

Вопросы диагностики и лечения умеренных когнитивных расстройств

Д.А. Гришина[✉], <https://orcid.org/0000-0003-2424-3245>, dstepkina@mail.ru

А.Б. Локшина, <https://orcid.org/0000-0001-9467-6244>, aloksh@mail.ru

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

Резюме

Нарушение когнитивных функций относится к частым расстройствам у лиц пожилого и старческого возраста, по мере старения их распространенность существенно возрастает. Под недементными когнитивными расстройствами подразумевают спектр изменений когнитивной сферы, предшествующих развитию деменции на протяжении многих месяцев и даже лет. Наиболее изученным типом додементных состояний являются умеренные когнитивные расстройства (УКР), которые в большинстве случаев представляют собой продромальную стадию заболеваний, со временем прогрессирующих до синдрома деменции. Важность раннего выявления лиц с УКР обусловлена тем, что своевременная диагностика этих нарушений расширяет потенциальные возможности вторичной профилактики и терапевтического воздействия, которое может отсрочить или даже предотвратить наступление профессиональной и социальной дезадаптации из-за развития деменции. В статье рассмотрены исторические вопросы изучения данных нарушений, приведены современные принципы их классификации и критерии диагностики. Представлено клиническое наблюдение пациентки с синдромом УКР полифункционального неамнестического типа. Описаны типичные для хронической сосудистой мозговой недостаточности особенности когнитивных расстройств, такие как психическая замедленность, нарушение организации деятельности, трудности обобщений при относительной сохранности памяти и ориентировки в сочетании с эмоционально-аффективными расстройствами. Обсуждаются вопросы лечения синдрома УКР, которое должно быть комплексным и включать коррекцию всех сосудистых факторов риска, немедикаментозные (регулярная физическая активность, когнитивный тренинг) и медикаментозные методы лечения, направленные на улучшение когнитивных функций. Показаны возможности современной нейропротективной и симптоматической терапии когнитивных нарушений, место холина альфосцерата в лечении УКР.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, недементные когнитивные расстройства, хроническая ишемия мозга, деменция, холина альфосцерат

Для цитирования: Гришина Д.А., Локшина А.Б. Вопросы диагностики и лечения умеренных когнитивных расстройств. *Медицинский совет.* 2022;16(21):46–53. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-21-46-53>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Issues of diagnosis and treatment of mild cognitive impairment

Dinara A. Grishina[✉], <https://orcid.org/0000-0003-2424-3245>, dstepkina@mail.ru

Anastasia B. Lokshina, <https://orcid.org/0000-0001-9467-6244>, aloksh@mail.ru

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia

Abstract

Cognitive impairment refers to frequent disorders in the elderly and senile, and their prevalence increases with age significantly. Non-dementia cognitive disorders mean a spectrum of changes in the cognitive sphere that precede the development of dementia over the course of many months and even years. Mild forms of cognitive impairment (MCI) are the most studied type of pre-dementia conditions, which in most cases represent a prodromal stage of disorders progressing over time to a dementia syndrome. Early identification of individuals with MCI is important because timely diagnosis of these disorders is expanding the potential impact of the secondary prevention and therapeutic intervention, which can delay or even prevent the onset of professional and social maladaptation due to development of dementia. The article considers the historical issues of studying these disorders, presents the modern principles of their classification and diagnostic criteria. A clinical observation of a patient with a polyfunctional non-amnestic type MCI syndrome is provided. The features of cognitive disorders typical for chronic cerebrovascular insufficiency, such as mental retardation, impaired activity arrangement, difficulties with generalisation in relative preservation of memory and orientation in combination with emotional and affective disorders are described. The authors discuss issues of treatment of MCI syndrome, which should be comprehensive and include the correction of all vascular risk factors, non-drug (regular physical activity, cognitive training) and pharmacological treatments aimed at improving cognitive performance. The article describes the possibilities of modern neuroprotective and symptomatic therapy of cognitive impairment, showing the role of choline alfoscerate in the treatment of MCI.

Keywords: cognitive impairments, non-demented cognitive impairments, chronic cerebrovascular insufficiency, dementia, choline alfoscerate

ВВЕДЕНИЕ

Нарушение когнитивных функций (КФ) относится к частым расстройствам у лиц пожилого и старческого возраста [1–9]. По мере старения распространенность когнитивных расстройств (КР) существенно возрастает: от 11–19% среди лиц в возрасте 65–69 лет до 43% и выше у лиц старше 85 лет. В последние десятилетия с увеличением продолжительности жизни населения растет количество людей пожилого и старческого возраста, вместе с этим возрастает доля пациентов с деменцией и недементными КР [3, 6].

Деменция – это тяжелое расстройство КФ, которое нарушает профессиональную, бытовую и социальную активность пациента. В отличие от деменции, недементные КР (субъективные, легкие и умеренные (УКР)) малозаметны, поскольку не приводят к утрате независимости и самостоятельности в повседневной жизни [1, 2, 4, 5, 7–10]. Однако именно на данной стадии наиболее оправданы различные терапевтические вмешательства, поскольку человек еще сохраняет автономность, а патологические изменения головного мозга пока еще недостаточно выражены. Выявление КР на ранних стадиях расширяет потенциальные возможности терапевтического воздействия на основной патологический процесс и в перспективе может отсрочить или даже предотвратить развитие деменции. При адекватном лечении недементные КР могут находиться в стабильном состоянии или даже регрессировать [10, 11]. Наиболее изученным типом додементных состояний являются УКР, распространенность которых среди лиц в возрасте 60 лет и старше составляет от 5 до 37% [12, 13]. Распространенность УКР увеличивается с возрастом и составляет от 6,7% в возрасте 60–64 года до 25,2% в возрасте 80–84 года [10]. По данным российского эпидемиологического исследования, проведенного в 2004–2005 гг., КР различной степени тяжести были выявлены в 73% случаев, частота легких КР и УКР при этом составила 44% [14].

Впервые термин и диагностические критерии синдрома УКР предложили R.C. Petersen et al. в 1997 г. Первая концепция диагностических критериев УКР акцентировала внимание на нарушениях памяти как основном клиническом проявлении данного синдрома [15]. В дальнейшем с учетом клинической гетерогенности были предложены следующие модифицированные диагностические критерии синдрома УКР:

- жалобы на когнитивные проблемы, о которых сообщает пациент и (или) лица из его ближайшего окружения;
- свидетельства снижения когнитивных способностей по сравнению с более высоким исходным уровнем, полученные от пациента и (или) его ближайшего окружения;
- объективные проявления нарушений памяти и (или) других КФ, полученные при помощи нейропсихологических тестов;

- отсутствие влияния когнитивного дефекта на повседневную деятельность (допускаются лишь легкие затруднения при выполнении наиболее сложных повседневных действий);

- отсутствие деменции [16].

С учетом нейропсихологического профиля выделяют четыре варианта синдрома УКР:

- монофункциональный амнестический подтип: характеризуется изолированным нарушением памяти при сохранности других высших психических функций, в подавляющем большинстве случаев со временем трансформируется в деменцию альцгеймеровского типа;

- полифункциональный амнестический подтип: при данном варианте УКР отмечается одновременное страдание нескольких КФ, включая память; как и амнестический тип УКР, данный вариант также обычно знаменует собой начальные проявления болезни Альцгеймера (БА), либо смешанной (сосудисто-нейродегенеративной) деменции;

- монофункциональный неамнестический подтип: характеризуется нарушением одной КФ – интеллекта, праксиса, гнозиса или речи, кроме памяти; изолированные нарушения речи могут отмечаться в дебюте первичной прогрессирующей афазии, праксиса – кортико-базальной дегенерации, зрительного гнозиса – задней корковой атрофии, зрительно-пространственных функций – деменции с тельцами Леви, управляющих функций – лобно-височной дегенерации;

- полифункциональный неамнестический подтип: характеризуется нарушением нескольких КФ при относительной сохранности памяти, обычно сопутствует цереброваскулярному поражению, деменции с тельцами Леви, болезни Паркинсона и др. [2, 4, 10, 11, 15, 16].

Согласно международным данным, среди всех типов УКР наиболее распространенным является амнестический. По результатам различных исследований представленность амнестического типа УКР в популяции составляет от 11 до 16% [10, 17]. Так, по данным китайских исследователей было показано, что в Гуанчжоу диагноз УКР был установлен 14,2% лиц старше 65 лет, при этом чаще встречался амнестический тип данного синдрома (12,2%), а неамнестический – реже (2%) [17]. Это может свидетельствовать о том, что более 2/3 случаев УКР предположительно связаны с продромальным периодом БА.

Следует отметить, что в классификации синдрома УКР не учитывается характер мнестических нарушений. Выделяют два типа нарушений памяти: гиппокампальный и неспецифический. Наиболее выраженные расстройства мнестической функции отмечаются при гиппокампальном типе нарушений памяти, в основе которого лежит недостаточность запоминания новой информации. Подобный тип мнестических расстройств характерен для БА. При неспецифическом типе нарушений памяти страдает воспроизведение уже усвоенной информации. Контроль

запоминания и подсказки при воспроизведении значительно улучшают результативность мнестической деятельности. Неспецифический тип мнестических расстройств широко распространен и наиболее часто встречается при цереброваскулярной патологии [2, 11, 18].

В 2019 г. были опубликованы результаты нашего исследования 551 пациента с УКР на базе специализированного когнитивного амбулаторного приема. С целью дифференциальной диагностики сосудистых и нейродегенеративных механизмов КР на основании типа мнестических нарушений к амнестическим типам УКР (моnofункциональному и полифункциональному) мы относили КР с мнестическим дефектом по гиппокамальному типу. В полифункциональный неамнестический тип УКР мы включили пациентов с нарушениями нескольких КФ при относительной сохранности памяти. В соответствии с предложенными критериями амнестический тип (моnofункциональный и полифункциональный) УКР были выявлены в 37,7% случаев, а полифункциональный неамнестический тип отмечался в 62,3% наблюдений [11]. Таким образом, результаты российского исследования о соотношении амнестических и неамнестических типов синдрома УКР отличаются от международных показателей. Указанное расхождение можно объяснить более широкой распространенностью в нашей стране сосудистых заболеваний и их церебральных осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

В настоящее время общепринятые рекомендации по медикаментозной терапии синдрома УКР отсутствуют. Доказана важная роль немедикаментозных вмешательств. При этом терапевтические мероприятия при сосудистых КР должны быть в первую очередь направлены на лечение основного сосудистого заболевания. Лишь при условии надлежащего контроля имеющихся факторов риска церебральной ишемии можно рассчитывать на предотвращение или замедление прогрессирования сосудистого поражения головного мозга и развития инсульта и (или) сосудистой деменции. Основные направления этиотропной терапии:

- антигипертензивная терапия;
- антиагрегантная и (или) антикоагулянтная терапия;
- гиполипидемическая терапия (статины);
- методы сосудистой и эндоваскулярной хирургии (каротидная эндартерэктомия, стентирование сонных артерий);
- лечение нарушений сердечного ритма;
- диета с низким содержанием животных жиров;
- достаточная физическая активность;
- коррекция массы тела;
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем;
- когнитивная стимуляция и когнитивный тренинг [19–24].

Так, употребление в пищу в большом количестве антиоксидантов и полиненасыщенных жирных кислот (свежие овощи и фрукты, оливковое и другие растительные масла, рыба и морепродукты) связано со снижением частоты развития БА и УКР и скорости их прогрессирования в деменцию [20].

Во многих исследованиях было отмечено положительное влияние регулярных аэробных упражнений на когнитивный статус у пациентов с УКР, которые включали плавание, занятия на тренажерах, скандинавскую ходьбу и даже обычные регулярные прогулки на свежем воздухе [10, 21]. Американская академия неврологии рекомендует физические упражнения (не менее двух раз в неделю) пациентам с диагнозом УКР [10]. В систематическом обзоре и метаанализе был показан положительный эффект аэробных упражнений в отношении общих показателей когнитивного статуса, а также памяти и управляющих функций [21].

Среди немедикаментозных методов лечения УКР особое место занимает когнитивная стимуляция (когнитивный тренинг). Эффективность когнитивной реабилитации пациента напрямую зависит от когнитивного резерва, который включает структурно-функциональные особенности головного мозга, уровень образования и уровень интеллектуальной активности. При нейродегенеративных заболеваниях когнитивный резерв и механизмы нейропластичности определенное время позволяют компенсировать функцию погибших нейронов за счет других сохранных структур головного мозга [22]. Во многих исследованиях было продемонстрировано, что проведение когнитивного тренинга приводит к достоверному улучшению КФ и повседневной активности у пациентов с УКР [22, 23].

Эффективность немедикаментозных методов в сочетании с терапией базисного сосудистого заболевания изучалась недавно в рамках крупного проспективного исследования FINGER (FINnish GERiatric intervention study to prevent cognitive impairment and disability – финское гериатрическое интервенционное исследование профилактики когнитивных нарушений и инвалидизации). 1260 пожилых пациентов без деменции, но с высоким риском ее развития в ближайшем будущем были рандомизированы в две группы. В первой (631 пациент) активно использовались указанные выше немедикаментозные методики. Другая группа (629 пациентов) использовалась как группа сравнения. Пациенты наблюдались на протяжении 6 мес. В результате пациенты первой группы достоверно превосходили группу сравнения по показателям темпа познавательной деятельности и управляющих функций (планирование и контроль). В сфере памяти положительная динамика была менее выражена, и различия между группами не достигали статистической значимости. Отталкиваясь от параметров, по которым была достигнута достоверная разница, можно предположить, что немедикаментозные методы в большей степени влияют на сосудистые КР [25].

Стратегия выбора медикаментозной терапии КР определяется степенью их тяжести. Для лечения БА на стадии деменции используют базисные препараты двух групп: ингибиторы ацетилхолинэстеразы и антагонисты NMDA-рецепторов глутамата [26]. Исследование эффективности ингибиторов ацетилхолинэстеразы у пациентов с БА на стадии УКР не привело к замедлению прогрессирования КР, и, более того, терапия была сопряжена с повышенным риском нежелательных явлений [27]. Применение

блокатора постсинаптических NMDA-рецепторов мемантина при синдроме УКР в ряде исследований показало положительные результаты. Активные исследования в данном направлении продолжаются и в настоящее время, однако в большей степени применение данного препарата на этапе УКР целесообразно в случае подтверждения наличия у пациента нейродегенеративного заболевания [28].

Приоритетным направлением лечения недементных КР является нейропротективная и нейрометаболическая терапия.

Холина альфосцерат (действующее вещество субстанции – глицерофосфорилхолин) – прекурсор холина, который свободно проникает через гематоэнцефалический барьер благодаря своей электрической нейтральности, а затем расщепляется на холин, вовлекающийся в синтез ацетилхолина в головном мозге, и глицерофосфат, необходимый для восстановления мембран нейронов, повреждающихся в результате ишемических процессов. Под действием препарата происходит повышение холинергической активности вследствие увеличения синтеза и высвобождения ацетилхолина, а также улучшения нейротрансмиссии в холинергических нейронах. Таким образом, холина альфосцерат оказывает нейропротективное действие, положительное влияние на память и другие КФ, которые страдают при различных заболеваниях головного мозга, сопровождающихся возникновением холинергического дефицита, в том числе при сосудистой мозговой недостаточности [29, 30].

Итальянскими исследователями было проведено многоцентровое открытое рандомизированное контролируемое клиническое исследование с целью сравнительной оценки эффективности и переносимости холина альфосцерата (L-а-глицерилфосфорилхолина) и цитиколина (ЦДФ-холина), используемых в дозе 1 г/сут внутримышечно, у 112 пациентов с сосудистой (мультиинфарктной) деменцией легкой или средней степени тяжести. После 90-дневного курса терапии пациенты находились под наблюдением в течение еще 90 дней без лечения. Всего 97 пациентов завершили период лечения, из них 73 – период наблюдения. Контроль клинической эффективности осуществлялся путем сравнения результатов в начале исследования, через 30 дней, в конце лечения и в конце периода наблюдения. У пациентов, получавших холина альфосцерат, в конце лечения отмечалось значительное улучшение КФ и поведенческих функций, а также способности к самообслуживанию по сравнению с исходными значениями. Это улучшение также было очевидным и в конце периода наблюдения. Сравнение клинических результатов терапии холина альфосцератом и цитиколином показало, что более эффективной была терапия холина альфосцератом [29].

Т.Н. Батышева и др. наблюдали 46 пациентов (средний возраст 43,8 года) с синдромом УКР сосудистого генеза. Препарат Церетон® (холина альфосцерат) вводили в дозе 1000 мг/сут внутримышечно на протяжении 15 дней. Была отмечена хорошая переносимость препарата, субъективное улучшение состояния пациентов, ста-

тистически значимое улучшение показателей КФ, оцениваемых с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС) [31].

Н.В. Пизова и др. провели исследование 25 пациентов (16 женщин и 9 мужчин, средний возраст $53,8 \pm 1,3$ года) с синдромом УКР сосудистого генеза. Пациенты получали Церетон® (холина альфосцерат) в дозе 1000 мг/сут внутривенно на 200 мл физиологического раствора в течение 15 дней с последующим переходом на пероральный прием в дозе 1200 мг/сут в течение 3 мес. Было показано статистически достоверное положительное влияние на качество жизни пациентов по данным опросника SF-36 (The Short Form-36 Health Status Survey – анкета оценки качества жизни), уменьшение субъективных жалоб и нарастание суммарного балла КШОПС и показателей памяти по результатам теста «10 слов» [32].

О.С. Левин и др. провели открытое сравнительное 10-дневное исследование эффективности и безопасности применения Церетона® (холина альфосцерата) в сравнении с пирацетамом у пациентов с болезнью Паркинсона и КР (синдром УКР либо легкая деменция). Препарат назначали 40 пациентам (основная группа) в дозе 1000 мг/сут, пирацетам – 20 пациентам в дозе 2000 мг/сут, оба препарата применялись внутривенно капельно в 200 мл физиологического раствора на фоне противопаркинсонических средств. Средний возраст пациентов составил 68,1 года, средняя продолжительность заболевания – 5,7 года, стадия паркинсонизма по Хен и Яру – в среднем 2,9 балла. При применении Церетона® достоверно чаще, чем при использовании пирацетама отмечали выраженное и умеренное улучшение состояния КФ (40 и 25% соответственно) и достоверно реже – их ухудшение (5 и 15%; $p < 0,05$). При лечении Церетоном® наблюдалась статистически достоверная положительная динамика показателей внимания и управляющих функций, а также отмечено уменьшение апатии. Также отмечена хорошая переносимость препарата [33].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка Г., 75 лет, предъявляет жалобы на головокружение, пошатывание при ходьбе, тяжесть и неприятные ощущения в голове. Кроме того, отмечает повышенную утомляемость при обычной нагрузке и чувство внутреннего напряжения. На память или сообразительность пациентка самостоятельно не жалуется, но при расспросе отмечает, что стала хуже ориентироваться на незнакомых улицах города, отмечает затруднения при выполнении счетных операций. Пациентка имеет высшее образование, по профессии – учитель физики, в настоящее время на пенсии. Самостоятельно ведет домашнее хозяйство, ухаживает за младшей сестрой, страдающей болезнью Паркинсона.

Из анамнеза жизни: раннее развитие – без особенностей. Травм, операций, инфекционных заболеваний не было. В течение не менее 20 лет отмечает стойкое повышение артериального давления (АД) до 160–170/90–100 мм рт. ст. По этому поводу был назначен лозартан 50 мг/сут, однако пациентка принимает

препарат нерегулярно, поскольку субъективно не чувствует эпизодов повышения АД. Контроль за уровнем АД также регулярно не проводит. Из других заболеваний у пациентки отмечается распространенный атеросклероз, хроническая ишемическая болезнь сердца – стенокардия напряжения. Периодически принимает аторвастатин 20 мг/сут, ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут. Отец пациентки умер в 66 лет от инфаркта миокарда, мать умерла в возрасте 70 лет от инсульта, оба страдали артериальной гипертензией.

При осмотре: рост 160 см, масса тела 70 кг, окружность живота 92 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет; частота дыхания 16 в мин; АД 150/90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 62 уд/мин, пульс ритмичный. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, стул регулярный.

В неврологическом статусе: краниальная иннервация интактна за исключением выраженных рефлексов орального автоматизма (хоботковый, ладонно-подбородочный). Парезов нет, мышечный тонус существенно не изменен. Глубокие сухожильные рефлексы оживлены, симметричные, с расширением рефлексогенных зон, патологических пирамидных знаков нет. Чувствительность интактна. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга пошатывание независимо от закрывания глаз. Походка на расширенной базе, несколько замедленна, шаг укорочен, пошатывание, особенно при поворотах. Чувствительность интактна, тазовые функции контролирует.

Нейропсихологическое обследование: пациентка правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности, контактна, адекватна, несколько встревожена. Бред, галлюцинации отсутствуют. Познавательная деятельность протекает в умеренно замедленном темпе. Тест соединения цифр (часть А) – 85 сек, тест соединения цифр и букв (часть Б) – 140 сек, что выходит за допустимые для возраста нормативы. Наблюдаются колебания концентрации внимания (например, в пробе на серийный счет действие (93 – 7) выполняет быстро и безошибочно, а в результате более простого действия (79 – 7) получает 62). Проба на обобщение: на вопрос «Что общего между пальто и курткой?» пациентка ответила: «Пальто длинное, а куртка короткая». Обращенную речь пациентка понимает полностью, собственная речь беглая, плавная, грамматически правильная. Беглость речи умеренно снижена: тест на называние литеральных ассоциаций (слова на букву с) – 7 слов (норма – более 12), называние категориальных ассоциаций (животные) – 9 слов (норма – более 12). Номинативная функция речи (называние предметов по показу), восприятие – без видимых нарушений. В пробе на динамический праксис (проба «кулак – ребро – ладонь») допускает ошибки по типу упрощения. Память нарушена в умеренной степени в виде недостаточности воспроизведения при сохранности запоминания (12 слов?). Кинестетический, конструктивный праксис без особенностей. По КШОПС пациентка набрала 26 из 30 баллов (дважды ошиблась в серийном счете, не вспомнила два слова из трех), по шкале оценки лобной дисфункции – 14 (умеренная лобная дисфункция).

Монреальская шкала оценки КФ: 22 балла (норма – не менее 26). Проведено исследование эмоциональной сферы. По госпитальной шкале тревоги и депрессии пациентка имеет субклинический уровень тревоги и депрессии (депрессия – 8 баллов, тревога – 10 баллов).

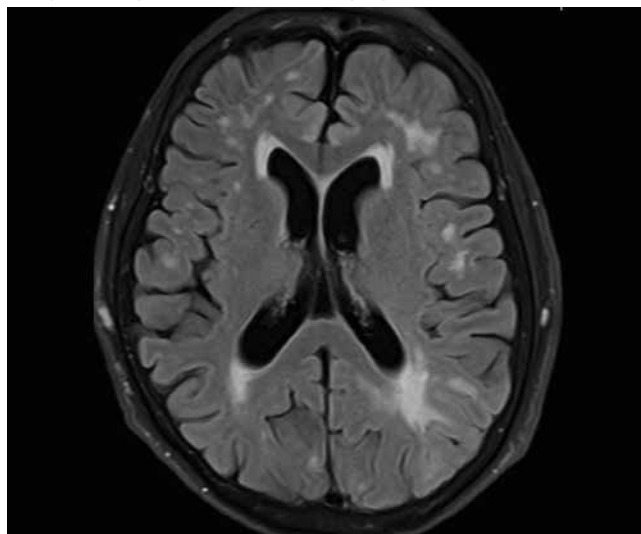
Дополнительные методы исследования: в общем анализе мочи и крови (включая оценку профиля гормонов щитовидной железы, уровней фолиевой кислоты и витамина В₁₂) изменений не обнаружено. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение уровня липидов за счет фракций липопротеинов низкой плотности (4,0 ммоль/л). ЭКГ: признаки гипертрофии миокарда. Дуплексное сканирование магистральных артерий головы: признаки атеросклероза внутренних сонных артерий со стенозом правой внутренней сонной артерии до 50%, левой внутренней сонной артерии – до 30%, непрямолинейность хода позвоночных артерий с обеих сторон со стенозом до 25%. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга (рисунок) было обнаружено расширение боковых желудочков и наружных ликворных пространств с формированием заместительной гидроцефалии, выраженный субкортикальный и перивентрикулярный лейкоареоз.

Заключение: хроническая ишемия головного мозга. Синдром УКР (полифункциональный неамнестический тип). Сочетанные заболевания: артериальная гипертензия II степени, II стадии, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений; атеросклероз церебральных артерий; дислипидемия.

Была рекомендована комплексная терапия, включающая как немедикаментозные, так и медикаментозные методы. С пациенткой проведена разъяснительная беседа о необходимости строго придерживаться схемы приема антигипертензивных препаратов, регулярности мониторинга АД с ведением соответствующего дневника. Даны рекомендации по модификации образа жизни: регулярность физических упражнений, достаточная умственная и социальная активность, употребление в пищу

● **Рисунок.** Магнитно-резонансная томография головного мозга пациентки Г.

● **Figure.** Magnetic resonance imaging of the brain of patient G.



преимущественно овощей, фруктов, рыбы и мяса птицы. Назначена антигипертензивная, гиполипидемическая терапия, для коррекции КР – Церетон® (холина альфосцерат) 400 мг 3 раза в день в течение 3 мес.

При повторной консультации пациентка отмечала улучшение общего состояния в виде уменьшения ощущения неустойчивости при ходьбе и внутреннего напряжения. На фоне регулярной антигипертензивной терапии достигнута стабилизация значений АД на уровне 120–130/70–80 мм рт. ст. По данным неврологического осмотра наблюдается увеличение длины шага, устойчивости при поворотах. Результаты нейропсихологического обследования продемонстрировали положительную динамику по показателям дизрегуляторных и нейродинамических нарушений: уменьшение колебаний уровня внимания, увеличение темпа познавательной деятельности в тесте соединения цифр (часть А) – 75 сек и цифр и букв (часть Б) – 130 сек. КШОПС – 27 баллов (один раз ошиблась в серийном счете, не вспомнила два слова из трех), шкала оценки лобной дисфункции – 15 (умеренная лобная дисфункция). Монреальская шкала оценки КФ: 26 баллов (нижняя граница нормы – 26). Кроме того, нормализовался эмоциональный статус, о чем свидетельствовали данные госпитальной шкалы тревоги и депрессии (депрессия – 5 баллов, тревога – 7 баллов).

Таким образом, у пациентки пожилого возраста КР, выявленные при расширенном нейропсихологическом обследовании, не приводят к выраженным затруднениям в быту и социальной сфере: пациентка сохраняет независимость и самостоятельность в повседневной жизни, затруднены лишь наиболее сложные виды деятельности. Следовательно, нарушение познавательных функций пациентки соответствует синдрому УКР.

ОБСУЖДЕНИЕ

В приведенном клиническом случае УКР можно отнести к полифункциональному неамнестическому типу, так как у пациентки одновременно страдают несколько КФ (нарушения внимания, управляющих функций, речи, в меньшей степени памяти по неспецифическому типу). В основе данного синдрома УКР лежит хроническая цереброваскулярная патология. В пользу ведущей роли цереброваскулярного заболевания в развитии клинического состояния пациентки свидетельствовали типичные признаки разобщения коры лобных долей и подкорковых структур, отражающих диффузное поражение глубоких отделов белого вещества головного мозга. Клинические проявления синдрома разобщения представлены сочетанием типичных двигательных, когнитивных и эмоционально-аффективных нарушений в виде изменений рефлексов, походки с элементами апраксии ходьбы, особенностей нейропсихологических расстройств (на первый план выходят психическая замедленность, нарушение организации деятельности, трудности обобщений при негрубых нарушениях памяти по неспецифическому типу, сохранной ориентировке), субклинической тревоги и депрессии. Причиной развития цереброваскулярной

патологии в данном случае, несомненно, является многолетнее течение артериальной гипертензии. К факторам риска ишемического поражения головного мозга, которые имеются у пациентки, относятся: распространенный атеросклероз, гемодинамически незначимый (< 70%) стеноз сонных артерий, дислипидемия, а также абдоминальное ожирение (окружность талии > 90 см). Сосудистое поражение головного мозга неоспоримо доказано с помощью МРТ, которая выявляет сосудистую лейкоэнцефалопатию умеренной выраженности. Следует отметить первоначально низкую приверженность пациентки к лечению и контролю артериальной гипертензии. Традиционное представление о том, что высокий уровень АД ассоциирован с головной болью, не подтверждается данными современных исследований и поэтому является устаревшим. Сегодня установлено, что стабильно повышенный уровень АД не вызывает цефалгии или каких-либо других неприятных ощущений в голове, а также других субъективных или объективных симптомов [34]. В представленном клиническом случае пациентка активно не предъявляла жалоб когнитивного характера. Ее привели к врачу неприятные ощущения в голове, которые она описывала как тяжесть, и повышенная утомляемость при обычной нагрузке. Кроме того, пациентка активно предъявляла жалобы на головокружение и неустойчивость при ходьбе. Когнитивные жалобы (трудности при ориентировании на незнакомых улицах города, при выполнении счетных операций) были обнаружены только в процессе беседы с пациенткой. Патогенез субъективных неврологических симптомов при цереброваскулярной патологии сложен и связан в первую очередь с имеющимися когнитивными, эмоциональными и двигательными расстройствами. Так, повышенная утомляемость может как быть признаком депрессии, так и отражать снижение умственной работоспособности [34]. Таким образом, данная жалоба и разнообразные неприятные ощущения в голове у нашей пациентки представляют собой субъективный эквивалент КР. Головокружение при цереброваскулярном заболевании обычно носит несистемный характер и описывается как чувство неустойчивости при ходьбе. За этим ощущением, как правило, стоят нарушения равновесия вследствие поражения лобно-подкорково-стволово-мозжечковых связей вследствие немых лакунарных инсультов или лейкоареоза [35]. Но иногда пожилые пациенты со сниженной способностью точного выражения своих мыслей под словом «головокружение» имеют ввиду ощущение неясности или тяжести в голове, что в этом случае заставляет отнести эту жалобу к жалобам когнитивного спектра.

Таким образом, для диагностики синдрома УКР необходимы тщательный анализ жалоб и объективная оценка с проведением нейропсихологического обследования. В представленном клиническом случае было проведено расширенное нейропсихологическое обследование, требующее не менее 40–60 мин. Однако в условиях ограниченных временных рамок приема в качестве скрининговой шкалы, с помощью которой можно диагностировать синдром УКР, наиболее информативной является Монреальская шкала оценки КФ [36].

У нашей пациентки на фоне применения препарата Церетон® в дозе 1200 мг/сут отмечена положительная динамика по показателям дизрегуляторных и нейродинамических нарушений, а также нормализация эмоционального статуса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, синдром УКР характеризуется этиопатогенетической и клинической гетерогенностью. Ранняя диагностика УКР важна для профилактики развития деменции как сосудистой, так и нейродегенеративной этиологии. Лечение УКР должно быть комплексным

и включать немедикаментозные и медикаментозные методы улучшения КФ. Комплексный подход дает положительный эффект в отношении снижения как выраженности существующих симптомов, так и риска прогрессирования заболевания. Проведенный обзор исследований подтверждает, что Церетон® (холина альфосцерат) является эффективным и обладающим высоким профилем безопасности препаратом в лечении пациентов с КР сосудистой этиологии. Его применение наиболее оправдано на стадии недементных КР (легких и умеренных КР).

Поступила / Received 16.09.2022

Поступила после рецензирования / Revised 03.10.2022

Принята в печать / Accepted 10.10.2022

Список литературы / References

- Парфенов В.А., Захаров В.В., Преображенская И.С. *Когнитивные расстройства*. М.: Ремедиум; 2014. 192 с.
- Parfenov V.A., Zakharov V.V., Preobrazhenskaya I.S. *Cognitive disorders*. Moscow: Remedium; 2014. 192 p. (In Russ.)
- Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. *Деменции*. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ; 2011. 374 с.
- Yakhno N.N., Zakharov V.V., Lokshina A.B., Koberskaya N.N., Mkhitarian E.A. *Dementia*. 3rd ed. Moscow: MEDpress-inform; 2011. 374 p. (In Russ.)
- Rodríguez-Sánchez E., Mora-Simón S., Patino-Alonso M.C., García-García R., Escribano-Hernández A., García-Ortiz L. et al. Prevalence of cognitive impairment in individuals aged over 65 in an urban area: DERIVA study. *BMC Neurol*. 2011;11:147. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-11-147>.
- Локшина А.Б., Захаров В.В., Гришина Д.А., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А., Посохов С.И., Яхно Н.Н. Гетерогенность синдрома умеренных когнитивных нарушений (анализ работы специализированного амбулаторного приема). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(3):34–41. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-3-34-41>.
- Lokshina A.B., Zakharov V.V., Grishina D.A., Koberskaya N.N., Mkhitarian E.A., Posokhov S.I., Yakhno N.N. Heterogeneity of the mild cognitive impairment syndrome (specialized outpatient service data analysis). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(3):34–41. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-3-34-41>.
- Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А., Локшина А.Б., Гришина Д.А. Додементные когнитивные расстройства. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2022;(1):48–57. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2022-48-57>.
- Koberskaya N.N., Mkhitarian E.A., Lokshina A.B., Grishina D.A. Pre-dementia cognitive impairment. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2022;(1):48–57. (In Russ.) <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2022-48-57>.
- Pais R., Ruano L., Moreira C., Carvalho O.P., Barros H. Prevalence and incidence of cognitive impairment in an elder Portuguese population (65–85 years old). *BMC Geriatr*. 2020;20(1):470. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01863-7>.
- Яхно Н.Н., Коберская Н.Н., Захаров В.В., Гришина Д.А., Локшина А.Б., Мхитарян Э.А. и др. Влияние возраста, коморбидных сердечно-сосудистых и эмоциональных факторов на легкое когнитивное снижение в среднем, пожилом и старческом возрасте. *Неврологический журнал*. 2018;23(6):309–315. Режим доступа: <http://www.medlit.ru/journalsview/nevrojournal/view/journal/2018/issue-6/365-vliyanie-vozhrasta-komorbidnyh-serdechno-sosudistyih-i-emocionalnyh-faktorov-na-legkoe-kognitivnoe-snizhenie-v-srednem-pozhilom-i-starcheskom-vozhraste>.
- Yakhno N.N., Koberskaya N.N., Zakharov V.V., Grishina D.A., Lokshina A.B., Mkhitarian E.A. Influence of age, comorbid cardiovascular and emotional factors on mild cognitive decline in middle, old and senile age. *Neurological Journal*. 2018;23(6):309–315. (In Russ.) Available at: <http://www.medlit.ru/journalsview/nevrojournal/view/journal/2018/issue-6/365-vliyanie-vozhrasta-komorbidnyh-serdechno-sosudistyih-i-emocionalnyh-faktorov-na-legkoe-kognitivnoe-snizhenie-v-srednem-pozhilom-i-starcheskom-vozhraste>.
- Яхно Н.Н., Коберская Н.Н., Захаров В.В., Гришина Д.А., Локшина А.Б., Мхитарян Э.А. и др. Влияние возрастных, гендерных, коморбидных сердечно-сосудистых и эмоциональных факторов на субъективное когнитивное снижение. *Неврологический журнал*. 2018;23(4):184–189. Режим доступа: <http://www.medlit.ru/journalsview/nevrojournal/view/journal/2018/issue-4/335-vliyanie-vozhrastryih-gendernyh-komorbidnyh-serdechno-sosudistyih-i-emocionalnyh-faktorov-na-subektivnoe-kognitivnoe-snizhenie>.
- Yakhno N.N., Koberskaya N.N., Zakharov V.V., Grishina D.A., Lokshina A.B., Mkhitarian E.A. Influence of age, gender, comorbid cardiovascular and emotional factors on subjective cognitive decline. *Neurological Journal*. 2018;23(4):184–189. (In Russ.) Available at: <http://www.medlit.ru/journalsview/nevrojournal/view/journal/2018/issue-4/335-vliyanie-vozhrastryih-gendernyh-komorbidnyh-serdechno-sosudistyih-i-emocionalnyh-faktorov-na-subektivnoe-kognitivnoe-reduction>.
- Яхно Н.Н., Захаров В.В., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А., Гришина Д.А., Локшина А.Б. и др. «Предумеренные» (субъективные и легкие) когнитивные расстройства. *Неврологический журнал*. 2017;22(4):198–204. Режим доступа: <http://www.medlit.ru/journalsview/nevrojournal/view/journal/2017/issue-4/253-predumerennye-sub-ektivnye-i-legkie-kognitivnye-rastroystva>.
- Yakhno N.N., Zakharov V.V., Koberskaya N.N., Mkhitarian E.A., Grishina D.A., Lokshina A.B. "Premeditated" (subjective and mild) cognitive disorders. *Neurological Journal*. 2017;22(4):198–204. (In Russ.) Available at: <http://www.medlit.ru/journalsview/nevrojournal/view/journal/2017/issue-4/253-predumerennye-sub-ektivnye-i-legkie-kognitivnye-rastroystva>.
- Petersen R.C., Lopez O., Armstrong M.J., Getchius T.S.D., Ganguli M., Gloss D. et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018;90(5):126–135. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826>.
- Яхно Н.Н., Локшина А.Б., Захаров В.В., Гришина Д.А., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А., Посохов С.И. Синдром умеренных когнитивных расстройств в российской популяции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(5-2):179–180. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119055>.
- Yakhno N.N., Lokshina A.B., Zakharov V.V., Grishina D.A., Koberskaya N.N., Mkhitarian E.A., Posokhov S.I. Mild cognitive impairment syndrome in Russian population. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(5-2):179–180. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119055>.
- Overton M., Pihlgård M., Elmståhl S. Prevalence and Incidence of Mild Cognitive Impairment across Subtypes, Age, and Sex. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2019;47(4-6):219–232. <https://doi.org/10.1159/000499763>.
- Sachdev P.S., Lipnicki D.M., Kochan N.A., Crawford J.D., Thalamuthu A., Andrews G. et al. The Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Diverse Geographical and Ethnocultural Regions: The COSMIC Collaboration. *PLoS ONE*. 2015;10(11):e0142388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142388>.
- Захаров В.В. Дофаминергическая и норadrenergическая терапия когнитивных нарушений. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2006;106(9):43–47.
- Zakharov V.V. Dopaminergic and noradrenergic therapy of cognitive impairment. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2006;106(9):43–47. (In Russ.)
- Petersen R.C., Smith G.E., Waring S.C., Ivnick R.J., Kokmen E., Tangelos E.G. Aging, memory, and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr*. 1997;9(Suppl. 1):65–69. <https://doi.org/10.1017/s1041610297004717>.
- Artero S., Petersen R., Touchon J., Ritchie K. Revised criteria for mild cognitive impairment: validation within a longitudinal population study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;22(5-6):465–470. <https://doi.org/10.1159/000096287>.
- Rao D., Luo X., Tang M., Shen Y., Huang R., Yu J. et al. Prevalence of mild cognitive impairment and its subtypes in community-dwelling residents aged 65 years or older in Guangzhou, China. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;75:70–75. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.003>.
- Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. *Невроно-психические нарушения: диагностические тесты*. 6-е изд. М.: МЕДпресс-информ; 2018. 320 с.
- Zakharov V.V., Voznesenskaya T.G. *Neuropsychiatric disorders: diagnostic tests*. 6th ed. Moscow: MEDpress-inform; 2018. 320 p. (In Russ.)

19. Peters R., Booth A., Rockwood K., Peters J., D'Este C., Anstey K.J. Combining modifiable risk factors and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(1):e022846. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022846>.
20. Van den Brink A.C., Brouwer-Brolsma E.M., Berendsen A.A.M., van de Rest O. The Mediterranean, Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), and Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diets Are Associated with Less Cognitive Decline and a Lower Risk of Alzheimer's Disease-A Review. *Adv Nutr*. 2019;10(6):1040–1065. <https://doi.org/10.1093/advances/nmz054>.
21. Zhu Y., Zhong Q., Ji J., Ma J., Wu H., Gao Y. et al. Effects of Aerobic Dance on Cognition in Older Adults with Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis*. 2020;74(2):679–690. <https://doi.org/10.3233/JAD-190681>.
22. Woods B., Aguirre E., Spector A.E., Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):CD005562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>.
23. Giuli C., Fattoretti P., Gagliardi C., Mocchegiani E., Venarucci D., Baliotti M. et al. My Mind Project: the effects of cognitive training for elderly—the study protocol of a prospective randomized intervention study. *Aging Clin Exp Res*. 2017;29(3):353–360. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0570-1>.
24. Науменко А.А., Преображенская И.С. Когнитивно-моторный тренинг у пациентов с умеренными когнитивными нарушениями и легкой деменцией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(4):81–87. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-4-81-87>.
25. Naumenko A.A., Preobrazhenskaya I.S. Cognitive and motor training for patients with moderate cognitive impairment and mild dementia. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(4):81–87. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-4-81-87>.
26. Ngandu T., Lehtisalo J., Solomon A., Levälähti E., Antikainen R. et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9984):2255–2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5).
27. Cocchiara R.A., De Lucia F., Koci L., Lisanti E., Petruccini G., La Torre G. Management of the early stage of Alzheimer's disease: a systematic review of literature over the past 10 years. *Clin Ter*. 2020;171(4):e357–e368. <https://doi.org/10.7417/CT.2020.2239>.
28. Matsunaga S., Fujishiro H., Takechi H. Efficacy and Safety of Cholinesterase Inhibitors for Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis*. 2019;71(2):513–523. <https://doi.org/10.3233/JAD-190546>.
29. Локшина А.Б. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома умеренных когнитивных расстройств. *Российский журнал геронтологической медицины*. 2020;(3):199–204. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-3-2020-199-204>.
Lokshina A.B. Modern aspects of diagnosis and treatment of mild cognitive impairment. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020;(3):199–204. (In Russ.) <https://doi.org/10.37586/2686-8636-3-2020-199-204>.
30. Muratorio A., Bonuccelli U., Nuti A., Bavpistini N., Passero S., Caruso V. et al. A neurotropic approach to the treatment of multi-infarct dementia using l-a-glycerylphosphorylcholine. *Curr Ther Res*. 1992;52(5):741–752. [https://doi.org/10.1016/S0011-393X\(05\)80518-1](https://doi.org/10.1016/S0011-393X(05)80518-1).
31. Старчина Ю.А. Применение препарата церетон в неврологической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2011;3(2):81–85. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2011-152>.
Starchina Yu.A. Use of cereton in neurological care. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2011;3(2):81–85. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2011-152>.
32. Батышева Т.Н., Нестерова О.С., Отчешкая О.В., Хозова А.А., Зайцев К.С., Камчатнов П.Р., Бойко А.Н. Применение Церетона у больных с умеренными когнитивными расстройствами сосудистого генеза. *Трудный пациент*. 2009;7(4-5):10–12. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16908714>.
33. Batysheva T.N., Nesterova O.S., Otcheskaya O.V., Khozova A.A., Zaitsev K.S., Kamchatnov P.R., Boyko A.N. The use of Cereton in patients with moderate cognitive disorders of vascular origin. *Difficult Patient*. 2009;7(4-5):10–12. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16908714>.
34. Пизова Н.В. Опыт применения церетона у больных с хронической ишемией головного мозга и умеренными когнитивными расстройствами. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;114(12):78–83. <https://doi.org/10.17116/jnevro201411412178-83>.
Pizova N.V. The use of cereton in patients with chronic brain ischemia and moderate cognitive impairment. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(12):78–83. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro201411412178-83>.
35. Левин О.С., Батукаева Л.А., Аникина М.А., Юнищенко Н.А. Эффективность и безопасность холина альфосцерата (Церетона) у пациентов с болезнью Паркинсона с когнитивными нарушениями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2009;109(11):42–46. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=13123642>.
Levin O.S., Batukaeva L.A., Anikina M.A., Yunischenko N.A. Efficacy and safety of choline alfoscerate (Cereton) in patients with Parkinson's disease with cognitive impairment. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2009;109(11):42–46. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=13123642>.
36. Вахнина Н.В., Милованова О.В. Неврологические расстройства у пациентов с артериальной гипертензией и их коррекция. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;8(4):32–37. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-4-32-37>.
Vakhnina N.V., Milovanova O.V. Neurological disorders in patients with hypertension and their correction. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2016;8(4):32–37. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-4-32-37>.
37. Антоненко Л.М., Вахнина Н.В., Громова Д.О. Когнитивные нарушения, головокружение и неустойчивость у пациентов с артериальной гипертензией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(5):92–97. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-5-92-97>.
Antonenko L.M., Vakhnina N.V., Gromova D.O. Cognitive impairment, dizziness, and unsteadiness in hypertensive patients. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(5):92–97. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-5-92-97>.
38. Гришина Д.А. Нейропсихологическая диагностика и лечение пациентов с деменцией. *Медицинский совет*. 2018;(18):16–22. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-16-22>.
Grishina D.A. Neuropsychological testing in the diagnosis and management of patients with dementia. *Meditsinskiy Sovet*. 2018;(18):16–22. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-16-22>.

Информация об авторах:

Гришина Динара Александровна, к.м.н., ассистент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; dstepkina@mail.ru

Локшина Анастасия Борисовна, к.м.н., ассистент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; aloksh@mail.ru

Information about the authors:

Dinara A. Grishina, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery of the Medical Faculty, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia; dstepkina@mail.ru

Anastasia B. Lokshina, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery of the Medical Faculty, Sechenov First Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia; aloksh@mail.ru