

---

---

# В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

---

---

УДК 616.831-07-08

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

**О. В. Курушина, А. Е. Барулин, С. В. Рязанцева, Р. С. Сарай**

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра неврологии, нейрохирургии*

Когнитивные нарушения являются актуальной проблемой современной медицины. В статье рассматриваются методы клинической диагностики и лечения нарушения когнитивных функций различной степени выраженности.

*Ключевые слова:* когнитивные нарушения, диагностика, лечение.

## DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF COGNITIVE DISORDERS

**O. V. Kurushina, A. E. Barulin, S. V. Ryazantseva, R. S. Saray**

Cognitive disorders are a pressing issue of modern medicine. The article explores the methods of clinical diagnostics and treatment of differently pronounced cognitive disorders.

*Key words:* cognitive disorders, diagnostics, treatment.

Нарушение когнитивных функций является гетерогенным синдромом, возникающим при целом ряде патологических состояний. В последнее время этой патологии уделяется все большее внимание, так как с ростом продолжительности жизни проблема сохранения интеллектуальной функции становится наиболее актуальной. Качество жизни человека напрямую связано с его социальной активностью и сохранностью мыслительных процессов. Даная дисфункция становится все более распространенной во всем мире, в особенности с увеличением возраста. По данным ряда авторов, от 5 до 25 % и более лиц старше 65 лет страдают деменцией. В абсолютных цифрах это составляет не менее 30 млн пациентов в мире.

Но наличие деменции существенно снижает не только качество жизни самого пациента, но и вызывает дополнительные трудности при диагностике и лечении сопутствующих заболеваний, так как врачи испытывают сложности при сборе анамнеза, оценке жалоб больного, не могут быть уверены в надлежащем исполнении врачебных рекомендаций. В результате, смертность среди пациентов с деменцией значительно превышает среднестатистическую смертность среди пожилых лиц.

Кроме того, деменция представляет собой не только медицинскую, но и серьезную социально-экономическую проблему. Нарушение когнитивных функций у пациента приводит к существенным затруднениям в жизни всей его семьи, так как ведет к необходимости постоянного ухода и наблюдения за ним. Финансовое

бремя деменции представляет собой целый спектр как прямых расходов на лечение и адаптацию пациента, так и косвенные затраты, связанные с нетрудоспособностью его и его близких.

### **Основные когнитивные функции:**

- Восприятие (гнозис) — способность к распознаванию информации, поступающей от органов чувств.
- Память — способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить полученную в течение жизни информацию.
- Праксис — способность приобретать, сохранять и использовать различные двигательные навыки.
- Речь — способность к вербальной коммуникации, которая включает в себя понимание обращенной речи, построение собственного речевого высказывания, чтение и письмо.
- Управляющие функции — способность управлять своей познавательной деятельностью и поведением, в том числе ставить перед собой ту или иную задачу и контролировать ее выполнение.

### **Диагностика когнитивных функций в клинической практике**

Несмотря на то, что в настоящее время предложено множество различных способов выявления когнитивной дисфункции, в повседневной практике можно рекомендовать небольшое количество скрининговых методик, которые позволят оценить большое количество возникших нарушений при незначительных затратах рабочего времени.

Так, одним из самых распространенных способов определения интеллектуального дефицита является «Мини-СОГ» тест.

**1. «Повторите 3 слова: карандаш, дом, курица».**

*Слова могут быть использованы любые, общеупотребимые, хорошо знакомые пациенту. Они произносятся четко и разборчиво. После того как пациент повторил все 3 слова, просим повторить до тех пор, пока пациент не воспроизведет правильно все три слова.*

**2. «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками. Пусть они показывают четверть одиннадцатого».** *Время можно назвать произвольное. Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки — указывать правильное время. Больной должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры и изобразить стрелки. Больной также не должен смотреть на наручные или настенные часы.*

**3. «Теперь давайте вспомним 3 слова, которые мы учили вначале».** *Если больной самостоятельно не может сразу воспроизвести слова, то можно предложить ему подсказку.*

Если пациент не справляется с заданиями или справляется с значительными ошибками, то можно говорить о наличии у него когнитивного дефицита.

**Краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС, MMSE)**

Проба	Оценка, баллы
Ориентировка во времени: Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0—5
Ориентировка в месте: Где мы находимся (страна, область, город, клиника, этаж)?	0—5
Восприятие: Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0—3
Концентрация внимания: Серийный счет (от 100 отнять 7, потом еще раз 7, всего пять раз)	0—5
Память: Припомните 3 слова (см. пункт 3)	0—3
Речь: Показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?»	0—2
Просим повторить предложение: «Никаких если, и или но»	0—
Выполнение 3-этапной команды: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»	0—3
Чтение: «Прочтите и выполните» Закройте глаза. Напишите предложение Срисуйте рисунок (два пересекающихся пятиугольника с равными углами)	0—3
Общий балл	0—30

Результаты теста оцениваются в зависимости от количества баллов:

28—30 баллов — норма

24—27 баллов — умеренные когнитивные нарушения

20—23 балла — деменция легкой степени выраженности

11—19 баллов — деменция умеренной степени выраженности

0—10 баллов — тяжелая деменция.

**Тесты на речевую активность:**

1. Семантически опосредованные ассоциации: пациенту предлагается назвать как можно больше животных (растений, предметов мебели, одежды и т. д.)

2. Фонетически опосредованные ассоциации: пациенту предлагается назвать как можно больше слов на букву «с».

Нормальным считается называние 20 и более слов за минуту.

**Классификация когнитивных нарушений:**

1. Тяжелые когнитивные нарушения — это моно- или полифункциональные расстройства когнитивных функций, которые приводят к полной или частичной утрате независимости и самостоятельности пациента, то есть вызывают профессиональную, социальную и(или) бытовую дезадаптацию.

2. Умеренные когнитивные нарушения представляются собой моно- или полифункциональные расстройства когнитивных функций, которые выходят за рамки среднестатистической возрастной нормы, но не вызывают дезадаптацию, хотя могут приводить к трудностям в сложных и непривычных для пациента ситуациях.

3. Легкие когнитивные нарушения констатируются в случае снижения одной или нескольких когнитивных функций по сравнению с исходным более высоким уровнем (индивидуальной нормой); они не влияют на бытовую, профессиональную и социальную деятельность, в том числе на наиболее сложные ее формы.

**Диагностические критерии**

Умеренные когнитивные расстройства в настоящее время включены в МКБ-10 в качестве самостоятельной нозологической единицы. Модифицированными критериями постановки данного диагноза являются:

- когнитивные нарушения, по словам пациента и/или его ближайших родственников;
- ухудшение когнитивных способностей по сравнению с исходным уровнем;
- объективные свидетельства когнитивных нарушений, полученные с помощью нейропсихологических тестов;
- отсутствие нарушений привычных для пациента форм повседневной активности (допускается возможность затруднений в сложных видах деятельности);
- отсутствие деменции (результат краткой шкалы оценки психического статуса менее 24 баллов).

Деменция — это патология, которая включена в МКБ-10 как в качестве отдельного синдрома, так и в

виде нескольких нозологических форм. Для постановки данного диагноза используются следующие критерии (МКБ-10):

- нарушения памяти (нарушение способности к запоминанию нового материала, затруднение способности воспроизведения ранее усвоенной информации);
- нарушение других когнитивных функций (нарушение способности к суждениям, мышлению (планирование, организация) и переработки информации;
- клиническая значимость выявляемых нарушений;
- нарушение когнитивных функций определяется на фоне сохранного сознания;
- эмоциональные и мотивационные нарушения;
- длительность симптомов не менее 6 месяцев.

#### **Критерии степени тяжести деменции:**

легкая:

- профессиональная деятельность и социальная активность отчетливо ограничены;
- сохраняется способность жить самостоятельно, соблюдать личную гигиену, умственные способности не затронуты;

средняя:

- трудности при самостоятельном проживании;
- необходим определенный контроль;

тяжелая:

- активность в повседневной жизни нарушена;
- необходимы постоянное обслуживание и уход;
- неспособность соблюдать минимальную личную гигиену;
- двигательные способности ослабевают.

#### **Общие принципы лечения когнитивных нарушений**

При составлении плана лечения когнитивных нарушений вне зависимости от степени выраженности, надо учитывать следующие факты:

– когнитивная дисфункция является прогрессирующим заболеванием и, несмотря на то, что прогноз будет варьировать в зависимости от этиологии, несомненным является появление новых симптомов и ухудшение состояния пациента с течением времени;

– как правило, эта патология является полиэтиологическим заболеванием и лечение также должно включать, по возможности, влияние на все звенья патологического процесса;

– в настоящее время методов лечения, которые могут привести к полному выздоровлению пациентов с когнитивным дефицитом, не существует. Профилактика дальнейших нарушений и замедление прогрессирования заболевания являются ведущими целями лечебного процесса;

– план лечения должен учитывать долгосрочные цели, поскольку кратковременные и курсовые методы терапии не показали убедительных результатов;

– для адекватной коррекции существующего интеллектуального расстройства необходимо применять как фармакологические, так и нефармакологические методы терапии.

#### **Фармакологические методы**

Эти методы можно разделить на две большие группы: 1) этиологическое лечение, которое в основном будет включать коррекцию факторов риска сосудистых нарушений. Даже в случае первичного нейродегенеративного процесса наличие ишемических событий, связанных с атеросклерозом сосудов или артериальной гипертензией, приведет к нарастанию клинической симптоматики и ускорению темпов интеллектуального снижения. Поэтому лечение основных заболеваний, приводящих к цереброваскулярной патологии, является неотъемлемым этапом терапии.

2) патогенетическое лечение, которое подразумевает влияние на основные нейротрансмиттерные системы: дофаминергическую, ацетилхолинергическую, глутаматергическую.

Для влияния на дофаминергическую систему применяются агонисты дофаминергических рецепторов, в частности, пирибедил. Для лечения умеренных когнитивных расстройств он применяется в дозе 50 мг в день в течение 6 месяцев и более. Но необходимо помнить, что при выраженной деменции агонисты дофаминовых рецепторов противопоказаны, так как могут привести к психотическим реакциям.

Ацетилхолинергическая система может быть активирована двумя путями. Один из них — применение антихолинэстеразных препаратов: ривастигмина, донепезила, галантамина. Эти препараты выпускаются в различных формах, и в настоящее время преимущество отдается трансдермальным терапевтическим системам, которые обеспечивают высокую биодоступность при меньшем количестве побочных эффектов.

Второй путь — применение прямых донаторов ацетилхолина: цитиколина и холина альфосцерата. Оба эти препарата продемонстрировали свою эффективность в лечении когнитивных нарушений при длительном их использовании.

Изменение активности глутаматергической системы в настоящее время возможно с помощью блокаторов NMDA-рецепторов, в частности, мемантина. Он применяется в дозировке 10—20 мг в сутки в течение как минимум 6 месяцев.

Важным аспектом терапии остается продолжение лечения этими препаратами даже пациентов с тяжелым когнитивным дефицитом. Применение такой фармакологической поддержки позволяет уменьшить выраженность негативных психотических реакций, облегчить уход и, в целом, снизить затраты на курацию этой группы больных.

#### **Немедикаментозные методы лечения**

Постоянная тренировка памяти, внимания, мышления должна быть обязательным компонентом лечебного процесса. Занятия с пациентами могут быть как индивидуальными, так и в группах. Существует целый ряд методик, позволяющих поддерживать и стимулировать когнитивные функции. Но наряду с ними необходимо особое внимание уделять вовлеченности пациентов в активную социальную и творческую деятельность, так

как депрессия и социальная изоляция, как правило, сопутствуют нарастанию интеллектуального дефицита.

В целом, успех лечения пациентов с когнитивными нарушениями зависит от продуманной стратегии долгосрочного лечения и совместных усилий, как врачей, так и самих пациентов и их родственников.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е. И., Камчатнов П. Р. // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 2004. — № 2. — С. 73—80.
2. Захаров В. В., Яхно Н. Н. // Рус. мед. журн. — 2004. — № 10. — С. 573—576.
3. Левин О. С. Когнитивные нарушения в практике невролога. — М., 2006.
4. Курушина О. В. Барулин А. Е. // Рус. мед. журн. — 2013. — Т. 21, № 16. — С. 826—830.

5. Eckroth-Bucher M., Siberski J. // Am J Alzheimers Dis Other Dement. — 2009. — Vol. 24 (3). — С. 234—245.

6. Rentz D., Locascio J., Becker J. // Ann Neurol. — 2010. — Vol. 67 (3): 353—364.

7. Waldemar G., Dubois B., Emre M. Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia. European handbook of neurological management. R. Hughes, Brainin M., Gilhus N. (Ed.). Oxford: Blackwell Publishing. — 2006. — P. 640.

## Контактная информация

**Курушина Ольга Викторовна** — д. м. н., зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: ovkurushina@mail.ru