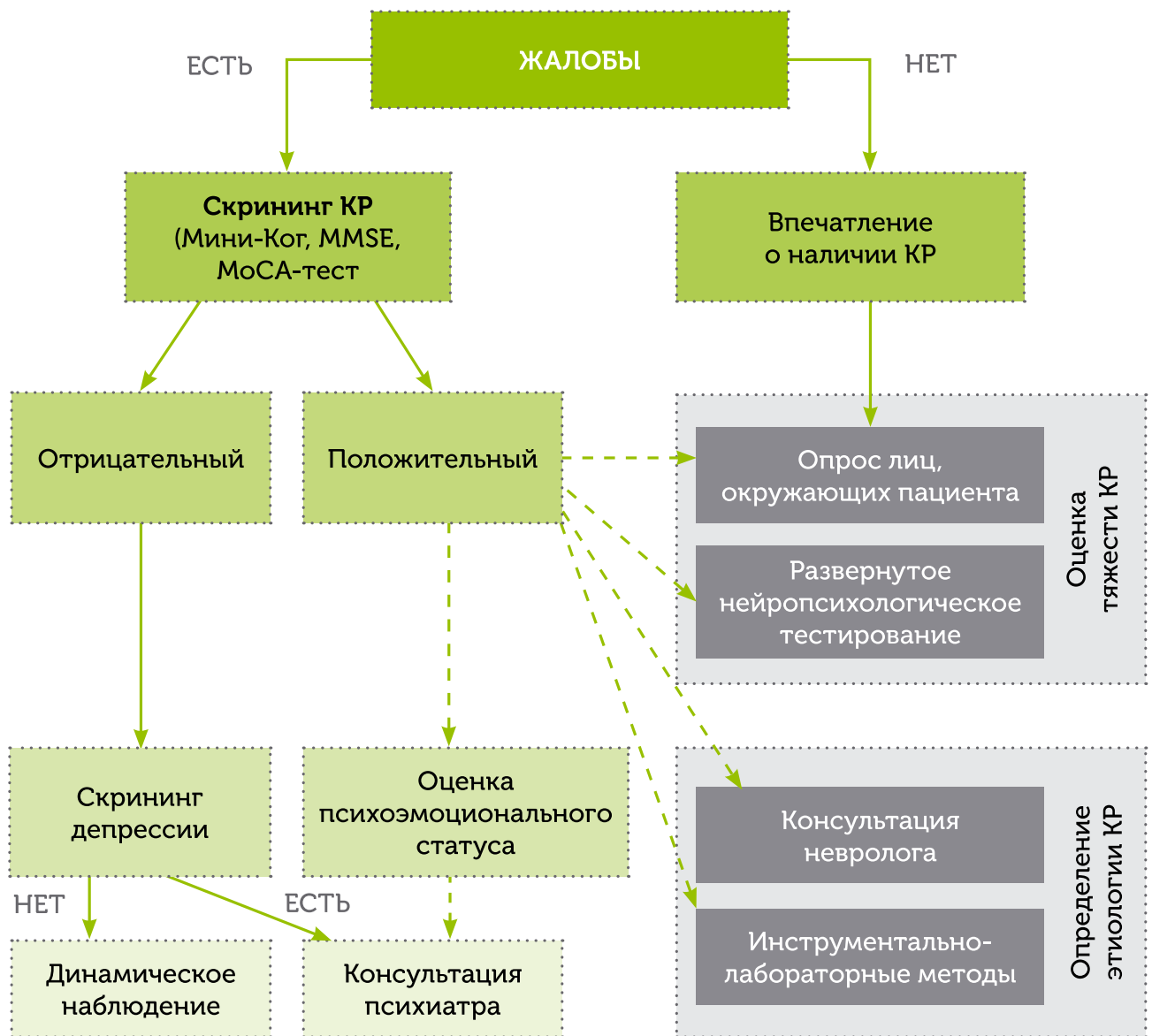
Клиническая оценка завершается определением тяжести когнитивных расстройств, что требует анализа влияния выявленных когнитивных нарушений на повседневную (профессиональную, социальную, бытовую) жизнь пациента. Оценка функционального статуса позволяет выявить пациентов с развитием синдрома деменции. Диагноз требует назначения базисных противодементных препаратов (мемантина, ингибиторов ацетилхолинэстеразы). На додементном этапе, как правило, используются препараты с метаболическим и сосудистым действием, такие как Мексидол®, который хорошо зарекомендовал себя в терапии когнитивных нарушений, ассоцииро-

ванных с хроническим цереброваскулярным заболеванием. Преимуществами препарата являются сочетание широты терапевтического эффекта с высоким профилем безопасности, отсутствие седативного, миорелаксирующего, стимулирующего действия. Особенностью действия Мексидола является не только его влияние на когнитивный статус, но также положительное воздействие на психоэмоциональную сферу. Стоит также отметить наличие у Мексидола серьезной доказательной базы в терапии пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. Было проведено два крупных международных рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследования по его влиянию на пациентов с хронической ишемией головного мозга (исследование МЕМО) [5] и в остром и раннем восстановительном периодах полушарного ишемического инсульта (исследование ЭПИКА) [6]. Результаты данных исследований показали достоверное улучшение не только когнитивных функций, но и значимый регресс эмоциональных, вегетативных и двигательных нарушений.

## ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КР

Всем пациентам с когнитивными нарушениями в обязательном порядке назначают развернутый общий и биохимический анализ крови с исключением анемического синдрома, признаков инфекционного или воспалительного процессов;

Рис. 1. Алгоритм диагностики когнитивных нарушений в амбулаторной практике



Примечание. MMSE – краткая шкала оценки психического статуса, КР – когнитивное расстройство.

оценкой уровня электролитов (натрий, кальций, калий), функции почек, печени, щитовидной железы, уровня глюкозы в крови. Пациентам с КР сосудистого генеза выполняют анализ показателей свертывающей системы крови, липидного спектра. Одним из важных факторов развития нервно-психических расстройств является дефицит витамина В<sub>12</sub> и/или фолиевой кислоты, исключить который следует у всех пациентов с когнитивными нарушениями вне зависимости от наличия у них анемии. При развитии деменции неясной этиологии у молодых пациентов может потребоваться обследование с исключением возможных нейроинфекций (сифилис, ВИЧ, боррелиоз, токсоплазмоз, вирусы герпеса и т.д.), аутоиммунных энцефалитов. При подозрении на сосудистый генез КР необходимо

тщательное кардиологическое обследование с проведением электрокардиографии и эхокардиографии, а также ультразвуковое исследование магистральных сосудов головы.

Важнейшее место в диагностике деменций играют методы нейровизуализации – магнитно-резонансная томография (МРТ) и, при невозможности ее выполнения или наличии противопоказаний, компьютерная томография (КТ). Электроэнцефалография проводится только при подозрении на эпилепсию и болезнь Крейтцфельда – Якоба. Перечень методов параклинического обследования пациентов с когнитивными нарушениями приведен в табл. 1. Приблизительный алгоритм обследования пациентов с возможными когнитивными нарушениями представлен на рис. 1.