

elderly individuals // Nippon Ronen Igakkai Zasshi.- 2006. - Vol. 43, N 1.- P. 102-107.

21. *Srikanth S., Nagaraja A. V., Ratnavalli E. Neuropsychiatric symptoms in dementia: frequency, relationship to dementia severity and comparison in Alzheimer's disease, vascular dementia and frontotemporal dementia*

// J. Neurol. Sci.- 2005.- Vol. 236, P. 43-48.

22. *Staekenborg S. S., Su T., van Straaten E. C. et al. Behavioural and psychological symptoms in vascular dementia; differences between small- and large-vessel disease // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 2010.- Vol. 81, P. 547-551.*

СПЕКТР ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ НА ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ ЗА ДАНИМИ NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

О. А. ЛЕВАДА, А. В. ТРАЛІН

Спектр психопатологічних та поведінкових симптомів був досліджений у 60 пацієнтів з субкортикальною судинною деменцією (ССД), 63 хворих з субкортикальним судинним легким когнітивним порушенням (ССЛКН) і 49 осіб похилого та старечого віку без когнітивних порушень (БКП) за допомогою 12-пунктової Neuropsychiatric Inventory (NPI). Симптоми вважалися наявними при показнику ≥ 1 бала. Усім включеним у дослідження додатково проводили неврологічний, нейропсихологічний огляд, МРТ/КТ головного мозку. Психопатологічні та поведінкові порушення у осіб БКП спостерігалися в 63,27% випадках, при ССЛКП – у 92,06% хворих, при ССД – у 98,33% пацієнтів. У когорті ССД найчастіше спостерігали депресію, апатію, порушення нічної поведінки та зміни харчової поведінки, у пацієнтів ССЛКП – депресію, тривожність, апатію, порушення нічної поведінки, а у осіб БКП – тривожність, дратівливість, депресію, порушення нічної поведінки. Основні психопатологічні зміни клінічної структури етапів розвитку ССД залежали від атрофічних процесів переважно лобово-субкортикальних регіонів головного мозку та ступеня ураження перивентрикулярної і субкортикальної білої речовини. Отримані дані можна використовувати для організації діагностичних та лікувальних заходів у даного контингенту пацієнтів. Шкала NPI є надійним інструментом для оцінки поширеності психопатологічних та поведінкових порушень на етапах розвитку ССД і може застосовуватися в клінічній практиці українських психіатрів.

Ключові слова: субкортикальна судинна деменція, субкортикальне легке когнітивне порушення, психопатологічні та поведінкові симптоми, шкала Neuropsychiatric Inventory

THE SPECTRUM OF PSYCHOPATHOLOGICAL AND BEHAVIORAL SYMPTOMS AT THE STAGES OF FORMATION OF THE SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA ACCORDING TO NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

O. LEVADA, A. TRAILIN

The spectrum of psychopathological and behavioral symptoms was investigated in 60 patients with subcortical vascular dementia (SCVaD), 63 patients with subcortical vascular mild cognitive impairment (SCMCI) and in 49 elderly persons without cognitive impairments (WCI) using the 12-item Neuropsychiatric Inventory (NPI). Symptoms were considered present when the score was ≥ 1 . All recruited persons were additionally undergone to neurological, neuropsychological and MRI/CT assessment. Psychopathological and behavioral symptoms were reported in 63,27% of the WCI persons, in 92,06% of the SCMCI patients and in 98,33% of the SCVaD patients. Depressive symptoms, apathy, night time behavior disturbances and appetite changes were most prevalent in SCVaD cohort. Depressive symptoms, anxiety, apathy, night time behavior disturbances were predominant in SCMCI group. In WCI persons prevalent symptoms were anxiety, irritability, depression, night time behavior disturbances. Predominant psychopathological disturbances at the stages of SCVaD formation depended on atrophic changes of frontal and subcortical cerebral regions and periventricular/subcortical white matter lesion. Obtained data could be used for diagnostic process and management the contingent of elderly patients. NPI could be helpful in the clinical practice for Ukrainian psychiatrists to assessing the psychopathological and behavioral symptoms at the stages of SCVaD formation.

Keywords: subcortical vascular dementia, subcortical vascular mild cognitive impairment, psychopathological and behavioral symptoms, Neuropsychiatric Inventory

УДК 616.89:616.8-07:616.895.4

О. С. Орлова

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Ключевые слова: когнитивные нарушения, аффективные нарушения, деменция, дисциркуляторная энцефалопатия

Актуальность проблемы когнитивных нарушений в современном мире неуклонно растет, что обусловлено новыми демографическими тенденциями, в частности увеличением средней продолжительности жизни, а также медико-социальными аспектами, связанными с нарушением адаптации и работоспособности данной категории пациентов. Поскольку возраст является весомым фактором риска когнитивных и аффективных расстройств, число пациентов с этими нарушениями возрастает одновременно с увеличением числа лиц пожилого населения. Известно, что в 2000 году в мире насчитывалось 20 млн. больных с деменцией. К 2025 году по данным экспертов ВОЗ их число достигнет 35 млн., а к 2050 году – 100 млн. Такая тенденция непосредственно связана со «старением» населения планеты в целом.

Учитывая, что история не знает такого стремительного роста количества дементных больных, некоторыми авторами сложившаяся в конце XX–XXI века ситуация была названа «эпидемией деменции». Не менее актуальна эта проблема и для Украины, где также отмечено прогрессирующее увеличение количества пациентов с тяжелыми когнитивными нарушениями [29]. К тому же в Украине наблюдается сочетание высоких темпов старения населения и при этом отрицательных показателей его воспроизводства, что позволяет признать ее из всех стран СНГ самой «старой».

Развитие деменции представляет серьезную клиническую проблему, поскольку полностью или частично ее обратимые формы составляют не более 10–15% всех случаев деменции (при этом не учитывается так

называемая псевдодеменция при депрессии и некоторых других психиатрических состояниях); большое внимание в настоящее время уделяется более ранним, додементным формам когнитивных расстройств, которые соответственно предшествуют тяжелым необратимым изменениям и являются более перспективными в плане возможности эффективного терапевтического вмешательства, что имеет особое значение для лиц среднего возраста. Как в Украине, так и в других странах ранняя манифестация когнитивных и аффективных нарушений остается наименее изученной на сегодняшний день.

Важно отметить, что вышеописанные тенденции сочетаются также и с нарушением церебрального кровообращения. Хронические прогрессирующие формы церебральной недостаточности сосудистой этиологии принято называть термином «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭП). Именно при ДЭП когнитивные нарушения являются ядром клинической картины, что в совокупности с постепенным ее развитием, часто проходящим через период «скрытого» течения, позволяет рассматривать данную нозологию как перспективную в плане глубинного изучения когнитивных и аффективных нарушений в динамике, а также различных корреляционных связей, возникающих в процессе углубления патологических процессов вплоть до наступления дементного состояния.

Осуществляя научное исследование, важно учитывать, что изначально когнитивные способности взрослых здоровых лиц различны. И о нарушениях когнитивных функций (особенно ранних) можно говорить лишь в тех случаях, когда их снижение происходит по сравнению с исходным уровнем, т. е. по сравнению с индивидуальной нормой одной или нескольких когнитивных функций, таких как память, праксис, гнозис, речь или исполнительные функции.

Важной представляется дифференциация с возрастными изменениями, которые в некоторой степени оказываются сходными с патологическими. Старение также влечет за собой когнитивные расстройства в виде естественного ослабления внимания, кратковременной памяти, дисрегуляторных нарушений, ухудшения показателей вербально-логических, психомоторных и других когнитивных функций, даже при отсутствии клинически-очерченного заболевания головного мозга.

Отмечено, что возрастное ухудшение когнитивных способностей начинается приблизительно с 30-35 летнего возраста, однако наиболее значительные изменения происходят между 45-60 годами. (По определению ВОЗ возрастной интервал 45-59 лет назван средним возрастом). В дальнейшем прогрессирование когнитивных нарушений происходит крайне медленно.

Возрастные изменения головного мозга главным образом затрагивают нейродинамические факторы когнитивных функций. Важнейшей характеристикой возрастных когнитивных нарушений является уменьшение скорости реакции на внешние стимулы. В клинике это проявляется в виде замедленности мнестико-интеллектуальных процессов: пожилому человеку обычно

требуется больше времени для выполнения той или иной умственной работы по сравнению с лицами молодого и среднего возраста. Другим аспектом нейродинамических нарушений является уменьшение способности концентрировать внимание в течение длительного времени. Поэтому пожилые лица быстрее устают и чаще отвлекаются при умственных нагрузках.

С возрастом уменьшается объем оперативной (кратковременной) памяти. Это приводит к тому, что пожилым лицам труднее приобретать новые знания и навыки, чем лицам молодого и среднего возраста, труднее одновременно работать с несколькими источниками информации, что может быть также связано с уменьшением способности быстро переключать внимание.

В то же время возрастные изменения когнитивных функций не затрагивают память о текущих и отдаленных событиях жизни, приобретенные в прошлом навыки, словарный запас, способность к обобщениям и вынесению умозаключений, а также общие знания. Не характерны первичные нарушения гнозиса или праксиса.

В процессе старения индивидуальные различия когнитивных способностей у здоровых лиц еще более усугубляются. Предполагается, что выраженность возрастного снижения зависит от генетических детерминант, перенесенных заболеваний, уровня образования и рода занятий. У определенной части пожилых людей когнитивные способности остаются на уровне, сопоставимом с лицами молодого и среднего возраста. В этих случаях принято говорить о так называемом «успешном» старении. Однако при значительной выраженности возрастных изменений ухудшение когнитивных функций может приобретать клиническую значимость. Нередко возрастные изменения со стороны высших мозговых функций вызывают значительное беспокойство пациента и являются самостоятельной причиной обращения к неврологу. В связи с этим в 1994 году Международной ассоциацией психогериатров при Всемирной организации здравоохранения (МПА ВОЗ) было предложено использовать термин «возрастная когнитивная дисфункция» для обозначения легких когнитивных нарушений преимущественно возрастного характера. Были разработаны диагностические критерии этого состояния, которые приведены ниже.

Критерии диагноза «возрастная когнитивная дисфункция» по МПА ВОЗ:

1. Когнитивные нарушения по жалобам пациента или его ближайшего окружения.
2. Постепенное развитие нарушений и их наличие в течение, как минимум, 6 месяцев без эпизодов резкого ухудшения за это время.
3. Нарушения в одной из следующих сфер: память, внимание, мышление, речь, зрительно-пространственная ориентировка.
4. Результаты нейропсихологических тестов, как минимум, на 1 стандартное отклонение ниже нормы, разработанной для данной возрастной группы.
5. Критерии исключения:
 - соответствие критериям диагноза умеренного когнитивного расстройства по МКБ-10;

- наличие соматической патологии, способной привести к когнитивным нарушениям;
- органическая патология головного мозга;
- выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства: депрессия, тревога, делирий и др.;
- употребление психоактивных веществ.

Однако концепция «возрастной когнитивной дисфункции» многими признана как умозрительная.

Провести грань между «нормальным старением» и ассоциированной с возрастом дегенеративной и цереброваскулярной патологией невероятно сложно. Еще труднее на практике исследовать «здоровых пожилых», так как нет ни одного метода, который бы позволял прижизненно исключить все возможные структурные и функциональные патологические изменения головного мозга. К тому же необходимо учитывать, что большинство пожилых людей имеют несколько хронических соматических заболеваний, многие из которых могут в свою очередь негативно влиять на когнитивные функции. Поэтому более корректно говорить о синдроме легких когнитивных нарушений в пожилом возрасте, имеющем многофакторную этиологию, которая нуждается в уточнении при клиническом обследовании. Среди экспертов в научной среде существует определенное обобщенное представление, базирующееся на ряде исследований «условно здоровых» лиц. Оно заключается в том, что с возрастом развивается неглубокий нейродинамический дефицит когнитивных функций в виде снижения концентрации внимания, повышенной чувствительности к интерференции, снижения скорости реакции. При этом приобретенные в течение жизни знания и навыки не утрачиваются, что позволяет достичь компенсации и избежать какого-либо существенного затруднения в повседневной жизни. Жалобы когнитивного характера обычно связаны не с «нормальными» возрастными изменениями, а с началом нейродегенеративного процесса или ранними стадиями цереброваскулярного заболевания. Наблюдения за пациентами с так называемыми связанными с возрастом когнитивными нарушениями показали, что в большинстве случаев после более или менее длительного относительно благополучного состояния у них развивается полная клиническая картина деменции [2; 3].

В последнее десятилетие активно ведется научно-исследовательская работа по изучению когнитивных и аффективных нарушений среди пациентов неврологического профиля. Особое внимание уделяется изучению корреляционных связей данных патологических расстройств у больных с ДЭП.

На территории Российской Федерации в 2006 г. было проведено одно из первых в странах СНГ масштабных исследований распространенности когнитивных нарушений (КН) в амбулаторной неврологической практике. В исследовании принимали участие 132 врача невролога и более 3000 пациентов из 33 городов 30 регионов России. Каждому пожилому пациенту, который приходил по какой-либо причине на амбулаторный прием к неврологу, проводилось короткое исследование

когнитивных функций с использованием наиболее простых психометрических методик: краткой шкалы оценки психического статуса и теста рисования часов. В результате КН были выявлены в 70% случаев, причем в 25% они достигали значительной выраженности (по краткой шкале оценки психического статуса) [31].

Реальная распространенность когнитивных нарушений, возникающих в рамках ДЭП, остается неизвестной. Разброс данных эпидемиологических исследований, проведенных в развитых западных странах, в которых оценивали распространенность когнитивных нарушений, связанных с цереброваскулярными заболеваниями, весьма значителен, что не в последнюю очередь определяется трудностью установления причинно-следственных связей. Так в одном из исследований было показано, что распространенность сосудистого когнитивного расстройства среди лиц старше 65 лет превышает 5%, при этом на 1 случай сосудистой деменции приходится примерно 1,5–2 случая умеренного когнитивного расстройства сосудистого генеза [4]. По другим данным, умеренные и выраженные когнитивные нарушения, которые могут отображать цереброваскулярную недостаточность, выявляются у 16,5% лиц старше 60 лет. При аутопсии сосудистые изменения чаще всего микроваскулярной природы, т. е. наиболее четко связанные с когнитивным дефектом, обнаруживаются примерно у трети пожилых людей. Хотя сосудистая деменция, возникающая как в рамках ДЭП, так и после инсульта, по распространенности уступает болезни Альцгеймера (БА), преддементные когнитивные нарушения сосудистого генеза легкой и умеренной выраженности, по-видимому, встречаются чаще, чем амнестический вариант умеренного когнитивного расстройства, рассматриваемый как продромальная фаза БА [6; 7]. Таким образом, когнитивные расстройства в рамках ДЭП могут быть наиболее частым вариантом когнитивных нарушений у пожилых и имеют исключительно важное медико-социальное значение, особенно в связи с текущим процессом старения населения [5].

При исследовании нейропсихологического профиля у больных с ДЭП или микроваскулярной патологией мозга в ряде научных работ отмечены нейродинамические и регуляторные когнитивные нарушения, связанные с патологией или дисфункцией лобных долей и глубинных структур, что соответствует дисфункции I и III структурно-функциональных блоков по А. Р. Лурия [8; 9; 10; 11; 12]. Такие нарушения объясняются характером патоморфологических изменений, свойственных ДЭП, что, в свою очередь, в дальнейшем можно использовать для дифференциального диагноза с таким заболеванием, как болезнь Альцгеймера (БА) [13]. Тем не менее в некоторых исследованиях не было найдено существенных различий между сосудистыми когнитивными нарушениями и БА [14; 15; 16]. Данные противоречия объясняются неодинаковыми критериями диагностики, различиями в дизайне исследования, выборе больных и выборе нейропсихологических тестов, а также гетерогенностью сосудистых когнитивных нарушений. В

одних исследованиях подход к диагностике сосудистых когнитивных нарушений был более строгим, в другие, вероятно, включались пациенты с сопутствующей болезнью БА, что делало нечеткими различия в нейропсихологическом профиле между сосудистой патологией и БА. Учитывая довольно высокую частоту смешанной патологии, подобное объяснение противоречивости результатов представляется вполне верным. Однако существует еще одна причина подобных противоречий. Когнитивный дефицит по мере прогрессирования ДЭП эволюционирует, что сопровождается качественным изменением его профиля [8; 10; 17; 18].

На ранней стадии ДЭП преобладают умеренные нейродинамические нарушения в виде замедленности, аспонтанности, снижения работоспособности, истощаемости, ослабления концентрации внимания. Тем не менее такие пациенты в целом хорошо справляются с тестами, не предусматривающими учета времени выполнения. Это соответствует легкой степени когнитивных нарушений.

При умеренных когнитивных нарушениях наряду с нейродинамическими развиваются и регуляторные расстройства (подкорково-лобный когнитивный синдром). В основе регуляторного дефекта лежат нарушения инициации, планирования, поэтапной реализации ментальных действий, вытормаживания неадекватных реакций, когнитивной гибкости (способность к переключению) и контроля за достижением запланированного результата. В англоязычной литературе для обозначения подобных функций применяют термин «executive functions», а для обозначения нарушений этих функций – *dysexecutive syndrome*. В русскоязычной литературе executive functions часто переводят как «исполнительные функции», не учитывая культурно-лингвистических различий. Корректнее этот термин переводить как «управляющие» или «регуляторные» функции. У пациентов с регуляторным дефицитом нарушается выполнение даже тех нейропсихологических тестов, в которых не вводилось ограничение времени. Нарушение памяти, как правило, бывает умеренным и носит вторичный характер (об этом свидетельствует дефицит свободного воспроизведения при относительно сохранном узнавании и эффективности опосредующих приемов). Эта особенность может служить частным случаем характерной для этой категории больных способности к компенсации когнитивного дефекта. Другой пример того же рода – существенное улучшение выполнения нейропсихологических тестов (особенно на логическую память или абстрактное мышление) даже при небольших подсказках. Тем не менее указанный когнитивный дефицит может способствовать снижению качества жизни больных [19].

Выделение «mild cognitive impairment» (умеренного когнитивного расстройства) в качестве отдельного состояния, которое может предшествовать деменции, прежде всего БА, разработка его диагностических критериев явились значительным теоретическим и практическим шагом в исследовании проблемы когнитивных

нарушений [24; 25; 26; 29]. Тем не менее важно понимать, что это лишь синдром, который надо стараться осмыслить в рамках отдельных нозологий. Этот подход недавно был реализован группой специалистов, предложивших переработанный вариант критериев диагностики БА, согласно которому определенный вариант умеренного когнитивного расстройства при некоторых дополнительных условиях можно рассматривать как раннюю (продромальную) стадию БА [27]. Аналогичный подход справедлив и в отношении умеренного когнитивного расстройства в рамках ДЭП. Необходимы лишь более четкие критерии диагностики, которые предусматривали бы не только наличие сосудистых факторов риска или признаков цереброваскулярного заболевания, но возможно и определенный профиль когнитивных нарушений.

Дальнейшее прогрессирование когнитивного дефекта при ДЭП сопряжено уже с развитием деменции [20; 21].

Таким образом, если на более ранних стадиях заболевания доминируют проявления дисфункции подкорково-лобных систем, то по мере прогрессирования ДЭП происходит своего рода «кортикализация» когнитивного дефекта, в основе которой может лежать дальнейшее распространение патологического процесса, например за счет развития корковых микроинфарктов и атрофии или присоединение альцгеймеровского процесса [22].

В последние годы отмечено частое сочетание депрессии среднего и пожилого возраста с невровизуализационными признаками микроваскулярного поражения мозга, характерного для ДЭП, в том числе с диффузными изменениями белого вещества. В связи с этим разработана концепция «сосудистой депрессии», для которой, помимо связи с цереброваскулярной патологией, характерно нередкое выявление когнитивного дефекта, особенно регуляторного типа [23]. Это вполне соотносится с другим рядом данных, согласно которым характерной особенностью сосудистых когнитивных нарушений является сочетание с широким спектром аффективных расстройств, но прежде всего – с депрессией. Связь депрессии и когнитивных нарушений представляется весьма неоднозначной. Классические представления о депрессии как причине когнитивных нарушений («псевдодеменции») соответствуют лишь части случаев, возможно небольшой. Чаще встречается ситуация, когда депрессия и когнитивные нарушения развиваются параллельно – в рамках единого патологического процесса (в том числе ДЭП) в связи с вовлечением смежных, но не совпадающих мозговых систем. В подобных случаях дисрегуляторный или иной когнитивный дефицит персистирует даже после успешной терапии депрессии. Более того, в подобных случаях депрессия часто служит своего рода предвестником развития деменции [16]. Безусловно, раннее выявление и подбор адекватной терапии депрессии остаются важнейшими задачами лечения пациентов с когнитивными нарушениями, но не менее важно уметь распознавать и адекватно лечить скрывающийся за депрессией прогрессирующий когнитивный дефицит.

Выводы

Несомненно, современный этап развития медицины остро нуждается в широкомасштабных популяционных исследованиях когнитивных и аффективных нарушений на начальной их манифестации, а также доклиническом начале. Полученные в результате данные о существующих многоуровневых корреляционных связях позволят качественно улучшить раннюю терапевтическую интервенцию. В итоге это даст возможность повысить качество жизни, работоспособность, социальную адаптацию данной категории пациентов. А учитывая постоянно увеличивающееся количество больных с тяжелыми когнитивными расстройствами, ранняя коррекция и приостановление патологического процесса позволит решить социально-экономические вопросы при данной патологии, что облегчит финансовые затраты родственников на дальнейшее содержание и уход, а также затраты государства на соответствующее финансирование в целом. Научное изучение взаимосвязи когнитивных, аффективных нарушений и качества жизни пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на разных этапах патологического процесса даст возможность проанализировать данные расстройства, начиная с легких и заканчивая тяжелыми, дементными изменениями.

Литература:

1. Захаров В. В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // *Неврол. журн.* – 2006; 11: 27–32.
2. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. *Неврол журнал.* 2006; 11(Прил. 1): 4–12.
3. Яхно Н. Н., Захаров В. В., Локишина А. Б. Нарушения памяти и внимания в пожилом возрасте. *Журн неврологии и психиатрии.* 2006; 106(2): 58–62.
4. Rockwood K, Wentzel C, Hachinski V et al. Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment. *Neurology* 2000; 54: 447–51.
5. Яхно Н. Н. Актуальные вопросы нейрогеронтологии. *Достижения в нейрогеронтологии.* М., 1995; 9–27.
6. Newler JV, Hachinski V. The concept of vascular cognitive impairment. *Vascular cognitive impairment.* T. Erkinjuntti, S. Gauthier (eds). Martin Dunitz 2002; 9–26.
7. O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B et al. Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurology* 2003; 2: 89–98.
8. Левин О. С. Клинико-магнитно-резонансно-томографическое исследование дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными нарушениями. Дис. канд. мед. наук. М., 1996.
9. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во МГУ, 1969.
10. Яхно Н. Н., Левин О. С., Дамулин И. В. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии.

- Когнитивные нарушения. *Неврол. журн.* 2001; 3: 10–8.
11. Galluzzi S, Sheu C-F, Zanetti O et al. Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 19: 196–203.
 12. Pantoni L, Poggesi A, Inzitari D. The relation between white matter lesions and cognition. *Curropin Neurol* 2007; 20: 390–7.
 13. Looi J, Sachdev P. Differentiation of vascular dementia from AD on neuropsychological tests. *Neurology* 1999; 53: 630–78.
 14. McKhann GM, Selnes OA. Vascular cognitive change. *Alzheimer's and dementia*, 2007; 3: 23–9.
 15. Roman GC, Erkinjuntti T, Wallin A et al. Subcortical ischemic vascular dementia. *Lancet Neurology* 2002; 1: 426–36.
 16. Steffens DC, Taylor WD, Krishnan KRR. Progression of subcortical ischemic disease from vascular depression to vascular dementia. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1751–6.
 17. Левин О. С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении. *Consilium medicum* 2007; 8: 72–9.
 18. Штумльман Д. Р., Левин О. С. *Неврология. Справочник практического врача.* М.: Медпресс-ин форм, 2007.
 19. Левин О. С., Сагова М. М., Голубева Л. В. Факторы, влияющие на факторы жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией с умеренным когнитивным расстройством. *Рос. мед. журн.* 2006; 2.
 20. Reisberg B, Ferris S, Oo T et al. Staging: relevance for trial design in vascular burden of the brain. *Vascular cognitive impairment.* T. Erkinjuntti, S. Gauthier (eds). Martin Dunitz, 2002; 557–70.
 21. Schmidtke K, Hull M. Cerebral small vessel disease: how does it progress? *J Neurol Sci* 2005; 229/230: 13–20.
 22. Левин О. С. Клинико-магнитно-резонансно-томографическое исследование дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными нарушениями. Дис. канд. мед. наук. М., 1996.
 23. Alexopoulos G. The depression-executive dysfunction syndrome of late life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 22–9.
 24. Гаврилова С. И. Мягкое когнитивное снижение – доклиническая стадия болезни Альцгеймера? *Consilium medicum* 2004; 2: 153–6.
 25. Дамулин И. В. Легкие когнитивные нарушения. *Consilium medicum* 2004; 2: 138–41.
 26. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение. *Рус. мед. журн.* 2004; 10: 573–6.
 27. Gauthier S, Touchon J. Subclassification of mild cognitive impairment in research and in clinical practice. *Alzheimer's Disease and Related Disorders Annual*, 2004; 61–70.
 28. Jorm A.F., Korten A.E., Henderson A.S. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature // *Acta Psychiatr Scand.* – 1987. – 76. – 465-79.
 29. Москаленко В. Ф., Волошин П. В., Петрошенко П. Р. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку // *Український вісник психоневрології.* – 2001. – Т. 9, вип. 1(26). – С. 5-7.
 30. Пирожков С. И., Сафарова Г. Л. Тенденции старения населения России и Украины: демографические аспекты // *Успехи геронтол.* – 2000. – №4. – С. 13-21.
 31. Захаров В. В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // *Неврол. журн.* – 2006; 11: 27–32.

КОГНИТИВНІ ТА АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

О. С. ОРЛОВА

У статті розглянуті основні напрями сучасного вивчення когнітивних та афективних порушень у пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією, а також відмінності вікових змін від досліджуваних розладів, які теж неодмінно проходять свої етапи розвитку, пов'язані із старінням організму.

Ключові слова: когнітивні порушення, афективні порушення, деменція, дисциркуляторна енцефалопатія

COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS IN NEUROLOGICAL PRACTICE (ANALYTIC REVIEW)

O. ORLOVA

The publication describes and analyzes the main trends of modern study of cognitive and affective disorders in patients with dyscirculatory encephalopathy, as well as differences in age-related changes of investigating disorders, which are also necessarily pass their stages of development associated with aging.

Keywords: cognitive disorders, affective disorders, dementia, circulatory encephalopathy