

Когнитивные расстройства: критерии диагностики



Всем пациентам с когнитивными нарушениями (КН) в обязательном порядке необходимы:

- ♦ проведение развернутого общего анализа крови с определением уровня эритроцитов и гемоглобина – для исключения микро- и макроцитарной анемии;
- ♦ анализ скорости оседания эритроцитов, лейкоцитарной формулы – для исключения воспалительных реакций;
- ♦ определение уровня электролитов (натрий, кальций, калий), глюкозы, печеночных ферментов, креатинина, мочевины, гормонов щитовидной железы (свободного тироксина и тиреотропного гормона), серологическое исследование крови на сифилис;
- ♦ определение концентрации витамина В₁₂ и/или фолиевой кислоты в сыворотке крови: дефицит витамина В₁₂ и/или фолиевой кислоты – один из важных факторов развития нервно-психических расстройств, отмечается у 3% лиц среднего возраста и более чем у 10% пациентов старше 70 лет.

Первым этапом

необходимо подтвердить у пациента наличие большого или малого когнитивного расстройства – КР (термины эквивалентны понятиям «деменция» и «умеренное КР»).

Предполагаемые критерии малого КР и большого КР (деменции) учитывают существование не только сосудистой деменции, но и недементных сосудистых КР – СКР.

Малое КР:

- А** Приобретенное снижение от задокументированного или предполагаемого более высокого уровня функционирования в одном или более когнитивных доменах, что подтверждается:
 - ♦ жалобами пациента, хорошо знакомого с ним постороннего лица или врача на умеренное снижение когнитивного функционирования от исходного более высокого уровня. Обычно жалобы касаются трудностей, связанных с выполнением поставленных задач или необходимостью использования компенсационных стратегий;
 - ♦ признаками умеренного дефицита при объективной оценке когнитивной сферы (проведении стандартного нейропсихологического обследования или аналогичном способе клинической оценки) в одном или более когнитивных доменах. При использовании валидированных методов нейропсихологического исследования, как правило, результаты на 1–2 стандартных отклонения ниже принятых норм.
- Б** Имеющееся когнитивное снижение недостаточно велико для того, чтобы оказывать влияние на социальную и бытовую независимость пациента (что означает сохранность инструментальной повседневной активности), однако поддержание независимости требует больших усилий, вспомогательных приемов или приспособлений.

Деменция или большое КР:

- А** Признаки выраженного когнитивного снижения от известного или предполагаемого более высокого уровня в одном или более когнитивных доменах. Когнитивное снижение подтверждается:
 - ♦ жалобами пациента, хорошо знакомого с ним постороннего лица или врача на значимое ухудшение специфических способностей;
 - ♦ несомненным значимым дефицитом при проведении объективной оценки когнитивной сферы (путем стандартного нейропсихологического обследования или аналогичного способа клинической оценки) в одном или более когнитивных доменах. Как правило, снижение превышает два стандартных отклонения.
- Б** КН оказывают негативное влияние на независимость пациента (например, пациенту требуется хотя бы минимальная посторонняя помощь в выполнении сперва более сложных повседневных дел, включая решение финансовых вопросов или прием лекарственных препаратов).

Критерии преимущественно сосудистой этиологии КН

А Один из следующих клинических признаков:

1. Возникновение КН по времени связано с одним или более эпизодами острого нарушения мозгового кровообращения – ОНМК. (Начало, как правило, острое со ступенеобразным нарастанием или волнообразным изменением тяжести дефицита в рамках повторных сосудистых эпизодов; когнитивный дефицит сохраняется в течение более чем трех месяцев после очередного эпизода ОНМК. При «подкорковом» варианте СКР клиническая картина может иметь стертое начало с медленным прогрессированием.) ОНМК подтверждается при наличии хотя бы одного из следующих пунктов:

- ◆ Указания на перенесенный инсульт в медицинской документации с упоминанием о его временной связи с появлением КН
- ◆ Клинические признаки, согласующиеся с перенесенным инсультом (например, гемипарез, слабость нижней порции мимических мышц, симптом Бабинского, чувствительные нарушения, включая дефекты полей зрения, псевдобульбарный синдром – центральный парез мышц лица, языка и глотки, спастическая дизартрия, нарушения глотания и недержание аффекта).

2. При отсутствии данных в пользу инсульта или транзиторной ишемической атаки в анамнезе дефект наиболее выражен со стороны скорости обработки информации, внимания и/или лобных регуляторных функций.

Дополнительно присутствует хотя бы один из следующих симптомов:

- ◆ Раннее присоединение нарушений ходьбы (походка мелкими шажками по типу *marche à petits pas*, а также намагниченная, паркинсоническая походка или апраксия ходьбы); подобные нарушения могут манифестировать с неустойчивости и частых неспровоцированных падений.
- ◆ Раннее присоединение недержания мочи, императивных позывов на мочеиспускание и других нарушений мочеиспускания в отсутствие урологических заболеваний.
- ◆ Личностные или эмоциональные расстройства: абулия, депрессия или недержание аффекта.

Б Значимые нейровизуализационные (по данным магнитно-резонансной – МРТ или компьютерной томографии – КТ головного мозга) признаки цереброваскулярного заболевания (одно из следующего):

1. Для недементного (малого) СКР достаточно одного инфаркта в бассейне крупной артерии; для развития сосудистой деменции (большого СКР), как правило, необходимо наличие двух или трех крупноочаговых инфарктов.
2. Развитие сосудистой деменции (большого СКР) возможно также при крайне большом объеме инфаркта или его стратегическом расположении (как правило, в области таламусов или подкорковых ганглиев).
3. Множественные лакунарные инфаркты (более двух), не считая области ствола головного мозга; 1–2 лакуны могут стать причиной большого СКР либо при их стратегическом расположении, либо при сочетании с грубыми изменениями белого вещества.
4. Выраженные диффузные изменения белого вещества (лейкоэнцефалопатия).
5. Стратегически расположенное внутримозговое кровоизлияние либо два или более внутримозговых кровоизлияния.
6. Комбинация перечисленных выше признаков.

Критерии исключения (для малых и больших СКР)**1. Анамнез:**

- ◆ Раннее присоединение нарушений памяти и прогрессирующее нарастание дефекта со стороны памяти и таких когнитивных функций, как речь (транскортикальная сенсорная афазия), двигательных навыков (апраксия) и восприятия (агнозия) в отсутствие соответствующих очаговых нейровизуализационных изменений или типичного сосудистого анамнеза.
- ◆ Раннее возникновение выраженного синдрома паркинсонизма, типичного для деменции с тельцами Леви.
- ◆ Анамнез, крайне характерный для какого-либо другого первично неврологического заболевания, такого как рассеянный склероз, энцефалит, токсическая или метаболическая энцефалопатия и т.д., достаточного для объяснения имеющихся КН.

2. Нейровизуализация:

- ◆ Отсутствие очаговых изменений при КТ или МРТ головного мозга либо их минимальная выраженность.

3. Другое тяжелое сопутствующее заболевание, достаточное для развития нарушений памяти и прочих симптомов:

- ◆ Другие заболевания, которые при достаточной тяжести могут стать причиной КН, например опухоль головного мозга, рассеянный склероз, энцефалит.
- ◆ Большое депрессивное расстройство с наличием временной взаимосвязи между появлением когнитивного дефекта и вероятного развития депрессии.
- ◆ Токсические и метаболические нарушения, подтвержденные путем специфического клинико-лабораторного обследования.

Литература

1. Ткачева О.Н., Чердак М.А., Мхитарян Э.А. Обследование пациентов с когнитивными нарушениями. РМЖ. 2017; 25: 1880–3.
2. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. 2020.