

## ОБСЛЕДОВАНИЕ И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**О. Ткачева**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,

**Э. Мхитарян**<sup>1,2</sup>, кандидат медицинских наук,

**Т. Маневич**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup>ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

<sup>2</sup>НИО неврологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

(Сеченовский Университет)

**E-mail:** melen99@mail.ru

*Когнитивные расстройства (КР) – одно из нарушений, наиболее распространенных среди лиц пожилого и старческого возраста. Распространенность всех недементных КР у людей старше 80 лет достигает, по некоторым данным, от 40 до 80%. Приводится алгоритм диагностики КР и ведения таких пациентов.*

**Ключевые слова:** неврология, когнитивные функции, недементные когнитивные расстройства, деменция, базисная и симптоматическая терапия.

Одно из наиболее частых расстройств у лиц пожилого и старческого возраста – нарушение когнитивных функций (КФ) – наиболее сложных функций головного мозга, обеспечивающих процесс познания мира и целенаправленное взаимодействие с ним [1, 2, 6].

К КФ относят:

- *внимание* (способность поддерживать оптимальный уровень психической активности);
- *память* (способность запоминать, сохранять и воспроизводить информацию);
- *праксис* (целенаправленная двигательная активность);
- *гнозис* (восприятие информации, поступающей от органов чувств);
- *речь* (понимание обращенной речи, построение собственной речи, чтение и письмо);
- *управляющие функции* (способность управлять своим поведением и познавательной деятельностью, выполнять поставленные задачи).

Под когнитивными расстройствами (КР) понимают субъективное и (или) объективно выявляемое ухудшение КФ по сравнению с исходным индивидуальным и (или) средними возрастными и образовательными уровнями вследствие органической патологии головного мозга и нарушения его функции разной этиологии, влияющее на эффективность обучения, профессиональной, социальной и бытовой деятельности.

КР – одно из нарушений, наиболее распространенных среди лиц пожилого и старческого возраста. Они негативно влияют на качество жизни как самого пациента, так и его ближайшего окружения [1–6].

### ВИДЫ КР

Среди КР выделяют субъективные, легкие, умеренные и тяжелые [5]. Субъективные, легкие и умеренные КР относят к недементным; к тяжелым КР относят делирий и деменцию.

При субъективных КР жалобы пациентов на нарушения памяти не подтверждаются при детальном нейропсихологическом тестировании. Субъективные КР долгое время считали проявлением преимущественно тревожных расстройств или вариантом нормы. Исследования показали, что в ряде случаев субъективные, не подтвержденные клинически КР в пожилом и старческом возрасте могут быть самым ранним проявлением болезни Альцгеймера (БА) [8]. Считается, что на начальных стадиях этого заболевания выраженность симптомов настолько мала, что при нейропсихологическом тестировании не удается их выявить.

При легких КР отклонения показателей нейропсихологических шкал от нормы незначительны, однако больные могут осознавать снижение когнитивных способностей по сравнению с их исходным уровнем. Легкие КР не снижают повседневную активность, даже в наиболее сложных ее формах [7].

Умеренные КР представляют собой клинически очерченный синдром. Пациенты, как правило, предъявляют жалобы на ухудшение памяти, внимания, мышления и других КФ, которое подтверждается при нейропсихологическом исследовании и замечается окружающими. Однако пациент сохраняет независимость и самостоятельность в повседневной жизни, хотя могут отмечаться затруднения при реализации сложных видов когнитивной деятельности.

Выделяют 4 вида умеренных КР [9]: со страданием одной (монофункциональный тип) или нескольких (полифункциональный тип) КФ и с преимущественным нарушением памяти (амнестический) и без него (неамнестический); см. рисунок. Умеренные КР со временем могут приобретать более тяжелые формы. Частота перехода умеренных КР в деменцию, по данным разных исследований, составляет 10–15 % в год, а в течение 5 лет деменция развивается у 70% пациентов.

В отличие от делирия, КР при деменции возникают на фоне ясного сознания. Деменция оказывает значимое негативное влияние на повседневную активность пациента, нарушая его самообслуживание. Тяжелые КР являются одной из ведущих причин формирования зависимости и институализации пожилых людей во всем мире; они оказывают физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие на семьи пациентов и общество в целом [3–6, 10], что обуславливает важность ранней диагностики и правильного анализа характера и выраженности КР у каждого конкретного пациента.

Значимое отличие деменции от недементных КР – снижение повседневной функциональной активности и формирование зависимости от помощи окружающих. Степень зависимости может быть разной, на этом основании выделяют легкую, умеренную и тяжелую степень деменции.

На стадии легкой деменции помощь требуется при выполнении таких манипуляций, как управление финансами, дозировка лекарств и др. На стадии тяжелой деменции пациенты полностью зависимы от окружающих даже при выполнении таких простых операций, как одевание или процедуры личной гигиены.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

По статистике, от 3 до 20% лиц старше 65 лет страдают тяжелыми КР в виде деменции. С увеличением возраста на

каждые 5 лет распространенность деменции удваивается, составляя в возрасте 90 лет и старше >40% [4, 6]. Распространенность умеренных КР в мире среди лиц старше 65 лет составляет от 3 до 44%; распространенность всех недементных КР у людей старше 80 лет еще больше – от 40 до 80% в зависимости от возраста [10, 11–13].

### ОБРАТИМЫЕ КР

Существуют заболевания и состояния, которые могут привести к развитию потенциально обратимых КР [4, 6, 10]. К ним относятся гипо- и гипертиреоз, дефицит витамина В<sub>12</sub>, нейросифилис, злоупотребление алкоголем, нормотензивная гидроцефалия, опухоли головного мозга, внутричерепные гематомы, прием некоторых лекарств и др. Ввиду возможности наличия обратимых КР необходимы их своевременная нозологическая диагностика и раннее начало лечения.

### ДИАГНОСТИКА

Диагностика КР сложна и требует тщательной оценки истории болезни, клинической картины и характера течения заболевания. Самая важная цель – выявить болезнь как можно раньше. В связи с этим каждый пожилой пациент с жалобами на нарушения памяти, которые мешают ему в быту, должен быть обследован.

**Рекомендуемые клинические и лабораторные исследования при наличии КР:**

- общие анализы крови и мочи;
- биохимический анализ крови (на электролиты, кальций, глюкозу, показатели функции печени и почек, липидный спектр);
- анализ крови на гормоны щитовидной железы (Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, тиреотропный гормон – ТТГ);
- определение содержания витамина В<sub>12</sub> и фолиевой кислоты;
- компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга;
- серологическое исследование на сифилис и ВИЧ-инфекцию (только при дебюте в молодом возрасте);
- исходя из клинической картины, определяют необходимость рентгенографии грудной клетки, ЭКГ, дуплексного сканирования магистральных артерий головы;
- исследование цереброспинальной жидкости при быстропрогрессирующей деменции (Крейтцфельда–Якоба), а также для определения маркеров БА;
- электроэнцефалография (ЭЭГ) не должна применяться в качестве рутинного метода для диагностики деменции; в качестве диагностического исследования ЭЭГ необходимо провести при наличии делирия, подозрении на болезнь Крейтцфельда–Якоба или сочетании деменции и эпилептических приступов.

Лабораторные исследования в основном применяются для исключения метаболических и структурных повреждений головного мозга. В обязательном порядке у всех пациентов необходимы развернутый общий анализ крови с определением уровня эритроцитов и гемоглобина (например, при В<sub>12</sub>-дефицитной анемии наблюдаются макроцитоз и повышение содержания гемоглобина), скорости оседания эритроцитов (СОЭ) для исключения воспалительного поражения; определение уровня электролитов (натрий, кальций, калий), глюкозы, печеночных ферментов, креатинина, содержания гормонов щитовидной железы (свободного Т<sub>4</sub> и ТТГ), витамина В<sub>12</sub> и фолатов.

При развитии деменции неясной этиологии у молодых пациентов требуется более детальное обследование: на ВИЧ-инфекцию и серологическое исследование крови на сифилис.

ЭЭГ не обладает особой диагностической значимостью. Она необходима только при подозрении на эпилептические приступы и при быстром прогрессировании когнитивного дефицита для исключения болезни Крейтцфельда–Якоба. При самой частой форме деменции – БА – на ЭЭГ выявляются лишь неспецифические изменения в виде замедления биоэлектрической активности мозга.

При наличии сосудистых факторов риска (сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия) для исключения сосудистого поражения головного мозга необходимо кардиологическое обследование с проведением ЭКГ и ЭхоКГ, а также исследование магистральных сосудов головы с помощью дуплексного или триплексного сканирования. С появлением методов двухмерного (дуплексного) и трехмерного (триплексного) сканирования сосудов ультразвуковая доплерография утратила свою диагностическую значимость.

Наиболее широко для диагностики деменции используются КТ и МРТ. Их применение обязательно при обследовании всех больных, страдающих деменцией, прежде всего потому, что эти методики дают возможность выявить иные заболевания или повреждения головного мозга (опухоль, субдуральная гематома, гидроцефалия, инсульт), которые могут быть ответственны за развитие нарушений.

Для объективизации КР необходимо нейропсихологическое тестирование [3–7]. Исследование КФ должно включать в себя изучение основных когнитивных сфер:

- ориентировка в месте, времени и собственной личности; пациента просят назвать дату, место нахождения и сообщить информацию о себе;
- память; необходимо оценивать память как на недавние, так и на отдаленные события; для оценки кратковременной памяти больного просят повторить и запомнить несколько не взаимосвязанных между собой слов, а затем воспроизвести их через 3–5 мин, для оценки памяти на отдаленные события – рассказать о своей жизни: назвать дату рождения, учебное заведение, которое окончил, место работы, рассказать о членах своей семьи;
- праксис; для оценки праксиса следует попросить пациента выполнить несколько целенаправленных действий (например, показать, как застегивают пуговицы и др.);
- зрительно-пространственные функции; весьма информативны пробы на рисование сложных геометрических фигур; просят нарисовать трехмерный куб или круглые часы с цифрами на циферблате и отметить на них стрелками определенное время;
- речь; во время беседы с пациентом оценивают его речевую активность, беглость речи (число слов, произносимых за единицу времени), понимание обращенной к нему речи; можно также попросить повторить за врачом отдельные слова или фразы; беглость речи оценивается и с помощью теста на литеральные (число слов на букву «с» за 1 мин) и категориальные ассоциации (число

названных за 1 мин животных); номинативную функцию речи исследуют, показывая пациенту разные предметы, которые он должен назвать;

- гнозис; исследуется способность к правильному восприятию предъявленной информации; например, при наличии нарушений гнозиса (агнозии) пациент не может не просто назвать предъявленный предмет, но и объяснить его предназначение;
- интеллект; для оценки интеллектуальных процессов исследуют способность к обобщениям, выявлению сходств и различий, построению умозаключений; весьма информативна проба на поиск обобщающего понятия: например, пациента просят объяснить, что общего между яблоком и грушей или столом и стулом и т.д.

Объем исследования и выбор конкретных методик определяется целью исследования и особенностями клинического случая. Существуют скрининговые шкалы, с помощью которых выявляют наличие или отсутствие КР. Для скрининга чаще всего используют следующие тесты:

- тест рисования часов [14];
- mini-Cog (запоминание 3 слов и рисование часов) [15];
- литеральные и категориальные ассоциации (предлагается за 1 мин назвать как можно больше слов на букву «с», за другую минуту – растения или животных) [3];
- тест на запоминание и воспроизведение 5 слов с семантическим кодированием [3].

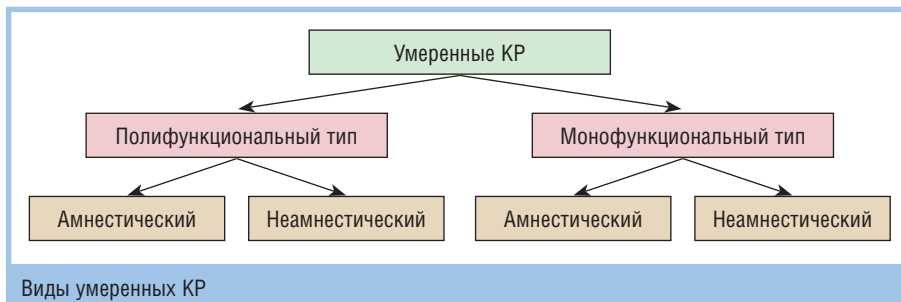
Для выявления степени тяжести, характера и причины нарушений необходимо более детальное нейропсихологическое обследование. Больших временных затрат требует использование таких тестов, как Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE) [16] и Монреальская шкала оценки КФ (Montreal Cognitive Assessment) [17].

Они применяются не только в качестве скрининговых инструментов, но и для отслеживания динамики КР.

Таким образом, нейропсихологическое тестирование позволяет выявить, количественно и качественно оценить нарушения памяти, интеллектуальных операций, речи, праксиса, гнозиса, письма и чтения. При этом оцениваются не только наличие нарушений, но и их влияние на повседневную активность.

Лабораторное обследование с нейровизуализацией, а также результаты нейропсихологического исследования дают возможность подтвердить или опровергнуть дизметаболический характер нарушений. При своевременно поставленном диагнозе дизметаболические КР могут быть полностью устранены, а при длительном течении способны привести к необратимым повреждениям головного мозга.

Обратимые или частично обратимые деменции чаще встречаются у лиц до 65 лет, чем у пожилых. Поэтому необ-



ходимо тщательное обследование больных с деменцией, особенно молодых, для выявления обратимости процесса.

У всех пациентов с КР необходимо исследовать также эмоционально-аффективную сферу с помощью как клинических методов, так и психометрических шкал. Депрессия может приводить к вторичным КР. Лечение антидепрессантами положительно влияет на когнитивную сферу. Возможно сочетание эмоциональных расстройств и КР. В этом случае речь идет уже о параллельно протекающих нервно-психических расстройствах.

КР, возникающие на фоне нарушенного сознания, могут возникнуть при делирии. Делирий – острое состояние спутанности сознания, сопровождающееся выраженными КР. Заподозрить делирий следует во всех случаях острого или подострого развития КР и при наличии заметных колебаний выраженности расстройств, например, в зависимости от времени суток. Делирий сопровождается дезориентировкой в месте и времени, психомоторным возбуждением и психопродуктивной симптоматикой в виде бреда и галлюцинаций. Однако для его диагностики указанные признаки не обязательны, обязательно наличие выраженных КР, связанных со спутанностью сознания.

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Важны сбор данных об истории болезни и ее оценка. Нередко сами пациенты не могут сообщить эти сведения из-за недооценки своего состояния, снижения критики к нему, нарушений памяти. В связи с этим большое значение имеет беседа с близкими больного. Необходимо выявить первоначальные симптомы начала болезни; например, при нарушениях памяти преимущественно на недавние события следует исключить БА; поведенческие нарушения на начальном этапе заболевания могут указывать на лобную деменцию. При оценке истории болезни следует обратить внимание на степень прогрессирования нарушений высших мозговых функций. Медленно прогрессирующее течение отмечается при так называемых дегенеративных деменциях (БА, деменция лобного типа и т.д.). Острое или подострое начало с периодами стабилизации характерно для сосудистых, метаболических, воспалительных и токсических поражений центральной нервной системы. Необходимо также обратить внимание на наследственность больного. Следует уточнить, не было ли в семье или среди родственников больных с нарушениями памяти, поведения, болезнью Дауна.

В истории жизни надо обращать внимание на профессию пациента и выполняемую работу; в частности, вредная работа, связанная с солями тяжелых металлов, также может привести к нарушениям высших мозговых функций. Необходимо также исключить наличие тяжелой патологии со стороны внутренних органов, способной вызвать развитие диметаболической деменции. Пациент должен сообщить обо всех принимаемых лекарственных средствах, так как некоторые из них также могут являться причиной возникновения деменции.

Важное значение имеет наличие у больного психотических симптомов, таких как галлюцинации (когда больные слышат или видят несуществующих людей), что характерно для деменции с тельцами Леви и поздних стадий БА.

### ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КР

Принципами ведения пациентов с КР являются [1, 4, 6]:

- ранняя диагностика и начало терапии;
- обследование для исключения «обратимых» причин КР;
- постановка нозологического диагноза.

Основная цель ведения лиц с недементными КР – профилактика их прогрессирования (профилактика деменции).

В первую очередь необходимо использовать немедикаментозные методы коррекции – когнитивный тренинг и физические упражнения.

Необходимо также коррекция сердечно-сосудистых, дисметаболических нарушений, депрессии и назначение нейропротективной терапии.

Медикаментозная терапия деменции состоит из базисной и симптоматической. К средствам базисной терапии относятся препараты, обеспечивающие стабилизацию/замедление снижения КФ:

- ингибиторы ацетилхолинэстеразы (ИАХЭ) – донепезил, ривастигмин и галантамин;
- ингибитор глутаматных NMDA-рецепторов – акаринол мемантин.

Положительное действие базисных препаратов проявляется улучшением памяти или стабилизацией ее нарушений, улучшением или стабилизацией других КФ, регрессом поведенческих нарушений, снижением зависимости от окружающих.

Все 3 ИАХЭ обладают сопоставимой эффективностью. При отсутствии положительного действия на один антихолинэстеразный препарат его следует заменить другим из той же группы; при этом можно получить значительно больший эффект, так как существуют индивидуальные варианты терапевтического ответа на разные лекарственные средства.

При достижении удовлетворительного терапевтического эффекта назначенный препарат оставляют в ряде случаев для пожизненного приема. Как правило, достигнутое в начале терапии улучшение сохраняется в течение года. Затем в силу естественного прогрессирования заболевания возможно нарастание выраженности когнитивных и других нервнopsихических расстройств. Отмена препарата допустима лишь на стадии тяжелой деменции, когда нет уверенности в его эффективности.

Учитывая большой спектр побочных действий ИАХЭ, особое внимание следует обратить на наличие у пациентов заболеваний печени, синдрома слабости синусового узла, брадикардии, бронхиальной астмы, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, эпилепсии. ИАХЭ противопоказаны при тяжелой почечной и печеночной недостаточности, а также полной атриовентрикулярной блокаде, в связи с чем перед их назначением необходима регистрация ЭКГ.

Ингибитор глутаматных NMDA-рецепторов акаринол мемантин обладает лучшей переносимостью, не влияет на частоту сердечных сокращений, может быть использован при наличии патологии печени и почек, не вызывает желудочно-кишечных расстройств.

В 2015 г. японскими учеными [18] был проведен метаанализ 9 рандомизированных двойных слепых плацебоконтролируемых исследований с участием 2433 пациентов с БА различной степени тяжести. При анализе было выявлено, что, кроме улучшения КФ, акаринол также оказывал положительное влияние на повседневную активность и поведенческие нарушения. При этом превосходство над плацебо не зависело от степени тяжести деменции. Пациенты, принимающие акаринол мемантин, в 3 раза реже прекращали прием препарата по причине побочных действий, чем плацебо.

Назначение акаринола мемантина оправдано на любой стадии тяжести деменции. На стадии тяжелой деменции при сохранности элементарных навыков самообслуживания необходимо продолжить лечение акаринолом.

# АКАТИНОЛ.

Если дальше  
не вяжется.

## Проверено временем

Акатинол – эффективный и безопасный препарат для лечения деменции.

Производится в Германии.

## Доказано исследованиями

Акатинол улучшает состояние пациента при:

- когнитивных нарушениях
- снижении повседневной активности
- поведенческих расстройствах
- проблемах общения

Безопасен при длительном применении.



ООО «Мерц Фарма»: 123317, Москва,  
Пресненская наб., 10,  
блок С «Башня на набережной».  
Тел.: (495) 653 8 555  
Факс: (495) 653 8 554  
[www.merz.ru](http://www.merz.ru); [www.memini.ru](http://www.memini.ru)



Акатинол Мемантин. Регистрационный номер: П N014961/01, ЛП-000652, ЛП-001433. Показания к применению: Деменция альцгеймеровского типа, сосудистая деменция, смешанная деменция всех степеней тяжести. Противопоказания: Индивидуальная повышенная чувствительность к препарату, выраженные нарушения функции почек, беременность, грудное вскармливание, дети до 18 лет (в связи с недостаточностью данных). Способ применения и дозы: Назначают в течение 1-й недели терапии в дозе 5 мг/сут, в течение 2-й недели – в дозе 10 мг/сут. В течение 3-й недели – в дозе 15 мг/сут, начиная с 4-й недели – 20 мг/сут. Побочное действие: Часто встречаются: головная боль, сонливость, одышка, запор, головокружение. Форма выпуска: Таблетки 10 мг, № 30, 90, Набор таблеток 5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг № 28. Таблетки 20 мг, № 28, 56, 98. Производитель: «Мерц Фарма ГмбХ и Ко. КГаА», D-60318, Германия, Франкфурт-на-Майне.\*

\* Полная информация о препарате – в инструкции по медицинскому применению. Для специалистов здравоохранения. Реклама

В последнее время появляются все новые данные о большей эффективности комбинированной терапии (сочетанный прием ИАХЭ и акатинола), чем монотерапии. Считается, что при этом усиливается эффективность и улучшается переносимость препаратов, существенно улучшаются КФ, повседневная активность и снижается выраженность поведенческих нарушений, возбуждения и агрессии. При уменьшении эффективности монотерапии целесообразно назначать комбинированную терапию.

При появлении у пациентов с деменцией психотических расстройств (бред, галлюцинации, делирий), агрессивного поведения, возбуждения необходимо исключить присоединение острых или декомпенсацию хронических заболеваний, а также нежелательные эффекты медикаментозной терапии.

Для коррекции поведенческих и психических нарушений в первую очередь должны применяться немедикаментозные методы – регулярная физическая активность, музыкальная терапия; необходимы и беседы с родственниками.

Лечение поведенческих и психических расстройств необходимо начинать с препаратов базисной терапии (ИАХЭ и акатинола). Антипсихотические препараты следует использовать только при неэффективности максимальных доз препаратов базисной терапии и немедикаментозных мероприятий, а также когда исключены соматические причины развития психических симптомов или их связь с приемом лекарственных препаратов. Необходимо назначение атипичных нейролептиков (кветиапин и рисперидон в минимальных дозировках). Применение типичных нейролептиков (хлорпротексен, галоперидол и т.д.) нежелательно.

При нарушениях сна начинать лечение также необходимо с назначения базисных противодеметических препаратов. Доказано, что их применение помогает нормализовать сон на патогенетическом уровне. При недостаточной эффективности базисных препаратов рекомендуются соблюдение режима сна и прием препаратов мелатонина медленного высвобождения.

При наличии депрессии оправдано назначение антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

В среднем время от постановки диагноза деменции до смерти пациента составляет около 5 лет. Применение подхода, основанного на тщательной коррекции сопутствующих заболеваний на ранней стадии деменции, может способствовать замедлению прогрессирования когнитивного снижения.

## Литература

1. Захаров В.В. Когнитивные расстройства без деменции: классификация, основные причины и лечение // Эффективная фармакотерапия. Неврология. – 2016; 1 (1): 22–30.
2. Захаров В.В. Возрастные когнитивные нарушения. Под ред. Н.Н. Яхно / М.: Servier, 2004; 12 с.

3. Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. Нервно-психические нарушения: Диагностические тесты / М.: МЕДпресс-информ, 2014; 320 с.
4. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / М.: МЕДпресс-информ, 2010; 256 с.
5. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Неврол. журн. – 2006; 11 (Прил. 1): 4–12.
6. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Деменции: Руководство для врачей. 3-е изд. / М.: МЕДпресс-информ, 2011; 264 с.
7. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. Нарушения памяти и внимания в пожилом возрасте // Журн. неврол. и психиат. – 2006; 106 (2): 58–62.
8. Jessen F., Amariglio R., van Boxtel M. et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease // Alzheimer's Dement. – 2014; 10 (6): 844–52.
9. Petersen R., Touchon J. Consensus on mild cognitive impairment. Research and practice in Alzheimer's disease // E.A.D.C./A.D.C.S. Joint meeting. – 2005; 10: 24–32.
10. Dementia: a public health priority / WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2012.
11. Захаров В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте (ПРОМЕТЕЙ) // Неврол. журн. – 2006; 11 (2): 27–32.
12. Luck T., Riedel-Heller S., Kaduszkiewicz H. et al. Mild Cognitive Impairment in General Practice: Age-Specific Prevalence and Correlate Results from the German Study on Ageing, Cognition and dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe) // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. – 2007; 24: 307–16.
13. Moatassema A., Mousa S., Khater M. et al. Prevalence of mild cognitive impairment among older adults living in Mansoura city // Egypt Middle East Current Psychiatry. – 2012; 19 (1): 3–7.
14. Huntzinger J., Rosse R., Schwartz B. et al. Clock drawing in the screening assessment of cognitive impairment in an ambulatory care setting: a preliminary report // Gen Hosp. Psychiatry. – 1992; 14 (2): 142–4.
15. Borson S., Scanlan J., Chen P. et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample // J. Am. Geriatr. Soc. – 2003; 51: 1451–4.
16. Folstein M., Folstein S., McHugh P. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psychiatr. Res. – 1975; 12: 189–98.
17. Nasreddine Z., Phillips N., Bédirian V. et al. Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment // J. Am. Geriatr. Soc. – 2005; 53: 695–9.
18. Matsunaga S., Kishi T., Iwata N. Memantine Monotherapy for Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis // PLoS One. – 2015; 10 (4): e0123289.

## THE EXAMINATION AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

Professor **O. Tkacheva**<sup>1</sup>, MD; **E. Mkhitarian**<sup>1,2</sup>, Candidate of Medical Sciences; **T. Manevich**<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences

<sup>1</sup>Russian Gerontology Research and Clinical Center, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow

<sup>2</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

*Cognitive impairment (CI) is one of the most common disorders among elderly and senile people. The prevalence of all CIs no dementia in people aged over 80 years is as high as 40 to 80% according to some data. The paper gives an algorithm for the diagnosis of CI and for the management of these patients.*

**Key words:** neurology, cognitive functions, cognitive impairment no dementia, dementia, basic and symptomatic therapy.