

Диагностика деменций

Проблема своевременной диагностики деменций является очень актуальной на сегодняшний день, поскольку имеются существенные доказательства преимуществ ранней диагностики и лечения этой патологии.

Первое, о чем стоит сказать, – это жалобы больного. На начальных этапах больной обычно предъявляет достаточно большое количество жалоб, однако по мере прогрессирования заболевания их количество уменьшается. У больных со средней тяжестью деменции количество жалоб незначительно, оно гораздо меньше той объективно выявляемой симптоматики, которую фиксирует врач, а на стадии тяжелой деменции жалобы, как правило, отсутствуют.

Типичными симптомами начальной стадии деменции могут быть недостаточная концентрация внимания, медленно нарастающие нарушения памяти, быстрая утомляемость, снижение круга интересов и инициативности, трудности выполнения сложных бытовых задач и ориентировки в пространстве, ослабление и/или ухудшение мыслительных процессов, пониженный фон настроения, общая тревога. Усвоение новой информации затруднено, имеющиеся навыки постепенно утрачиваются. Возможны речевые нарушения в виде упрощения фраз, трудностей в понимании усложненных оборотов.

Национальный Институт старения (США) выделил семь ранних признаков возможной БА, к которым относятся:

- повторение одного и того же вопроса;
- многократное повторение одного и того же рассказа, слово в слово;
- утрата повседневных навыков, таких как приготовление пищи или уборка квартиры;
- утрата способности вести финансовые дела, например, расплачиваться по счетам;
- неспособность ориентироваться в знакомом месте или расставлять обычные предметы домашнего обихода на их привычные места;
- пренебрежение личной гигиеной, утверждения типа «я и так чистый»;
- поручение кому-либо принятия решения в жизненных ситуациях, с которыми раньше человек справлялся самостоятельно.

По мере прогрессирования заболевания усугубляется выраженность мнестических нарушений – больные забывают названия предметов обихода, имена близких людей и пр. Отчетливо проявляются нарушения

высших психических функций, наступают моторная, сенсорная афазия, грубые нарушения праксиса и гнозиса. Становятся невозможными не только трудовая деятельность, но и самообслуживание. Больные не могут ориентироваться даже в знакомой обстановке (не в состоянии самостоятельно добраться до рядом расположенного магазина, не могут пройти даже по хорошо известному маршруту), в тяжелых случаях – в пределах собственной квартиры. Нарушается способность пользоваться бытовыми приборами, выполнять гигиенические процедуры, одеваться. На стадии развернутых клинических проявлений диагностируют неустойчивость настроения, повышенную раздражительность, возбуждение. У половины больных имеются депрессивные нарушения. На стадии развернутой деменции могут возникнуть существенные нарушения памяти (в т. ч. агнозия), дезориентация во времени и пространстве, снижение мотивации к повседневной активности, пренебрежение персональной гигиеной, нарушение социального поведения, отсутствие критики к своему состоянию. Очень важным аспектом является дифференцировка возрастных когнитивных нарушений и когнитивных расстройств, связанных с развитием деменции (табл. 2).

Таблица 2. Дифференциальная диагностика возрастных нарушений и когнитивных расстройств (цит. по [10])

Болезнь Альцгеймера и другие деменции	Типичные возрастные изменения
Потеря памяти, которая нарушает повседневную жизнь. Наиболее распространена потеря памяти о недавно полученной информации. Также пациенты забывают даты или события, повторяющиеся снова и снова, и часто полагаются на помощь устройств или членов семьи в тех вопросах, в которых раньше были самостоятельны	Иногда забывают имена или встречи, но вспоминают их позже
Трудности с планированием или решением проблем. Трудности с концентрацией внимания и увеличение времени на то, что они делали раньше	Периодические ошибки при оформлении счетов или подведении баланса

Трудности при выполнении знакомых дел дома, на работе или на досуге. Проблемы при поездке в знакомое место, управлении бюджетом на работе или запоминании правил любимой игры	Иногда требуется помощь для настройки сложной бытовой техники
Путаница со временем или местом. Нарушено чувство времени. Иногда большие забывают, где они и как они туда попали	Путают день недели, но позже исправляются
Проблемы понимания визуальных образов и пространственных отношений. Они могут испытывать трудности с чтением, оценкой расстояния и определением цвета или контраста, что может вызвать проблемы с вождением автомобиля	Изменения зрения, связанные с катарактой, глаукомой и возрастной макулярной дегенерацией
Проблемы со словами в разговоре или письме. Больные могут остановиться в середине разговора и не знают, как его продолжить, или повторяются. Трудности с подбором правильных слов, название предметов неправильно	Иногда возникают проблемы с нахождением правильного слова
Неправильное положение вещей и утрата способности воспроизводить свои действия. Больные помещают вещи в необычных местах и теряют их, будучи не в состоянии вернуться и воспроизвести поэтапно свои действия, чтобы найти их	Иногда неправильное положение вещей с воспроизведением действий, чтобы найти их
Отказ от хобби, социальной деятельности, рабочих проектов или занятий спортом. Попытка избежать любых изменений	Иногда чувствуют усталость после работы, общения с семьей и социального общения
Изменения настроения и личности. Больные могут стать подозрительными, подавленными, депрессивными или тревожными	Разработка очень специфических способов что-либо делать и раздражительность, когда нарушен рутинный порядок

Основу постановки диагноза составляют данные **анамнеза**. Это должна быть информация, полученная как от самого пациента, так и от лиц, контактировавших с ним относительно длительное время. Это могут быть супруг/супруга, родственник, лечащий врач, коллеги по работе. Информация, полученная от самого пациента, чаще всего нуждается в уточнении, т. к. в связи с нарушениями памяти и критики больной может забыть какие-то события, неправильно трактовать те или иные проявления заболевания, давать им свою интерпретацию, что приведет к неправильной диагностике.

Необходимо уточнение следующих моментов:

- выраженность и характер изменений от исходного уровня;
- хронологический порядок появления симптоматики;
- степень функционального снижения;
- предшествующий медицинский анамнез;
- прием медикаментов;
- употребление наркотиков;
- алкоголизм;
- курение;
- семейный анамнез.

Окружающие могут заметить такие симптомы, как многократное повторение вопросов, трудности ориентации в малознакомой местности или, например, в торговых центрах, трудности узнавания членов семьи предшествующих поколений, трудности пользования новым оборудованием, трудности подбора слов, тенденция меньше участвовать в групповых беседах, снижение внимания к собственной внешности / гигиене. При прогрессировании заболевания возникают эпизоды агитации в вечернее время, больные перестают узнавать свой дом и близких членов семьи. Пациенты нуждаются в обеспечении соответствующей безопасности, что особенно актуально при пользовании кухней, обращении с деньгами и т. д.

Большое значение имеет получение информации об уровне образования пациента, что позволит предположить его преморбидный когнитивный уровень.

Оценка выраженности когнитивного снижения возможна с использованием Опросника родственника о когнитивном снижении у пожилого человека (IQCODE, Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) [11].

Опросник родственника о когнитивном снижении у пожилого человека состоит из 26 вопросов, которые характеризуют основные когнитивные функции больного: память, внимание, гнозис, праксис, мышление, способность планирования и координирования произвольной

деятельности. Опросник заполняется родственниками больного или лицами, которые длительное время за ним ухаживают. В анкете IQCODE представлены разные жизненные ситуации, и опекун должен отметить, как справлялся с этими ситуациями пациент в течение последних 10 лет до настоящего заболевания.

Каждый вопрос родственника оценивается в баллах от 1 до 5, нужно выбрать один из вариантов ответа: значительно лучше – 1; немного лучше – 2; без изменений – 3; немного хуже – 4; заметно хуже – 5. Общая сумма баллов может варьировать от 26 до 130. При этом выделяют две методики подсчета общего количества баллов. В первом варианте отдельные баллы суммируются, и получается определенный результат. Результаты анкеты в данном случае оцениваются следующим образом: 78 баллов и менее – отсутствие когнитивных нарушений до инсульта, от 79 до 103 баллов – умеренные когнитивные нарушения, 104 балла и более – достигающие степени деменции когнитивные нарушения. В другом случае сумму всех полученных ответов нужно разделить на количество вопросов. Когнитивные нарушения оцениваются так: менее 3,00 – улучшение состояния пациента за последние 10 лет; 3,00 – без изменений; 3,01–3,50 – легкое снижение когнитивных и исполнительных функций в течение последних 10 лет; 3,51–4,00 – умеренное снижение когнитивных и исполнительных функций; 4,01–5,00 – выраженное снижение когнитивных и исполнительных функций (**табл. 3**) [9].

Таблица 3. Опросники IQCODE

№	Вопрос	1	2	3	4	5
1	Пациент сразу узнает лица близких, знакомых, быстро вспоминает их имена					
2	Помнит события, которые произошли недавно					
3	Может вспомнить разговор несколько дней спустя					
4	Помнит свой адрес и номер телефона					
5	Помнит, какой сегодня день, число, месяц					

6	Помнит, где обычно хранит вещи					
7	Может вспомнить, куда положил вещи					
8	Знает, как обращаться с бытовыми приборами					
9	Может понять, как пользоваться новыми бытовыми приборами					
10	Понимает и запоминает новые факты					
11	Может рассказать ход событий в просмотренном фильме, сюжет прочитанной книги					
12	Может самостоятельно принимать решения в повседневных вопросах					
13	Может самостоятельно совершать покупки и рационально расходовать деньги					
14	Справляется с финансовыми задачами (рассчитать сдачу в магазине, получить пенсию)					
15	Справляется с повседневными расчетами (помнит, сколько продуктов купить), помнит, когда последний раз приходили знакомые и пр.					
16	Понимает, что происходит, и может адекватно оценить обстановку					

Значительно лучше – 1; немного лучше – 2; без изменений – 3; немного хуже – 4; заметно хуже – 5.

Подсчет результатов:

Сумму всех полученных ответов разделите на количество вопросов:

Сумма всех ответов

_____ =

Количество вопросов (16)

Интерпретация результатов:

Менее 3,00 – улучшение состояния пациента за последние 10 лет

3,00 – без изменений

3,01–3,50 – легкое снижение когнитивных и исполнительных функций в течение последних 10 лет

3,51–4,00 – умеренное снижение когнитивных и исполнительных функций

4,01–5,00 – выраженное снижение когнитивных и исполнительных функций

Очень важным аспектом является исследование соматического и неврологического статуса. Диагностика коморбидных расстройств позволит с большей вероятностью определить этиологию когнитивных нарушений.

Среди **коморбидных заболеваний** наиболее частыми являются атеросклеротические сосудистые поражения, инфаркт миокарда, бронхопневмонии, эмфизема и легочная тромбоэмболия [12].

Депрессия часто встречается у пожилых людей в общем, депрессивные симптомы отмечаются при деменции, особенно при сосудистой, лобно-височной и деменции при болезни Паркинсона (БП). При деменции при БП очень часто отмечаются падения, переломы, симптоматическая постуральная гипотензия, недержание мочи и галлюцинации. Сопутствующие заболевания являются важным предиктором клинического исхода для пациентов с идиопатической нормотензивной гидроцефалией, особенно после проведения шунтирующей терапии [12].

Особое значение имеет выявление **очаговых неврологических симптомов** и экстрапирамидной симптоматики. Например, повышение мышечного тонуса и брадикинезия в отсутствие тремора позволяет предполагать деменцию с тельцами Леви. Развитие синдрома паркинсонизма возможно выявить при деменции с тельцами Леви, БП, прогрессирующем надъядерном параличе, гепатолентикулярной дегенерации. Асимметричные рефлексы, нарушения полей зрения, пирамидные или другие очаговые симптомы могут быть признаками сосудистого поражения, наличия объемных процессов в головном мозге. Нарушения ходьбы могут присутствовать при цереброваскулярной патологии, нормотензивной гидроцефалии, БП, деменции с тельцами Леви, нейросифилисе. Миоклонус и мозжечковая атаксия часто отмечаются при болезни Крейтцфельда – Якоба. Периферическая невропатия может указывать на токсическое и дисметаболическое поражение головного мозга.

Всем больным с наличием цереброваскулярной патологии должно быть выполнено исследование **реологических свойств крови**.

Проводится исследование системы гемостаза: подсчет тромбоцитов в крови, оценка спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов с аденозиндифосфатом (АДФ), коллагеном, адреналином, ристоцетином, арахидоновой кислотой. Оценка состояния эндотелия основывается на определении в крови факторов, указывающих на его системное повреждение, а именно эндотелиальных клеток, экспрессии NO-синтетазы, молекул адгезии (селектин, ICAM), маркеров воспаления (С-белок, цитокины 1, 6 и 8) и фактора Виллебранда.

Детальное исследование **соматического статуса** обязательно должно включать оценку состояния кардиальной и респираторной функций. При подозрении на заболевания сердца должны быть выполнены ЭКГ, а при наличии соответствующих показаний – Эхо-КГ и холтеровское мониторирование. Но, безусловно, соматическое обследование невозможно без **лабораторной диагностики**, которая должна быть направлена как на оценку состояния внутренних органов и систем, так и на выявление других возможных причин развития когнитивного дефицита.

The National Institute of Clinical Excellence (NICE) рекомендует выполнять развернутый клинический и биохимический анализ крови. В клиническом анализе особое значение имеют скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и количество эритроцитов (**табл. 4**). Биохимический анализ крови должен включать определение концентрации мочевины, электролитов, кальция, глюкозы, печеночных ферментов, гормонов щитовидной железы, витамина В₁₂ и фолатов (**табл. 5, 6**).

Таблица 4. Нормальный клинический анализ крови [12]

Показатель, ед. изм.	Норма у женщин	Норма у мужчин
Гемоглобин, г/л	120–140	130–160
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	3,7–4,7	4–5,1
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	180–320	180–320
СОЭ, мм/ч	0–20	0–15

Таблица 5. Нормальный биохимический анализ крови [12]

Название, мера измерения	Норма для женщин	Норма для мужчин
Аспаратаминотрансфераза, ед/л	< 31	< 41
Аланинаминотрансфераза, ед/л	< 35	< 45
Гамма-глутаминтрансфераза, ед/л	< 40	< 55
Мочевина, мкмоль/л	2,8–7,2	2,8–7,2
Калий, ммоль/л • До 60 лет • Старше 60 лет	3,6–5,3 3,7–5,4	3,6–5,3 3,7–5,4
Кальций, ммоль/л • До 50 лет • Старше 50 лет	2,15–2,55 2,10–2,42	2,15–2,55 2,10–2,42
Натрий, ммоль/л • Взрослые до 65 лет • Старше 65 лет	120–150 132–146	120–150 132–146
Креатинин, мкмоль/л • Взрослые до 60 лет • Старше 60 лет	44–80 80–115	62–106 80–115
Мочевина, ммоль/л • Взрослые до 65 лет • Старше 65 лет	1,7–8,3 2,9–11,9	1,7–8,3 2,9–11,9
Фолаты, нг/мл	3–25	3–25
Витамин В ₁₂ , ммоль/л	148–616	148–616
Глюкоза плазмы крови, ммоль/л: • для капиллярной крови • для венозной крови	3,1–5,5 3,1–6,4	3,1–5,5 3,1–6,4
Гликированный гемоглобин, %	4,8–6,0	4,8–6,0

Таблица 6. Нормальные показатели гормонов щитовидной железы [12]

Тиреотропный гормон (гормон передней доли гипофиза, регулирующий секрецию Т4 и Т3 щитовидной железой)	0,25–3,5 мЕд/л
Тироксин свободный (фракция гормона щитовидной железы Т4, не связанная с белками крови)	10,0–20,0 пмоль/л
Трийодтиронин свободный (фракция гормона щитовидной железы Т3, не связанная с белками крови)	2,6–5,7 пмоль/л

При наличии у больного цереброваскулярной патологии желательного выполнять исследование липидного спектра (**табл. 7**).

Таблица 7. Показатели липидного спектра крови [12]

Название, мера измерения	Норма для женщин	Норма для мужчин
Триглицериды, ммоль/л		
Взрослые до 65 лет	0,1–2,2	0,1–2,2
Старше 65 лет	0,1–3,7	0,1–3,7
ЛПВП, ммоль/л	1,5–2,6	0,9–2,6

При проведении лабораторной диагностики обязательно должны быть выполнены серологические исследования – тесты на нейросифилис, ВИЧ, боррелиоз. Последний относится к тем случаям, когда больной находился в зоне, эндемичной по данному заболеванию. Однако с учетом высокой распространенности иксодовых клещей, высокой степени миграции населения проведение данного исследования представляется целесообразным.

Очень важно при осмотре определить то, насколько больной может следовать инструкциям врача. Для успешной терапии необходимо, чтобы пациент соблюдал предписанный режим, а именно **приверженность** терапии. Самостоятельный прием пациентом

рекомендованных препаратов с соблюдением дозировок, режима терапии и т. д. обозначается термином «приверженность». Приверженность терапии включает в себя точное соблюдение графика и дозировок рекомендованных препаратов. В практической работе врач может оценить приверженность простым способом – путем подсчета принятых и назначенных таблеток. При приеме 100–90% назначенных таблеток приверженность рассматривается как оптимальная, 90–70% – удовлетворительная, 70–40% – частичная и <40% – плохая.

Несоблюдение режима приема может привести не только к потере эффективности проводимой терапии. Пропуски приемов с последующим возобновлением без предварительной титрации дозы, прием сразу нескольких доз препаратов могут вызвать значимые побочные эффекты. Низкая приверженность не только снижает эффективность проводимой терапии, но и повышает смертность, увеличивает необходимость госпитализаций. Среди основных причин нарушения режима приема препаратов – непонимание целесообразности медикаментозной терапии, особенно при отсутствии непосредственного влияния на состояние больного, высокая стоимость медикаментов, наличие побочных эффектов, необходимость приема нескольких лекарственных средств [14]. Следует отметить, что у больных с когнитивными нарушениями существуют дополнительные факторы, способствующие нарушению терапии. Больные, страдающие снижением памяти и внимания, могут просто забывать принимать то или иное лекарство в нужное время. Снижение критики к своему состоянию не позволяет больному осознать серьезность возникшей проблемы и необходимость ее коррекции. Приверженность антидементной терапии в целом совпадает с данными по приверженности при других хронических заболеваниях. Она составляет около 40–60%.

Широкомасштабное исследование приверженности антидементной терапии, проведенное в Австрии, включало оценку терапии у 15 809 больных (средний возраст – 79,9 года, женщин – 67,3%). Спустя 6 и 12 мес. терапии 5376 (34,0%) и 9243 (58,5%) пациента прекратили первоначаль-

ную антидементную терапию [14]. Анализ соблюдения терапии 20 729 пациентами в возрасте более 70 лет в Ирландии выявил комплаентность при приеме донепезила и мемантина на протяжении первых 2 мес. у 2/3 пациентов. Прервали терапию через 6 мес. 30,1% больных, через 12 мес. – 43,8% [15]. Австралийское исследование продолжительности первоначальной терапии антихолинэстеразными препаратами у 10 088 пациентов показало, что почти половина больных, начавших лечение ингибиторами холинэстеразы, прекратили терапию в первые 6 мес. 47% больных, которые получали донепезил, 46% – галантамин, 47% – ривастигмин прекратили начальную терапию в течение 6 мес. [16].

Больные с деменцией чаще всего являются лицами пожилого возраста, а это в большинстве случаев сопровождается наличием сопутствующей патологии, такой как артериальная гипертензия (АГ), атеросклероз, нарушения ритма сердца, ишемическая болезнь сердца и т. д. Эти заболевания требуют отдельной медикаментозной коррекции. Как следствие отмечается наличие полипрагмазии – больному назначается сразу несколько препаратов. Это влечет определенные психологические проблемы, увеличение риска развития побочных эффектов, финансовые сложности, и часто пациент самостоятельно решает, какие из назначенных препаратов ему принимать, а какие нет. Иногда больному назначается сложная схема приема препарата, которой он не в состоянии следовать. Сокращение числа назначенных препаратов и снижение кратности их приема неизбежно приводят к повышению приверженности терапии.

Важно исследование **глазного дна**. Офтальмоскопия глазного дна дает возможность оценить состояние сетчатки, ее сосудов, зрительного нерва. Проверка глазного дна позволяет выявить определенные патологические процессы. Они могут возникать по причине поражения зрительного нерва или самого глаза, а также из-за повышенного внутричерепного давления, АГ, сахарного диабета, сердечной недостаточности, наследственных заболеваний, разного рода отравлений.

Наряду с традиционным исследованием глазного дна с помощью офтальмоскопии сейчас используются новые современные методы диагностики. Одним из таких перспективных методов диагностики нейродегенеративных изменений является оптическая когерентная томография (ОКТ) глазного дна, позволяющая количественно и качественно оценивать состояние слоев сетчатки (*in vivo* определить толщину сетчатки и слоя перипапиллярных нервных волокон). Сетчатка благодаря анатомическому, эмбриологическому и физиологическому сходству с мозгом представляет собой уникальное и доступное «окно» для изучения коррелятов и последствий субклинической патологии в головном мозге. Также активно развиваются исследования ОКТ с ангиографией, которая помогает визуализировать сосудистую сеть сетчатки без введения контрастных веществ. Глазное дно позволяет оценить патологические процессы, происходящие в головном мозге.

Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) магистральных артерий головы представляет собой простой и распространенный метод исследования сосудов. УЗДГ позволяет выявить гемодинамически значимые нарушения кровотока в магистральных артериях и венах головы. При проведении УЗДГ обследованию доступны общие сонные артерии и область их бифуркации, наружные и внутренние сонные артерии, подключичные и позвоночные артерии. Одним из основных критериев является оценка линейной скорости кровотока. В процессе дуплексного сканирования проводятся оценка сосудистой стенки, просвета сосуда, его геометрии (соответствие анатомической траектории реальному ходу), оценка окружающих сосуд тканей, в т. ч. на предмет экстравазальных влияний, а также качественная и количественная оценка гемодинамических показателей. Транскраниальная доплерография и транскраниальное дуплексное сканирование применяют для оценки кровотока в ветвях внутренней сонной и позвоночных артерий, состояния коллатерального кровоснабжения и цереброваскулярного резерва при стеноокклюзирующих поражениях для диагностики интракраниальных стенозов и окклюзий [17].

Методы нейропсихологической диагностики

Результаты нейропсихологического тестирования обязательно должны оцениваться совместно с теми жалобами, которые предъявляет больной или его окружение. Когда исключительное внимание уделяется объективному тестированию, расстройство может быть недиагностированным у лиц с высоким интеллектуальным уровнем, чье «нормальное» функционирование на самом деле представляет собой значительное снижение их способностей, или болезнь может быть неправильно диагностирована у лиц, чей настоящий «низкий» уровень не отличается от уровня их исходных способностей. При УКР больной, скорее всего, скажет, что сложные задачи требуют дополнительного времени или усилий или компенсационных стратегий. При деменции больному требуется посторонняя помощь. При УКР люди и их семьи могут не заметить симптомы или рассматривать их как нормальные, особенно у пожилых людей. Также необходимо разделять проблемы, связанные с когнитивными нарушениями и моторным или сенсорным ограничением. Нейропсихологическое тестирование, безусловно, определяется совокупностью факторов, таких как возраст пациента, образовательный уровень и культурный фон. Оптимальным является проведение сопоставления с предыдущими результатами, что позволяет дать наиболее объективную оценку (DSM-V).

Диагностические проблемы, связанные с культурой

Уровень осведомленности пациентов и семей и беспокойство о нейрокогнитивных симптомах могут варьироваться в разных этнических и профессиональных группах. Нейрокогнитивные симптомы более вероятно будут замечены, особенно на умеренном уровне, у лиц, которые занимаются сложными видами деятельности. Кроме того, нормы для нейропсихологического тестирования трудно применимы к лицам без образования (даже школьного), находящимся вне основного языка или культуры. Необходимы проведение не только глобального нейропсихологического тестирования, но детальное изучение состояния отдельных когнитивных доменов (DSM-V).

Вероятно, наиболее широко распространенной является Mini Mental State Examination (MMSE) [18] (табл. 8). 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 малочувствительной для диагностики когнитивного дефицита у лиц с низким и очень высоким уровнем образования. Также шкала малочувствительна при диагностике додементных когнитивных нарушений. Общий балл по шкале составляет максимум 30 баллов; 28–30 баллов – это норма, 27–25 баллов – УЗР, 24 балла и менее – деменция.

Таблица 8. Шкала MMSE

Когнитивная сфера	Диапазон оценок (баллы)
Ориентировка во времени и месте:	
Год, время года, число, день недели, месяц	0–5
Страна, область, город, клиника, этаж	0–5
Запоминание:	
Повторение трех слов: яблоко, стол, монета	0–3
Концентрация внимания и счет:	
Серийный счет («от 100 отнять 7») пять раз либо Произнести слово «земля» наоборот	0–3
Память: припомните три слова (см. п. 2)	0–5
Речевые функции:	
А) Называние предметов (ручка, часы)	0–2
Б) Повторение сложного предложения: «Никаких если, и или но»	0–1
В) Трехэтапная команда: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»	0–3

Г) Прочтите и выполните: «Закройте глаза»	0–1
Д) Напишите законченное предложение	0–1
Конструктивный праксис: Перерисуйте рисунок (2 пересекающихся пятиугольника)	0–1
Общий балл	0–30



В последние годы широко используется Монреальская шкала оценки когнитивных функций – МоСА-тест (The Montreal Cognitive Assessment) (www.mocatest.org) (рис. 1), первоначально разработанный для диагностики УКР. Максимальное количество баллов – 30; 26–30 баллов – это норма, 25 баллов и менее свидетельствуют о наличии когнитивного дефицита. У пациентов с УКР оценка по МоСА составляет 19–25 баллов, у пациентов с деменцией – 11–21, однако в силу «перекрывтия» оценок четкого разделения двух этих состояний не достигается [19].

Дополненная **Адденбрукская шкала** (The Addenbrooke's Cognitive Examination-III) (ACE-III) (Hodges et al., 2005) обеспечивает более тщательную оценку когнитивного статуса и рассматривает нарушения каждого из доменов по 5 субшкалам: внимание и ориентация, память, речь, речевая активность и зрительно-пространственные функции.

При оценке ориентации выясняются возможность и четкость определения пациентом своего положения в пространстве и времени. Внимание проверяется возможностью воспроизведения определенной последовательности в ходе арифметического теста или называния букв слова в обратном порядке. Максимальная оценка по этой субшкале составляет 18 баллов. В ходе тестов на память необходимо запомнить, а в последующем воспроизвести после отвлекающего задания 3 слова, не связанных друг с другом по смыслу, заучить с использованием 3 повторений почтовый адрес из 7 пунктов (фамилия, имя, улица из 2 слов, номер дома, город, край), попытаться его воспроизвести

после отвлекающих заданий и затем узнать каждый из пунктов среди трех представленных на выбор и сходных по смыслу или фонетической структуре. Максимум по субшкале памяти – 26 баллов. Речевая активность оценивается по способности за 1 мин перечислить названия животных (семантическая речевая активность) и еще за 1 мин слова на определенную букву (фонетическая речевая активность). Максимальный балл – 14 (по 7 баллов для каждой). Для проверки фонетической активности выбирается буква, с которой начинается наибольшее количество слов в лексиконе. В англоязычной популяции фонетическая речевая активность проверяется с использованием буквы «S», в русском варианте – буквы «Л». Семантическая речевая активность (максимально – 21 слово за минуту) преимущественно отражает работу височных отделов коры, фонетическая (максимально – 17 слов) – работу лобных отделов. При оценивании речи учитываются понимание обращенной речи, понятность речи пациента, структурность, плавность и скорость речи. В ходе этих тестов пациент повторяет фразы, слова, называет предметы, объясняет их смысл. Максимальная оценка по этой субшкале – 26 баллов.

Максимальная суммарная оценка по Адденбрукской шкале составляет 100 баллов, при этом оценка менее 86 баллов представляет 90% чувствительности и 94% специфичности при диагностике деменции, а менее 82 баллов – 84% чувствительности и 100% специфичности.

Батарея тестов для оценки лобной дисфункции [20] наиболее эффективна в отношении когнитивных расстройств преимущественно дизрегуляторного (лобного) типа (**табл. 9**). Данная методика содержит задания, позволяющие оценить способность к обобщению, беглость речи, программирование двигательных актов и произвольное внимание. Максимальная оценка в 18 баллов свидетельствует об отсутствии нарушений при выполнении теста. При оценке 13 баллов и менее можно говорить о выраженных проявлениях лобной дисфункции.

Таблица 9. Батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery (FAB))

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 прансис	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 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2 (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.

Примечание: * - результаты теста могут варьировать в диапазоне от 0 до 18 баллов, при этом 18 баллов соответствуют наиболее высоким когнитивным способностям.

Широкое распространение в последнее время получил **Тест рисования часов** (табл. 10) [21], позволяющий оценить состояние зрительно-пространственных функций. Тест является простым, быстрым и достаточно чувствительным.

Результаты теста оцениваются количественно по 10-балльной шкале. Результат в 10 баллов оценивается как норма. Результат 8 баллов соответствует УКР, 7 баллов – легкой деменции, 5–6 баллов – умеренной деменции, 1–4 балла – тяжелой деменции.

Таблица 10. Оценка рисунка (по шкале от 1 до 10 баллов)

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

В ряде случаев тест рисования часов представляется целесообразным дополнить тестом копирования часов. По этому тесту также результат в 10 баллов оценивался как норма. Результат 9 баллов соответствует легким когнитивным нарушениям, 8 баллов – УКР, 7 баллов и менее – деменции.

Таким образом, использование разных тестов помогает проводить дифференциальную диагностику разных видов деменции:

- визуально-конструктивные нарушения при копировании пятиугольников в тесте MMSE связаны с деменцией с тельцами Леви с чувствительностью 88% и специфичностью 59%. Также связаны с этим видом деменции снижение внимания и оценки памяти по MMSE и Адденбрукской шкале (ACE-R);
- снижение оценки в субтесте «беглость письма» Адденбрукской шкалы ACE-R связаны с лобно-височной деменцией, кортико-базальной дегенерацией и прогрессирующим супрануклеарным параличом;
- нарушения в тесте рисования часов связаны с деменцией при БП и подкорковой формой сосудистой деменции [3] (**табл. 11**).

Тест SAGE (Self-Administered Gerocognitive Examination) (**рис. 2**) направлен на выявление умеренных нарушений памяти и мышления, а также ранних симптомов деменции. При проверке тест продемонстрировал высокую чувствительность и низкую вероятность ошибочного диагноза. Тестирование выполняется самостоятельно. Тест имеет четыре взаимозаменяемых варианта и представляет собой четыре страницы с 22 вопросами и заданиями, которые респондентам предлагается распечатать и самостоятельно, без посторонней помощи и поиска сведений из внешних источников, заполнить, причем сделать это можно дома. Предполагается, что в среднем на это должно уйти от 10 до 15 мин, но временных ограничений не установлено. Выполнение заданий позволяет проверить ориентацию во времени, вербальные, интеллектуальные и зрительно-пространственные способности, возможности памяти и способность к решению проблем.

Таблица 11. Скрининговые тесты в общей диагностике деменции [3]

Тест	Диагностическая точность для деменции		Когнитивные домены				
	чувствительность	специфичность	Вербальная память, воспроизведение	Внимание	Речь	Зрительно-пространственные функции	Беглость речи
MMSE	71-92	56-96	+	+	+	+	+
ACE-R	94	89		+	+	+	
Тест рисования часов	67	97				+	

За каждый выполненный пункт начисляются очки, пропуск респондентом шести или более пунктов рассматривается как «сигнал тревоги» и необходимость обратиться к врачу для более детального обследования [22].

Несмотря на то, что нейропсихологическое тестирование является основным методом диагностики когнитивных нарушений, в ряде случаев могут регистрироваться как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Это может быть связано с низким или очень высоким уровнем образования, длительной изоляцией от общества, наличием ситуационной тревоги в момент тестирования, переутомлением и т. д.

FDA (The U.S. Food and Drug Administration) зарегистрировано несколько компьютерных систем для когнитивного тестирования (the Cantab Mobile, Cognigram, Cognivue, Cognision and Automated Neuropsychological Assessment Metrics (ANAM)). Однако они пока не нашли широкого распространения.

Для оценки тяжести когнитивных нарушений применяются как количе-

Рисунок 2. Тест SAGE (Self-Administered Gerocognitive Examination)

Пожалуйста, выполните предложенные задания при помощи ручки, не прибегая к посторонней помощи

Имя _____ Дата рождения ____/____/____

Образование _____ Пол _____

Есть ли у вас проблемы с памятью или мышлением? Да Иногда Нет

Есть ли проблемы с памятью и мышлением у кого-то из ваших близких родственников? Да Нет

Есть ли у вас проблемы с удержанием равновесия? Да Нет

Если есть, известна ли вам их причина? _____

Случался ли у вас инсульт? Да Нет Микроинсульт? Да Нет

Испытываете ли чувство тревоги, тоски, депрессии? Да Иногда Нет

Наблюдаете ли вы изменения в вашей личности? Да (какие?) _____ Нет

Стало ли вам сложнее заниматься повседневными делами из-за проблем с памятью или мышлением? Да Нет

1. Назовите сегодняшнюю дату (по памяти, никуда не заглядывая!)

День _____ Месяц _____ Год _____

2. Назовите объекты, изображенные на рисунках.

Запишите названия.



3. Что общего между розой и тюльпаном? И тот и другой... _____

4. Сколько полтинников в 3 рублях? _____

5. Вы оплачиваете в кассе 3 руб. 05 коп.

Сколько сдачи вы получите, если дадите кассиру 5 рублей? _____

6. Тест на память. Выполните это задание в самом конце, не раньше чем закончите работать с тестом.

В последней строке на последней странице теста напишите «Я закончил(а)».

7. Скопируйте рисунок:



Тест на рисование

Нарисуйте циферблат и разместите на нем цифры.

Расположите стрелки так, чтобы часы показывали без 10 минут 11 часов.

У длинной стрелки напишите букву «Д», а у короткой – «К».

ственные нейропсихологические методики, так и клинические шкалы, которые оценивают и когнитивные, и другие (поведенческие, эмоциональные, функциональные) симптомы деменции и нарушений памяти. Одной из наиболее полных клинических шкал, весьма часто применяемой на практике, является **Шкала общего ухудшения** (Global Deterioration Rating) [24] (табл. 12).

Таблица 12. Шкала общего ухудшения

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 симптомов: (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. Отмечаются 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.
---	--

Также широко используемой для оценки тяжести деменций является Клиническая рейтинговая шкала деменций (**табл. 13**).

Таблица 13. Клиническая рейтинговая шкала деменции (Clinical Dementia Rating scale (CDR)) [24]

0 баллов – нет нарушений	
0,5 балла – сомнительная деменция	<p>Память: постоянная незначительная забывчивость, неполное припоминание произошедших событий.</p> <p>Ориентировка: полностью ориентирован, могут быть неточности с названием даты.</p> <p>Мышление: незначительные трудности при решении задач, при анализе сходства и различия.</p> <p>Взаимодействие с окружающими: незначительные трудности.</p> <p>Поведение дома и увлечения: незначительные трудности.</p> <p>Самообслуживание: нет нарушений.</p>
1 балл – легкая деменция	<p>Память: более значительная забывчивость на текущие события, которая мешает в повседневной жизни.</p> <p>Ориентировка: не полностью ориентирован во времени, но всегда правильно называет место; в то же время могут быть трудности самостоятельной ориентировки в малознакомой местности.</p> <p>Мышление: умеренные затруднения при решении задач, при анализе сходства и различия.</p> <p>Взаимодействие с окружающими: утрачена независимость, однако возможно осуществление отдельных социальных функций. При поверхностном знакомстве нарушения могут быть неочевидны.</p> <p>Поведение дома и увлечения: легкие, но отчетливые бытовые трудности, потеря интереса к сложным видам активности.</p> <p>Самообслуживание: нуждается в напоминаниях.</p>

<p>2 балла – умеренная деменция</p>	<p>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 сходства и различия, 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.</p>
<p>3 балла – тяжелая деменция</p>	<p>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.</p>

Конкретные проявления когнитивных и поведенческих дисфункций обнаруживаются на ранних этапах и отражают то, какие именно мозговые структуры повреждены патологическим процессом. Это позволяет в большой мере проводить дифференциальную диагностику этиологических факторов когнитивного снижения.

Так, ухудшение эпизодической памяти часто является первым симптомом БА с ранним вовлечением энторинальной коры и гиппокампа. Раствормаживание, апатия и эмоциональные расстройства характеризуют первые этапы лобно-височной деменции с преобладающей атрофией в передних отделах и орбито-фронтальной коре. Семантическая деменция, характеризующаяся атрофией левой передней височной области, проявляется поиском слов и смысловыми расстройствами, тогда как атрофия левой передней околосильвиевой области обычно ассоциируется с прогрессирующей небыстрой афазией. Кортико-базальная дегенерация характеризуется зрительно-пространственными нарушениями, апраксией конечностей

и синдромом игнорирования, отражающими атрофию теменной и лобной долей. Атрофия затылочной доли связана с визуальными галлюцинациями и визуально-пространственными нарушениями при деменции с тельцами Леви. С другой стороны, подкорковые формы деменции характеризуются психомоторным замедлением и исполнительной дисфункцией.

Когнитивная оценка является основной при диагностике и лечении деменции и должна выполняться у всех пациентов. Нейропсихологическая оценка должна проводиться у всех пациентов на ранних стадиях заболевания, когда когнитивный дефицит отражает повреждение определенных мозговых структур. Нейропсихологическая оценка должна включать глобальную когнитивную оценку и, кроме того, более подробное тестирование основных когнитивных доменов, включая память, исполнительные функции и инструментальные функции [3].

Нарушение **активности повседневной жизни** является ключевой особенностью деменции, поэтому ее оценка является частью диагностической работы. Для этого используются различные шкалы. Большинство из них основано на интервью с пациентом и его близкими

Рисунок 3. Функциональные нарушения

1. Утрата профессиональных навыков

2. Утрата социальных навыков

- участие в общественных мероприятиях, совершение финансовых сделок, увлечения и хобби

3. Нарушение «инструментальной активности»

- трудности пользования бытовой техникой, вождения автомобиля

4. Нарушение самообслуживания

- трудности одевания, соблюдения гигиены, приема пищи, естественных отправлений

5. Зависимость от посторонней помощи

(рис. 3–5). Большинство шкал включают измерение двух сфер: основные (навыки самообслуживания, такие как еда, одевание, купание) и инструментальные мероприятия (комплексные навыки более высокого порядка, такие как использование различных устройств, управление финансами, покупки). Часто используются Шкала ADL, Шкала инструментальной активности повседневной жизни (IADL), Опросник функциональной активности (FAQ), Шкала общего ухудшения (GDS) и Шкала оценки инвалидизации (DAD). Нарушение общей и инструментальной повседневной

Рисунок 4. 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

Preffer et al., 1982

Рисунок 5. Шкала общего ухудшения – Global Deterioration Scale



активности (ADL и IADL) в связи с когнитивным снижением является неотъемлемой частью клинической картины при деменции и должно оцениваться при проведении диагностики [3] (табл. 14).

Шкала оценки инвалидизации (DAD) предназначена для ухаживающих лиц и позволяет оценить степень так называемых основной и инструментальной сфер повседневной деятельности, а также досуга. Проводится оценка таких важных функций, как способность одеваться, совершать гигиенические процедуры, контролировать функции мочевого пузыря и кишечника, принимать пищу, способность человека к самостоятельному приготовлению пищи, разговору по телефону, выполнению работ по дому, занятию финансовыми вопросами и ведение корреспонденции, прогулки и прием лекарства.

Таблица 14. Шкала оценки инструментальной деятельности в повседневной жизни (IADL)

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

F. 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
G. 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
H. Ведение финансов		
	2	Самостоятельно ведет финансы (бюджет, чеки, оплата коммунальных услуг, счетов), записывает расходы
	1	Осуществляет повседневные покупки, но необходима помощь с бумагами и крупными покупками
	0	Не может распоряжаться деньгами

При оценке общего состояния пациента большое значение имеет наличие у него **эмоциональных и поведенческих нарушений**. От 76% до 96% всех пациентов с деменцией имеют поведенческие расстройства, такие как агрессивность, ажитация, растормаживание, апатия, аффективные расстройства.

Поведенческие и психопатологические расстройства сопровождают развитие БА на разных этапах ее формирования. На начальных этапах заболевания у 92% больных выявляется хотя бы один из поведенческих или психотических симптомов, а у 80% в дальнейшем наблюдаются два и больше таких симптомов. Эти симптомы не являются постоянными, длительное время могут флюктуировать, а риск их повторения достаточно высок. С учетом столь высокой распространенности поведенческих нарушений даже минимальное уменьшение их

приведет к значительному улучшению качества жизни и больного, и ухаживающего.

Причиной поведенческих нарушений могут быть изменения структур и метаболизма головного мозга, вызванные основным заболеванием. Поведенческие расстройства также могут возникать вследствие сопутствующих соматических или психиатрических заболеваний, которые также необходимо диагностировать и специально лечить:

- интеркуррентные инфекции;
- интоксикации;
- обезвоживание;
- общий наркоз;
- смена обстановки.

Апатия и депрессия являются наиболее частыми проявлениями поведенческих нарушений, хотя они часто игнорируются, поскольку не являются резко выраженными в клинических условиях [25]. Вместе с тем их диагностика является крайне необходимой, т. к. они могут быть причиной утяжеления когнитивного дефицита, необходимости дополнительного надзора за больным, суицида.

Поведенческие и психические нарушения при деменции можно разделить на следующие группы:

- психотические (бредовые, галлюцинаторные и галлюцинаторно-бредовые) расстройства;
- депрессивные симптомы (депрессивное настроение, апатия, отсутствие мотиваций), а также собственно поведенческие нарушения (агрессия, блуждание, двигательное беспокойство, насильственные крики, неуместное сексуальное поведение и т. д.) [26].

Психотические нарушения распространены при многих видах деменций, особенно на стадии легкой/умеренной тяжести БА, деменции с тельцами Леви и лобно-височной дегенерации. В отличие от психотических расстройств другой природы (например, шизофрения) для деменции нехарактерны дезорганизованные речь и поведение

(DSM-V). Наиболее частым из психотических симптомов являются бредовые расстройства. Преобладают идеи ущерба, особенно характерные для больных старческого возраста идеи воровства и ограбления, но встречаются иногда и преходящие идеи ревности, преследования, отношения и отравления.

Галлюцинации могут возникать в любой форме. Среди галлюцинаторных расстройств чаще встречаются зрительные, несколько реже – слуховые галлюцинации. Зрительные галлюцинации имеют характер истинных, часто индифферентны по содержанию. Больные видят несуществующих людей, животных, птиц, насекомых. Иногда галлюциноз носит сценopodobный характер [26]. Принципиальное отличие галлюцинаций от иллюзий состоит в том, что человек видит объекты при отсутствии соответствующих зрительных раздражителей. При иллюзиях наблюдается искажение зрительного восприятия окружающих объектов, которые больной реально видит.

Агрессивное поведение наблюдается у 20% пациентов и является симптомом, в значительной мере затрудняющим ведение этих пациентов и требующим дополнительных назначений. Выделяют физическую и вербальную агрессию. Признаки физической агрессии включают удары, толчки, захваты, пинки и т. п., вербальной агрессии – крики, проклятия, словесные оскорбления и т. п. [26]. Развитие агрессии часто связано с тем, что больной не может выполнять привычные действия, возникает потеря независимости, отмечаются негативизм окружающих, нарушение критики и самоконтроля.

В поведении больного может возникать немотивированное беспокойство – агитация. Больной бесцельно блуждает по квартире и совершает попытки выйти за ее пределы, перекладывает и переставляет с места на место вещи и т. д. Склонность больного к блужданию создает опасные ситуации, в связи с нарушениями памяти и ориентировки больной не может найти дорогу домой. Возникновение агитации может быть связано как с основным заболеванием, так и с присоединением каких-либо других патологических состояний, например, болевого синдрома.

Апатия особенно часто наблюдается при БА и лобно-височной дегенерации. Апатия обычно характеризуется уменьшенной мотивацией и уменьшенным целенаправленным поведением, сопровождающимся снижением эмоционального ответа. Симптомы апатии могут проявляться на ранних стадиях когнитивного расстройства, когда утрачивается интерес к повседневной деятельности или хобби.

Оценка поведенческих нарушений должна выполняться у каждого больного, основываться на информации, полученной от ухаживающих лиц. Для выявления этих нарушений разработаны соответствующие опросники (рис. 6, 7). Одним из наиболее распространенных является Нейропсихиатрический опросник (NPI) [27]. С его помощью оценивается состояние больного за последние 4 нед. по информации, полученной от врача. Опросник включает оценку бреда, галлюцинаций, возбуждения агрессии, депрессии/дисфории, тревоги, приподнятого настроения / эйфории, апатии/безразличия, расторможенности, раздражительности/лабильности, стереотипных действий, нарушений поведения в ночное время, аппетита/приема пищи.

Рисунок 6. Нейропсихиатрический опросник (NPI) [27]

Оценивает состояние пациента за 4 последние недели

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. Бред | 11. Нарушение поведения пациента в ночное время |
| 2. Галлюцинации | 12. Аппетит/прием пищи |
| 3. Возбуждение/агрессия | По каждому типу расстройств определяются четыре показателя:
– частота,
– тяжесть,
– общая оценка (частота x тяжесть),
– степень дистресса ухаживающего лица. |
| 4. Депрессия/дисфория | |
| 5. Тревога | |
| 6. Приподнятое настроение/эйфория | |
| 7. Апатия/безразличие | |
| 8. Расторможенность | |
| 9. Раздражительность/лабильность | |
| 10. Стереотипные действия | |

Максимальная суммарная общая оценка 144

Рисунок 7. Шкала поведенческих расстройств при болезни Альцгеймера (BEHAVE-AD)

Период оценки – последние 4 недели

- | | |
|---|---|
| а. Параноидные и паранойальные расстройства | с. Нарушение активности |
| 1. Бредовые высказывания: «Воруют вещи» | 13. Бродяжничество: уход из дома или от ухаживающего лица |
| 2. Бредовые высказывания: «Дом не является его домом» | 14. Бесцельная активность (когнитивная абулия) |
| 3. Супруг (или другой ухаживающий) является самозванцем | 15. Неадекватное поведение |
| 4. Бредовые высказывания по поводу отказа от больного (например, направление в стационар) | d. Агрессивность |
| 5. Бредовые высказывания о нечестности | 16. Вербальная агрессия |
| 6. Подозрительность / паранойальные идеи (иные, чем вышеотмеченные) | 17. Угроза физической расправы или насилия |
| 7. Бредовые установки (иные, чем вышеописанные) | 18. Тревожность (иная, чем вышеупомянутая) |
| б. Галлюцинации | e. Нарушение суточного ритма |
| 8. Зрительные галлюцинации | 19. Нарушение ритма день/ночь |
| 9. Слуховые галлюцинации | f. Аффективные нарушения |
| 10. Обонятельные галлюцинации | 20. Плаксивость |
| 11. Тактильные галлюцинации | 21. Пониженное настроение (другие проявления) |
| 12. Другие галлюцинации | г. Тревога и фобия |
| | 22. Тревога по поводу предстоящих событий |
| | 23. Другие проявления тревоги |
| | 24. Страх остаться одному |
| | 25. Другие фобии |

Наиболее распространенной формой эмоциональных нарушений у больных с деменцией является **депрессия**. Она присутствует у подавляющего числа больных (до 90%). Однако депрессия характерна лишь для начальных стадий тяжелого когнитивного расстройства. По мере утяжеления когнитивного дефицита и снижения критики частота депрессивных симптомов снижается.

В руководстве DSM-V приводятся следующие симптомы депрессии:

1. Подавленное настроение (может проявляться как раздражительность у детей или подростков): быть подавленным, мучительным, скорбным,

раздражительным или тревожным. Это болезненный опыт, который обычно определяется как худший, чем любая физическая боль. Ангедония – это неспособность испытывать нормальные эмоции.

2. Потеря / значительное снижение интереса или удовольствия от большинства или от всех видов деятельности.

3. Значительное изменение веса или аппетита / значительная потеря или увеличение веса, или увеличение или уменьшение аппетита.

4. Нарушение сна – бессонница / гиперсомния – невозможность засыпать или поддерживать сон (бессонница) или повышенная склонность к засыпанию, трудности с пробуждением (гиперсомния).

5. Психомоторное возбуждение или заторможенность / увеличение или замедление психомоторной активности.

6. Усталость или потеря энергии.

7. Вина / бесполезность / мысли о никчемности или крайней вине.

8. Трудности концентрации внимания или нерешительность / снижение способности мыслить, концентрироваться или принимать решения; Когнитивная дисфункция: проблемы внимания, концентрации или памяти могут быть заметными. Депрессивный человек воспринимает себя, мир и будущее отрицательно.

9. Суицидальность (или повторяющаяся мысль о смерти) / частые мысли о смерти или самоубийстве (с конкретным планом или без него) или попытки самоубийства; безнадежность и суицидальные мысли. Все пациенты должны опрашиваться о самоубийстве из-за высокой распространенности попыток суицида среди них.

Для диагноза депрессии должны иметь место 5 (или более) из 9 перечисленных симптомов, при этом хотя бы один симптом из первых 2-х.