

**О.С.Левин**

**АЛГОРИТМЫ  
ДИАГНОСТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ  
ДЕМЕНЦИИ**

*10-е издание*



**Москва**  
**«МЕДпресс-информ»**  
**2021**

УДК 616-07+08:616.899-02

ББК 56.12

Л36

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

### **Левин, Олег Семенович.**

Л36 Алгоритмы диагностики и лечения деменции / О.С.Левин. – 10-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 192 с. : ил. ISBN 978-5-00030-840-0

В данном издании в алгоритмизированной форме рассмотрены современные подходы к диагностике и лечению пациентов с деменцией. Материал представлен в соответствии с логикой диагностического и лечебного процесса: от скринингового когнитивного тестирования к развернутому клинико-нейропсихологическому исследованию, позволяющему уточнить синдромальный и нозологический диагноз и оптимально выстроить схему терапии. Подробно изложены методики краткого нейропсихологического тестирования, современные критерии диагностики основных заболеваний, приводящих к деменции, описаны принципы их дифференциальной диагностики. Рассмотрены проблемы формулирования диагноза и его кодирования в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра.

В качестве иллюстраций приведена серия клинических примеров.

Издание предназначено для неврологов, психиатров, психологов, геронтологов, всех врачей, оказывающих помощь пожилым пациентам, студентов медицинских вузов, может использоваться в системе последиplomного образования врачей.

УДК 616-07+08:616.899-02

ББК 56.12

ISBN 978-5-00030-840-0

© Левин О.С., 2012, 2017

© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2012, 2017

# Оглавление

Предисловие .....	5
Сокращения .....	8
1. Общие сведения о деменции.....	9
1.1. Определение деменции .....	9
1.2. Преддементные когнитивные нарушения .....	10
1.3. Эпидемиология .....	13
1.4. Структура клинических проявлений деменции.....	14
1.5. Функциональные нарушения.....	17
1.6. Классификация деменции .....	18
1.7. Деменция и дееспособность .....	25
1.8. Как формулировать диагноз деменции и кодировать его в соответствии с МКБ-10? .....	26
2. Диагностика деменции .....	32
2.1. Определение показаний для скринингового исследования .....	32
2.2. Скрининговое нейропсихологическое исследование....	35
2.3. Общая оценка когнитивных нарушений.....	43
2.4. Выявление нейропсихологического профиля .....	51
2.5. Выявление аффективных и поведенческих (нейропсихиатрических) нарушений.....	60
2.6. Оценка функционального статуса.....	68
2.7. Синдромальная диагностика деменции.....	71
2.8. Нозологическая диагностика деменции .....	81
2.8.1. Исключение потенциально обратимой деменции ....	86
2.8.2. Диагностика сосудистой и смешанной деменции.....	97
2.8.3. Диагностика дегенеративных деменций .....	106
2.8.3.1. Болезнь Альцгеймера.....	106
2.8.3.2. Деменция с тельцами Леви .....	113
2.8.3.3. Болезнь Паркинсона.....	118
2.8.3.4. Лобновисочная деменция .....	126

3. Лечение деменции.....	132
3.1. Базисная терапия деменции.....	132
3.1.1. Ингибиторы холинэстеразы.....	136
3.1.2. Другие холиномиметики.....	140
3.1.3. Мемантин .....	142
3.1.4. Комбинированная терапия.....	144
3.1.5. Нейротрофические средства. Актовегин .....	145
3.1.6. Отмена базисной терапии.....	147
3.2. Симптоматическая терапия.....	148
3.2.1. Лечение аффективных нарушений .....	148
3.2.2. Лечение возбуждения.....	151
3.2.3. Лечение психотических нарушений .....	154
3.2.4. Лечение нарушений сна и бодрствования.....	155
3.2.5. Лечение паркинсонизма.....	157
3.2.6. Лечение вегетативной дисфункции .....	157
4. Клинические примеры.....	159
Приложение. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA).....	179
Литература .....	185

## Предисловие

Одним из важнейших итогов развития человечества является увеличение продолжительности жизни человека. К сожалению, медицина пока не в состоянии предотвратить многие заболевания, сцепленные со старением, распространенность которых в ближайшие десятилетия будет возрастать по мере неизбежного процесса старения населения. Одним из наиболее частых состояний, способных существенно омрачить последние годы жизни пожилого человека, является деменция. Успехи в предупреждении и лечении деменции пока гораздо скромнее, чем хотелось. Тем не менее, в последние годы мы много узнали о механизмах развития многих заболеваний, ведущих к деменции, что дает надежду на разработку в недалеком будущем эффективных мер профилактики и лечения слабоумия. Но уже сейчас мы можем существенно помочь многим пациентам и их близким, в полной мере используя имеющиеся возможности лечения деменции. Одним из важнейших условий эффективности лечения является ранняя диагностика когнитивного снижения. Тем прискорбнее отмечать, что большинство случаев деменции по-прежнему диагностируется недопустимо поздно, когда возможности помощи резко ограничиваются.

В данном пособии, написанном для практических врачей, сделана попытка в максимально концентрированной, алгоритмизированной форме представить подходы к диагностике и лечению пациентов с деменцией, основанные прежде всего на собственном многолетнем опыте автора по ведению таких пациентов. Структура пособия выстро-

ена в соответствии с логикой диагностического и лечебного процесса: от скринингового тестирования, имеющего целью выявить больного на максимально ранней стадии когнитивного снижения, к развернутому клинико-нейропсихологическому исследованию, позволяющему уточнить синдромальный и нозологический диагноз и выявить основные терапевтические мишени – с тем, чтобы оптимально выстроить схему базисной и симптоматической терапии. Особое место занимают проблемы формулирования диагноза и его кодирования в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра.

В пособии читатель найдет подробное изложение методики краткого нейропсихологического тестирования, которым должен в большей или меньшей степени владеть врач любой специальности, но в первую очередь, безусловно, невролог, к которому пациенты с развивающимся когнитивным снижением чаще всего обращаются в первую очередь. Представлены современные критерии диагностики основных заболеваний, приводящих к деменции, описаны принципы их дифференциальной диагностики, что облегчит правильную нозологическую диагностику, без которой эффективная терапия невозможна.

В качестве иллюстраций применения предлагаемого клинико-диагностического подхода в конце книги приведены клинические примеры, которые помогут разобраться в сути рекомендуемых методик. С учетом практической направленности пособия ссылки даются главным образом на оригинальные описания нейропсихологических тестов и шкал, а также на публикации критериев диагностики различных форм деменции. Более подробное описание патогенеза, клиники, специфики терапии основных забо-

леваний, вызывающих деменцию, читатель сможет найти в книге «Диагностика и лечение деменции в клинической практике» (М.: МЕДпресс-информ, 2009). Данное пособие можно рассматривать как дополнение к этому руководству.

Автор надеется, что данное издание будет способствовать совершенствованию оказания помощи с деменцией и будет благодарен за любые замечания и предложения по совершенствованию издания.

# Глава 1

## Общие сведения о деменции

### 1.1. Определение деменции

Деменция – синдром, характеризующийся приобретенным, часто прогрессирующим снижением интеллекта, которое возникает в результате органических поражений головного мозга и приводит к нарушению социальной адаптации пациента, т.е. делает его неспособным к продолжению профессиональной деятельности и/или, ограничивая возможности самообслуживания, нарушает его бытовую независимость.

Можно выделить 5 ключевых признаков, характеризующих деменцию:

- когнитивный дефект должен быть множественным, а не ограничиваться одной когнитивной сферой;
- когнитивные способности должны снижаться по сравнению с исходным (существовавшим до заболевания) уровнем;
- когнитивные расстройства должны нарушать повседневную жизнедеятельность, а не только выполнение нейропсихологических тестов;
- причиной когнитивных нарушений должно выступать органическое (структурное или метаболическое) поражение головного мозга;
- на момент осмотра должно отсутствовать острое расстройство сознания (спутанность сознания или делирий), которое может затруднить оценку степени и стойкости когнитивных расстройств.



По определению знаменитого швейцарского психиатра E. Bleuler, «дементным мы называем всякого, кто перестает справляться с жизнью вследствие пониженной работоспособности интеллекта». *Таким образом, именно оценка того, как когнитивный дефект влияет на повседневную активность больного, имеет решающее значение для установления диагноза деменции.*

## **1.2. Преддементные когнитивные нарушения**

В большинстве случаев деменция развивается постепенно, и ей предшествует более или менее длительный период, исчисляемый от нескольких месяцев до нескольких лет, в течение которого у пациентов выявляются когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции, т.е. не приводящие к социальной дезадаптации пациентов.

**Субъективные когнитивные нарушения** характеризуются наличием у пациентов когнитивных жалоб (например, на снижение памяти или рассеянность), однако при формальном нейропсихологическом исследовании у них не выявляется отклонений от возрастной нормы. У лиц молодого и среднего возраста наличие когнитивных жалоб в отсутствие объективно выявляемых когнитивных нарушений часто объясняется аффективными расстройствами и, по-видимому, мало влияет на риск последующего развития деменции. Однако у пожилых субъективные когнитивные нарушения могут быть предвестником когнитивного снижения.

**Легкие когнитивные нарушения** обычно ограничиваются некоторым замедлением выполнения нейропсихологических тестов за счет снижения концентрации и устойчивости внимания, а также скорости психомотор-

ных реакций, что преимущественно проявляется в тестах на нейродинамические функции. Тем не менее, пациенты с легкими когнитивными нарушениями, как правило, хорошо справляются с тестами, не предусматривающими учета времени выполнения. Некоторые пациенты предъявляют когнитивные жалобы, но в значительной части случаев указанный дефект остается незаметным и лишь случайно выявляется при подробном нейропсихологическом исследовании. С течением времени когнитивный дефект может нарастать, особенно у пожилых лиц, но у многих, тем не менее, отмечается улучшение нейропсихологического статуса.

**Умеренные когнитивные нарушения** более выражены, чем легкие, и проявляются даже в тех тестах, в которых не вводится ограничение времени. Обычно к категории умеренных относят когнитивные нарушения с отклонением от возрастной нормы не менее чем на 1–2 стандартных отклонения. Они могут иметь различный нейропсихологический профиль и отличаются от деменции относительной сохранностью повседневной активности (за исключением наиболее сложных видов), критики, а также вариабельностью течения. В отличие от пациентов с деменцией, особенно болезнью Альцгеймера, больные с умеренными нарушениями более реалистично оценивают ограниченность своих когнитивных возможностей, что объясняет наличие когнитивных жалоб, с которыми они нередко обращаются к врачу. Важным признаком данного типа расстройства является также сохранение способности к компенсации когнитивного дефекта: предоставление подсказок или алгоритма действий может существенно улучшать выполнение нейропсихологических тестов.

**Таблица 1. Характерные черты деменции и преддементных когнитивных нарушений**

Признаки	Субъективные нарушения	Легкие нарушения	Умеренные нарушения	Деменция
Жалобы	+	±	+	±
Когнитивное снижение	-	+	++	+++
Нарушение повседневной активности	-	-	-	+

Характерные черты деменции и преддементных когнитивных нарушений суммированы в таблице 1.

Первоначальные концепции подчеркивали зависимость умеренных когнитивных нарушений от возрастных изменений головного мозга (доброкачественная старческая забывчивость, возрастное нарушение памяти, возрастная когнитивная дисфункция и т.д.). Но постепенно возобладала точка зрения, согласно которой указанное состояние, по крайней мере у части больных, следует рассматривать как продромальную фазу дементирующих заболеваний. Эти взгляды нашли последовательное выражение в предложенной R.Petersen (1999) концепции *mild cognitive impairment* (букв. «мягкое когнитивное нарушение»), которое с учетом его значения корректнее переводить на русский язык как «умеренное когнитивное расстройство».

К настоящему времени предложено несколько вариантов критериев диагностики умеренного когнитивного расстройства. В наиболее общем виде они сформулированы Европейским консорциумом по болезни Альцгеймера (2005) и включают:

- жалобы на когнитивные проблемы со стороны самого пациента или его семьи;

## **Глава 2**

# **Диагностика деменции**

Последовательность действий по диагностике деменции может быть условно разделена на 8 основных этапов.

### **2.1. Определение показаний для скринингового исследования**

Необходимость в проведении скринингового нейропсихологического исследования в первую очередь может возникать при наличии соответствующих жалоб со стороны пациента или его родственников. При этом клиницист должен иметь настороженность в отношении первых, «малых» признаков когнитивного снижения, таких как ослабление интереса к окружающему, рассеянность, быстрая утомляемость, снижение памяти на текущие события, невозможность запомнить новые имена, нарушения ориентировки в малознакомой местности, трудности подбора слова при разговоре, затруднения при счетных операциях, пассивность, стремление переложить ответственность на супруга, дневная сонливость, раздражительность.

Для скрининга когнитивных жалоб можно использовать специальные опросники, например, опросник McNair и Kahn, который должен заполняться пациентом (табл. 9).

Однако при интерпретации результатов подобных опросников следует иметь в виду снижение критики, развивающееся у пациентов с деменцией.

Таблица 9. Опросник самооценки памяти McNair и Kahn

№	Пункты	Оценка*
1	Я забываю номера телефонов, по которым регулярно звоню	
2	Я не помню, что куда положил	
3	Оторвавшись от чтения, я не могу найти место, которое читал	
4	Когда я делаю покупки, я пишу список на бумаге, чтобы ничего не забыть купить	
5	Из-за забывчивости я пропускаю важные встречи, свидания, занятия	
6	Я забываю дела, которые планирую по дороге с работы домой	
7	Я забываю имена и фамилии знакомых людей	
8	Мне трудно сосредоточиться на работе, которую делаю	
9	Мне трудно припомнить содержание только что просмотренной телепередачи	
10	Я не узнаю знакомых	
11	Я теряю нить разговора при общении с людьми	
12	Я забываю имена и фамилии людей, с которыми знакомлюсь	
13	Когда мне что-то говорят, мне трудно сосредоточиться	
14	Я забываю, какой сегодня день недели	
15	Мне приходится проверять и перепроверять, закрыл ли я дверь или выключил ли плиту	
16	Я делаю ошибки при письме, печатании или подсчетах на калькуляторе	
17	Я часто отвлекаюсь	
18	Мне необходимо несколько раз выслушать инструкцию, чтобы ее запомнить	
19	Мне трудно сосредоточиться на том, что я читаю	
20	Я забываю, что мне сказали	
21	Мне трудно сосчитать сдачу в магазине	
22	Я все делаю очень медленно	
23	Я ощущаю пустоту в голове	
24	Я забываю, какое сегодня число	

\* Оценка: 0 – никогда, 1 – редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – очень часто, сумма более 42 баллов предполагает наличие когнитивных нарушений.

Международная альцгеймеровская ассоциация предложила список из 10 симптомов,стораживающих в отношении болезни Альцгеймера, наличие которых должно быть основанием (в первую для родственников пациентов) для обращения к врачу и последующего обследования (табл. 10).

При некоторых заболеваниях когнитивное снижение наблюдается столь часто или имеет столь важное клиническое значение, что скрининговое исследование необходимо у всех пациентов с определенным диагнозом, независимо от того, есть у них соответствующие жалобы или нет. К подобного рода заболеваниям относятся, например, перенесенный инсульт или транзиторная атака,

**Таблица 10. Десять симптомов, требующих скрининга для выявления возможной болезни Альцгеймера**

1	Снижение памяти, нарушающее повседневную активность
2	Нарушение способности планировать деятельность и находить решение проблем
3	Трудности выполнения знакомых действий дома, на работе, во время отдыха
4	Нарушение ориентации во времени и пространстве
5	Затруднения при узнавании зрительных образов и определении пространственных взаимоотношений
6	Вновь возникшие затруднения при нахождении слов в устной речи и на письме
7	Оставление вещей в непривычных местах, неспособность вспомнить пройденный маршрут
8	Неадекватность суждений
9	Отказ от активных занятий, работы, хобби, социальных контактов и т.д.
10	Изменения настроения и личностных характеристик

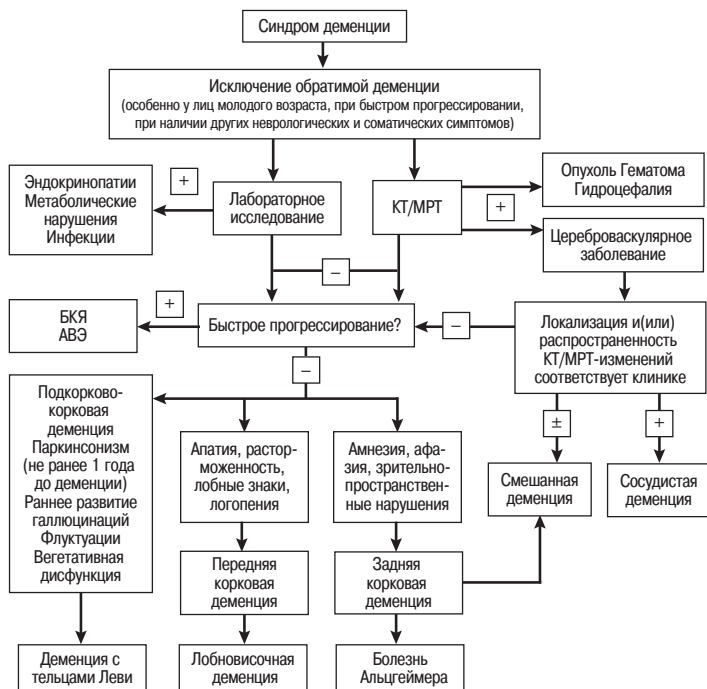
Таблица 21 (продолжение)

Тесты	Задание	Оценка
4. Конфликтующие инструкции (чувствительность к интерференции)	<p>«Ударьте по столу пальцем дважды, когда я ударю один раз».</p> <p>Убедившись, что пациент понял инструкцию, выполните серию из трех постукиваний: 1-1-1.</p> <p>«Ударьте 1 раз, когда я ударю дважды».</p> <p>Чтобы удостовериться, что пациент понял инструкции, сделайте серию из трех попыток: 2-2-2. Исследователь выполняет следующую серию: 1-1-2-1-2-2-1-1-2.</p>	<p>Нет ошибок – 3 балла</p> <p>Одна или две ошибки – 2 балла</p> <p>Более 2 ошибок – 1 балл</p> <p>Пациент выстукивает, как исследователь, 4 раза и более – 0 баллов.</p>
5. Реакция выбора (тормозной контроль)	<p>«Ударьте один раз, когда я ударю один раз».</p> <p>Чтобы удостовериться в том, что пациент понял инструкцию, проводится серия из 3 попыток: 1-1-1.</p> <p>«Ничего не делайте, если я ударю два раза подряд».</p> <p>Чтобы удостовериться в том, что пациент понял инструкцию, проводится серия из 3 попыток: 2-2-2. Затем исследователь последовательно выстукивает следующую серию: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.</p>	<p>Нет ошибок – 3 балла</p> <p>1–2 ошибки – 2 балла</p> <p>Более 2 ошибок – 1 балл</p> <p>Пациент выстукивает, как исследователь, 4 раза и более – 0 баллов</p>

Таблица 21 (окончание)

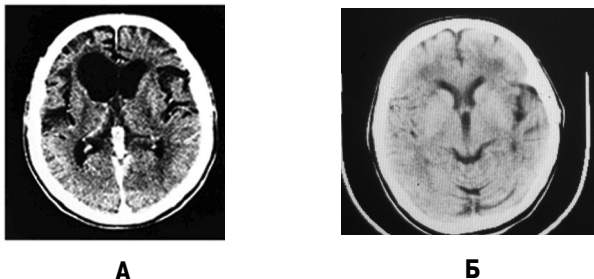
Тесты	Задание	Оценка
6. Полевое поведение	Исследователь сидит перед пациентом. Положите кисти пациента на его колени ладонями вверх. Ничего не говоря и не смотря на пациента, исследователь подносит свои кисти к кистям пациентам и касается его ладоней сразу с двух сторон, чтобы увидеть, не будет ли пациент спонтанно схватывать. Если пациент схватывает руки исследующего, тест следует повторить, предупредив пациента: «А теперь не обхватывайте мои руки».	Пациент не схватывает руки исследователя – 3 балла Пациент сдерживается и спрашивает, что он должен делать – 2 балла Пациент импульсивно схватывает руки – 1 балл Пациент схватывает руки исследователя даже после того, как получил инструкцию не делать этого – 0 баллов
Суммарная оценка	16–18 баллов – нормальная лобная функция, 12–15 баллов – умеренная лобная дисфункция, <12 баллов – выраженная лобная дисфункция.	





**Рис. 7.** Алгоритм нозологической диагностики деменции (БКЯ – болезнь Крейтцфельда–Якоба, АВЭ – аутоиммунная воспалительная энцефалопатия, ЗПН – зрительно-пространственные нарушения).

- наличие эпилептических припадков,
- признаки возможного объемного внутричерепного поражения (указание на злокачественное новообразование или травму в анамнезе, прием антикоагулянтов, нарастающая головная боль, застойные диски зрительных нервов при офтальмоскопии и т.д.).



**Рис. 11.** КТ головного мозга пациентов с лобновисочной деменцией (А) и семантической деменцией (Б). На томограмме А обращает внимание выраженная атрофия лобных и передних отделов височных долей с асимметричным расширением передних рогов, на томограмме Б – более избирательная атрофия височной доли слева.

## Глава 3

# Лечение деменции

### 3.1. Базисная терапия деменции

Возможности этиопатогенетической терапии деменции по-прежнему ограничены (за исключением сравнительно редко встречающихся потенциально обратимых деменций), и нет доказанных методов лечения, которые бы влияли на выживаемость больных с наиболее распространенными формами деменции. Тем не менее, с помощью современных методов лечения, которые можно включить в «базисную терапию деменции», появилась возможность влиять на некоторые аспекты долгосрочного прогноза заболевания, например, момент помещения пациента в учреждение по уходу.

Под *базисной терапией* следует понимать методы лечения, способные ограничивать дальнейшее повреждение мозга и/или обеспечивающие длительную стабилизацию или, по меньшей мере, замедление снижения психических функций в условиях прогрессирующего патологического процесса. В конечном итоге это позволяет более длительно поддерживать бытовую независимость больного и отсрочить момент развития его беспомощности, поздних поведенческих нарушений и госпитализацию в психиатрические учреждения, снизить нагрузку по уходу для родственников и социальных служб.

Предупреждение дальнейшего повреждения головного мозга основывается на этиопатогенетической терапии

и возможно при обратимых или частично обратимых деменциях, в том числе при сосудистой деменции. Адекватная коррекция артериальной гипертензии и других сосудистых факторов риска, назначение антиагрегантов или антикоагулянтов способны предупредить развитие дополнительного повреждения мозга и тем самым улучшить долгосрочный прогноз. При нейродегенеративных заболеваниях перспективы этиопатогенетической терапии связаны с возможностью воздействия на различные этапы дегенеративного процесса. Так, при БА наиболее близки к внедрению в клиническую практику средства, противодействующие накоплению амилоида в веществе мозга за счет активной или пассивной иммунизации, причем одним из условий их эффективности является максимально раннее начало лечения, в идеале – на преддементной стадии. Более отдаленную клиническую перспективу имеют средства, противодействующие патологическому фосфорилированию и накоплению тау-протеина.

Второе направление базисной терапии может осуществляться путем применения как патогенетических, так и симптоматических средств, способствующих улучшению и длительной стабилизации когнитивных функций и функционального статуса пациентов, несмотря на возможное дальнейшее прогрессирование патологического процесса.

Базисная терапия зависит от этиологии заболевания (см. табл. 46).

Из большого ряда препаратов, применяемых в настоящее время для лечения когнитивных нарушений (см. табл. 47), к средствам базисной терапии могут быть отнесены только две группы средств: 1) ингибиторы холинэстеразы, 2) модулятор глутаматных NMDA-рецепторов мемантин.

**Таблица 46. Методы базисной терапии при деменции различной этиологии**

<b>Заболевание</b>	<b>Методы лечения</b>
Болезнь Альцгеймера	Ингибиторы холинэстеразы (ИХЭ), мемантин (Марукса, Акатинол Мемантин)
Сосудистая деменция	Гипотензивные средства, статины, антиагреганты, антикоагулянты, ИХЭ, мемантин
Смешанная деменция	Те же
Деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона с деменцией	ИХЭ, мемантин (Марукса, Акатинол Мемантин)
Алкогольная деменция	Отказ от употребления алкоголя, сбалансированная диета, длительный прием витаминов В, ИХЭ (?), мемантин (?)
Нормотензивная гидроцефалия	Шунтирующая операция (вентрикулоперитонеальное или иное шунтирование)
Опухоль	Оперативное лечение, лучевая и/или химиотерапия
Метаболические энцефалопатии	Коррекция метаболического или гормонального дефицита или дисбаланса
Нейросифилис	Пенициллин
Гепатолентикулярная дегенерация	D-пеницилламин, препараты цинка
Болезнь Гентингтона	Мемантин (?), коэнзим Q10 (?)
Рассеянный склероз	Интерфероны и другие иммуномодуляторы (?), ИХЭ (?)
Церебральный васкулит, аутоиммунные энцефалопатии	Кортикостероиды, цитостатики, в/в иммуноглобулин

В отличие от других препаратов, эффективность ингибиторов холинэстеразы и мемантина (например, Марукса) показана в ряде масштабных международных многоцентровых 6-месячных плацебо-контролируемых исследований, причем продемонстрирована четкая клиническая значимость эффекта, который заключался не только в статистически значимом усилении когнитивных функций,