Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

СОГЛАСОВАНО
Генеральный директор,
доктор мед. наук,
_____ С.В. Шпорт
«31» июля 2023 г.

Нейропсихологическая экспресс-диагностика лиц с когнитивными расстройствами

Информационное письмо

Москва-2023

УДК 616.89, 159.98
ББК 56.14

Информационное письмо подготовлено в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации кандидатом психологических наук **К.М. Шипковой,** доктором медицинских наук **Л.Е. Пищиковой**.

В информационном письме представлены данные о типологии деменций, их клинико-нейропсихологической картине, изменении когнитивно-социального функционирования при деменциях различной тяжести, алгоритмы действий медицинского психолога, диагностический инструментарий для проведения нейропсихологической экспресс-диагностики лиц с когнитивными расстройствами.

Для медицинских психологов. кабинетов (отделений) медико-психологического консультирования, психоневрологических диспансеров, психиатрических дневных стационаров, гериатрических и общепсихиатрических отделений больниц, неврологических и соматических отделений многопрофильных краевых, районных и городских больниц.

© К.М. Шипкова, Л.Е. Пищикова, 2023.
© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2023.

ВВЕДЕНИЕ

По данным ВОЗ, каждые четыре секунды в мире фиксируется новый случай деменции, что составляет в год около 8 млн. В 2015 г. деменция была диагностирована более чем у 47 млн. человек во всем мире. Ожидается, что этот показатель вырастет до 76 млн. к 2030 г. и 145 млн. к 2050 г.

Потребности в лечении деменции и в уходе за больными во многом не удовлетворяются. Существует проблема недостаточного диагностирования деменции, а диагноз ставится, как правило, уже на поздней стадии заболевания. Отмечается также низкий уровень информированности населения о заболевании, а пациенты часто становятся объектом стигматизации.

Нейродегенеративный процесс, обусловливающий развитие деменции, начинается не менее чем за 15 лет до появления ее первых клинических признаков. Поэтому стратегии, направленные на выявление группы риска деменции на стадии додементных расстройств, коррекционно-реабилитационные программы, направленные на смягчение темпа нарастания тяжести деменции, диктуют приоритетность своевременной диагностики когнитивных расстройств на уровне первичного звена здравоохранения. В связи с этим важным звеном диагностики деменции становится кабинет медико-психологического консультирования поликлиник (вводится в действие с 1 июля 2023 г. приказом Министерства здравоохранения РФ от 14.10.2022 г. № 668н).

Для верификации и определения степени выраженности когнитивной дисфункции, обязательным является проведение нейропсихологического исследования. Помимо оценки характера и степени выраженности когнитивных нарушений и их влияния на профессиональную деятельность, социальное взаимодействие, повседневную активность, включая способность к самообслуживанию, ведению домашнего хозяйства, медицинским психологом кабинета медико-психологического консультирования поликлиник даются рекомендации по назначению вида коррекционно-реабилитационных когнитивных программ и проводится консультирование пациента (или его родственников) по результатам проведенного исследования.

Проведение медицинским психологом скрининговой нейропсихологической диагностики когнитивных расстройств помогает проводить работу по профилактике деменций и определению направленности психологической помощи лицам с когнитивными расстройствами.

Эпидемиология заболевания

На болезнь Альцгеймера (БА) приходится 60–70% всех деменций. Наиболее часто встречается спорадический вариант БА, с началом после 65–70 лет. В 5–10% встречается ранняя (наследственная) форма БА, ее симптомы могут проявляются не только в пожилом, но и в среднем и зрелом возрастах (40–50 лет). В среднем продолжительность БА составляет 8–10 лет после дебюта деменции, в отдельных случаях возможно более длительное (до 20 лет) или катастрофическое (2–4 года) течение. У женщин после 75 лет БА встречается чаще, чем у мужчин. Лобно-височная деменция является второй по распространенности среди деменций после БА. Она составляет до 25% от всех деменций старшей возрастной группы. Средняя продолжительность жизни лиц с лобно-височной деменций в среднем 6–10 лет. Доля деменции с тельцами Леви насчитывает 10% среди всех случаев деменции, а распространенность среди лиц старше 65 лет около 0,5–1%.

Сосудистая деменция является причиной когнитивного снижения у 20% пациентов пожилого и старшего возраста.

Клинико-нейропсихологическая картина деменции

Деменция – нейропсихиатрический синдром, в структуре которого лежит приобретенное длительное (более 6 мес.) снижение когнитивных способностей, обусловливающих социально-бытовую и профессиональную дезадаптацию и утрату привычного функционирования. Деменция *приводит к затруднениям в повседневной жизни, частичной или полной утрате независимости и самостоятельности.*

Деменции вызываются разной этиологией.

I. ***Деменция при болезни Альцгеймера*** **(БА)** – нейродегенеративное заболевание с гетерогенной этиологией с преимущественным поражением коры мозга. При дебюте болезни до 65 лет (*пресенильная деменция*) ведущим этиологическим фактором является генетическая отягощенность.

Клиническая картина. БА проявляется характерным комплексом клинико-патологических признаков. Нейродегенеративный процесс при БА начинается не менее чем за 15 лет до появления первых клинических симптомов (доклиническая стадия), с постепенным малозаметным началом с неуклонным прогрессированием расстройств высших психических функций (ВПФ).

На *стадии додементных* нарушений у пациентов отмечается появление тревожно-депрессивных симптомов, в ряде случаев – депрессивная псевдодеменция, маскирующая дебют когнитивных расстройств (КР); сенильное изменение личности, психопатоподобное заострение личностных черт.

На *ранней стадии* деменции при БА появляются личностные изменения: склонность к подозрениям и конфликтам, позднее – склонность к бредо-

образованию (бред «малого ущерба»», направленный против лиц ближайшего окружения).

На *поздней стадии* появляется апатия, сужение круга интересов, вспышки речевой или физической агрессии, неадекватное сексуальное поведение, неопрятность, изменения пищевого поведения (переедание, забывание приема пищи), самоповреждение.

Нейропсихологическая картина выражается в формировании амнестического синдрома, *агнозии, афазии апраксии, акалькулии (преимущественно акустико-мнестической, семантической или амнестической).* Деменция при БА в старческом возрасте проявляется преимущественно в нарушениях *памяти* (на текущие события) и *пространственных функций* (ориентация в квартире, на улице).

Распространенные типы афазии при БА:

– акустико-мнестическая афазия – нарушение речи, характеризующееся нарушением вербальной памяти, сужением объема активного словаря, забыванием слов-существительных: названий, имен;

– семантическая афазия – нарушение понимания сложной речи (логико-грамматических конструкций, предлогов, переносных смыслов и т.п.). Часто сопровождается акалькулией (нарушением счетных операций) и пространственных представлений (пространственной апраксией и агнозией);

– амнестическая афазия – нарушение связи слова с его образом-представлением. Забывание названий слов с ощущением, что слово «на кончике языка». Подсказка слова помогает припоминанию, но слово не удерживается в памяти и вновь быстро забывается.

II. ***Деменция с тельцами Леви (ДТЛ)*** – нейродегенеративное заболевание, проявляющееся деменцией, паркинсонизмом, нейропсихиатрическими и вегетативными нарушениями.

Клиническая картина. Тяжесть когнитивных нарушений при ДТЛ преимущественно зависит от выраженности дегенеративных изменений в коре и стволовых структурах. Для ДТЛ характерны колебания психического статуса: преходящие эпизоды спутанности сознания, аспонтанности с неясным осознанием окружающего, внезапно возникающим невниманием и молчаливостью, потерей контакта. Часто встречаются аффективные нарушения (тревога, депрессия, эмоциональная лабильность, апатия), возбуждение, снижение критики, поведенческая расторможенность.

Нейропсихологические картина носит характер умеренных нарушений памяти, характеризующихся дефектом не запоминания самого по себе, а переработки и сохранения следов, с выраженными трудностями припоминания, регуляции и контроля за процессами запоминания и припоминания.

III. ***Лобно-височная деменция*** – нейродегенеративное расстройство, характеризующееся атрофией лобных и височных долей мозга.

Клиническая картина характеризуется личностным снижением, нарушением регуляции и контроля за поведением, эйфоричностью (благодушием), снижением критики.

Нейропсихологическая картина выражается в двигательных нарушениях по типу динамической и регуляторной апраксии и синдроме *первично прогрессирующей афазии* с доминированием речевых нарушений. Речевые нарушения в нейропсихологическом статусе носят доминирующий характер.

Первичная прогрессирующая афазия имеет три формы:

1. *Логопеническая* – трудность подбора слов, нарушение называния (аномия), нарушение повторения слов и предложений, при отсутствии аграмматизмов и сохранности понимания речи.

2. *Аграмматическая* – снижение темпа и скорости речи, с частыми запинками («застреваниями»), аграмматизмы в устной и письменной речи, нарушение чтения и повторения слов, парафазии с заменами близких по звучанию и построению слов («собака» – «бомака» и т.д.). Происходит уменьшение количества определяющих слов (прилагательных, наречий), речь замедленна, монотонна, неэмоциональна, «телеграфного стиля» с ограниченным набором слов. При прогрессировании заболевания может сформироваться картина псевдомутизма.

3. *Семантическая* – нарушение понимания значений слов, обилие вербальных парафазий (замена слова на другое из той же семантической категории) («мама»- «папа», «мальчик – маленький взрослый», «телевизор – телефон»). Пациент не может выделить существенных признаков слов одной категории (общее между «коровой» и «лошадью»), указать на различное между словами (отличие «чашки» от «стакана»). При этом речь остается относительно модулированной с сохранностью беглости и темпа речи, интонации. Отмечается снижение набора слов с использованием более общих понятий (например, «они», «вещи», «эти»).

IV. ***Сосудистая деменция (сосудистые когнитивные расстройства)*** – группа патогенетически и клинически разнородных состояний, при которых основной причиной когнитивного дефекта является сосудистое заболевание мозга (инсульт).

Клиническая картина. Сосудистая деменция, представляет собой интеллектуально-мнестическое снижение, развивающееся в результате некомпенсированных когнитивно-поведенческих нарушений в результате сосудистого поражения мозга.

Нейропсихологическая картина. Группой риска по сосудистой деменции являются пациенты с грубой постинсультной афазией поражения со стажем более 3-5 лет (независимо от ее типа) и пациенты с выраженным, вплоть до грубого, лобным синдром. В случае, если не достигается улучшения качества речи, остается грубо выраженным коммуникативный дефицит, отсутствует фразовая речь, есть паралич, препятствующий самообслуживанию, выполнению домашних обязанностей и др. или отмечаются грубые нарушения планирования и контроля деятельности, аспонтанность поведения, то это постепенно приводит к деформации личности: сужению круга интересов, снижению мотивации, «уплощению» личности, нарастанию общего когнитивного дефицита.

V. ***Смешанная деменция*** (сочетанное нарушение) – деменция, обусловленная сочетанием нейродегенеративных заболеваний (чаще БА) с сосудистой деменцией. Наличие смешанной этиологии утяжеляет тяжесть нарушений интеллектуально-мнестических функций. Следует отметить, что наличие больших постинсультных очагов не всегда сопровождаются развитием когнитивных нарушений.

Степень тяжести когнитивных расстройств

В МКБ-10 классификация КР осуществляется обычно по нозологическому принципу. В отдельную категорию выделены *умеренные (легкие, мягкие) когнитивные расстройства.*

Умеренные (легкие, мягкие) когнитивные расстройства представляют собой *снижение когнитивных способностей по сравнению с индивидуальной нормой.* Их проявления могут не носить клинически значимого характера, балльная оценка результата по когнитивным тестам находится в нижних границах нормативных значений. При этом высказываются жалобы пациентом на не характерные ранее для него трудности в виде: периодической забывчивости намерений и договоренностей, запоминания и вспоминания информации, снижения внимания, повышенной утомляемости при интеллектуальной работе.

Преддементные (додементные) когнитивные расстройства – клинически значимое *снижение когнитивных способностей, выходящее за пределы возрастной образовательной гендерной нормы, не достигающее степени деменции.*

Характеризуются:

- сужением объема кратковременной памяти;
- постоянным забыванием слов частотного словаря;
- трудностью концентрации внимания;
- выраженной умственной истощаемостью;
- замедленностью в выполнении когнитивных задач;
- снижением самоконтроля.

Тяжелые когнитивные расстройства характеризуются:

- наличием грубых нарушений кратковременной и долговременной памяти;
- нарушением вербальной коммуникации, вплоть до отсутствия самостоятельной речи и возможности понимания обращенной речи;
- неспособностью выполнения простых задания на обобщение;
- грубой умственной истощаемостью.

Изменение когнитивно-социального функционирования при деменции различной тяжести

Умеренные когнитивные расстройства характеризуются:

- отсутствием затруднений в повседневной жизни, в том числе в сложных видах профессиональной деятельности;
- сохранностью профессиональной деятельности, социальной активности, бытовой самостоятельностью;
- сохранной критикой к дефекту.

Наряду с этим отмечаются:

- легкая психическая усталость при психической нагрузке;
- затруднения обучения;
- непостоянство отдельных когнитивных симптомов (проявляются на фоне утомления);
- забывчивость (требуется напоминание);
- периодически нуждается в помощи в совершении финансовых действий.

Преддементные (додементные) когнитивные расстройства *характеризуются*:

- отсутствием выраженных затруднений в социальной, бытовой, профессиональной деятельности (может выполнять привычную, знакомую профессиональную деятельность, осуществлять привычные действия: позвонить по телефону, вызвать врача, купить продукты и т.п.);
- парциальной критичностью к дефекту (ряд трудностей в когнитивном функционировании могут не осознаваться пациентом).

Наряду с этим отмечаются:

- затруднения выполнения ряда привычных многоступенчатых повседневных действий (например, приготовление пищи, уборка квартиры, покупка в магазине более 5-7 позиций товаров и т.п.);
- трудности формирования новых сложных навыков (например, освоение нового бытового прибора, новой модели мобильного телефона и т.п.).

Тяжелые когнитивные расстройства (деменции) *характеризуются:*

- отсутствием критики;
- недоступностью социальной коммуникации;
- утратой бытовой автономии (невозможность выполнения привычных бытовых действий);
- помощью практически во всех действиях;
- необходимостью постоянного постороннего контроля.

Одним из вариантов психического расстройства с преходящими тяжелыми когнитивными нарушениями является делирий – состояние помрачения сознания, проявляющееся зрительными галлюцинациями, двигательным возбуждением, расстройствами внимания и когнитивных функций.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Сбор анамнеза у лиц с предполагаемыми когнитивными расстройствами

Сбор жалоб и анамнеза заболевания в обязательном порядке предусматривает беседу с пациентом и его информантами с целью объективизации получаемой информации.

Цель беседы – выявление расстройств речи, памяти, управляющих функций и степени дезадаптации пациента в жизни.

Рекомендуется уточнять наличие:

- нарушений памяти;
- концентрации внимания;
- счетных операций;
- забывания намерений;
- трудностей планирования действий;
- трудностей узнавания объектов;
- трудностей подбора слов;
- забывчивости;
- ориентировки во внешнем пространстве (в квартире, на улице).

При сборе анамнестических сведений необходимо уточнять:

- ✓ давность проблем;
- ✓ наличие связи между дебютом когнитивных симптомов с какой-либо другой причиной (инфекционное заболевание, травма, эмоциональный стресс);
- ✓ семейный анамнез, преморбид (уровень образования, род профессиональной деятельности, знания и умения, интересы);
- ✓ наличие вредных привычек;
- ✓ лекарственные препараты, принимаемые пациентом, и субъективная оценка пациентом их влияния на изменение качества повседневной жизни.

Проведение нейропсихологической экспресс-диагностики когнитивных расстройств

Ключевым моментом определения диагностического инструментария при проведении нейропсихологической экспресс-диагностики когнитивных расстройств является не только предполагаемая тяжесть КР, косвенные свидетельства которой выявляются в ходе сбора анамнеза, клинической беседы, жалоб пациента, но и степень понимания пациентом своих проблем (сохранность критики/парциальная критичность/некритичность) (Приложение 1). Поэтому *алгоритм проведения диагностики* и состав тестов в диагностических батареях зависит от того, обращается ли пациент к врачу самостоятель-

но (Алгоритм 1) или с жалобами обращаются родственники пациента (информанты), не осознающего своего когнитивного снижения (Алгоритм 2).

Алгоритм 1

1. В случае самостоятельного обращения пациента с жалобами на когнитивное снижение, необходимо провести оценку степени его социальной и поведенческой дезадаптации и когнитивного статуса в ключевых когнитивных доменах: памяти, зрительно-пространственных функций.

С этой целью следует применять:

- опросник для скрининга деменции AD8 (Ascertain Dementia 8-item Informant Questionnaire (AD8) [1](Приложение 2);
- тест 5 (12) слов (The 5 (12)-word test) (Приложение3);
- тест рисования часов (The Clock Drawing Test) (CDT) (Приложение 4).

2. В случае выявления недементных КР, наличия факторов риска по дебюту деменции пациенту проводится дополнительно MoCA-тест (The Montreal Cognitive Assessment) (MoCA-test) (Приложение 5).

3. Медицинский психолог представляет заключение по результатам нейропсихологического исследования и дает рекомендации пациенту.

4. В случае подтверждения симптомов когнитивного снижения медицинский психолог направляет пациента к гериатру, неврологу, психиатру для определения дальнейшей программы лечения. При легких и умеренных когнитивных расстройствах, деменциях легкой степени выраженности медицинский психолог рекомендует прохождение программы нейрокогнитивного тренинга.

Алгоритм 2

1.В случае обращения за консультативной помощью родственников пациента (информантов) и неосознания пациентом когнитивных проблем медицинский психолог проводит оценку ключевых когнитивных доменов следующими диагностическими инструментами:

- опросник для скрининга деменции AD8 (Ascertain Dementia 8-item Informant Questionnaire (AD8) (*заполняется информантом);*
- модифицированная методика Мини-Ког (Mini-Cog) (Приложение 6).

2. При выявлении тяжелых когнитивных расстройств, наличии факторов риска КР медицинским психологом назначается *повторный скрининг через 3 мес.* с целью оценки динамики нарастания когнитивного дефицита.

3. Для повторного когнитивного скрининга следует применять:

- MoCA-тест;
- батарею лобной дисфункции (The Frontal Assessment Battery) (FAB) (приложение 7).

---

[1] Тесты приведены в Клинических рекомендациях «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» // https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/617_1

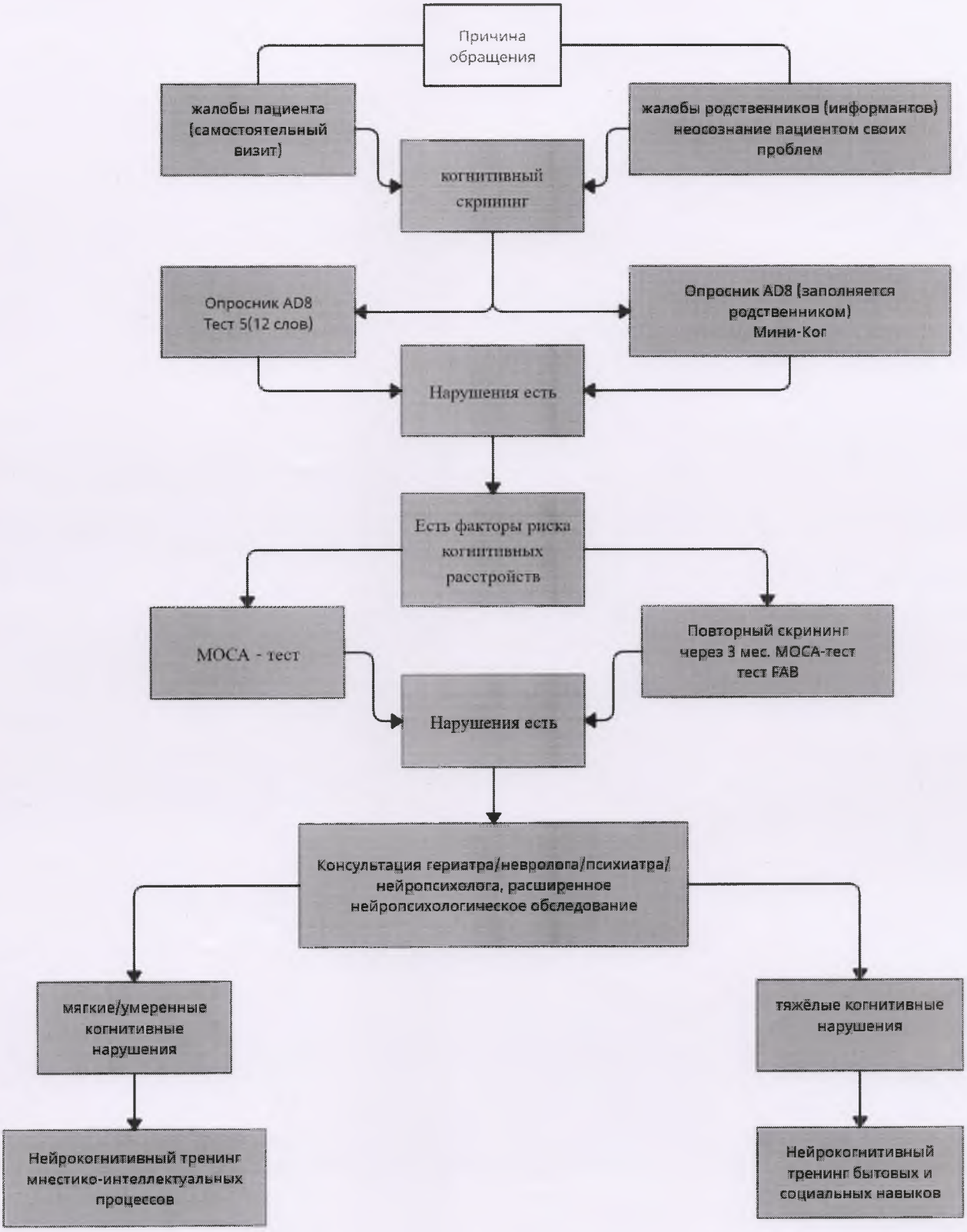
4. Медицинский психолог представляет заключение по результатам проведенного нейропсихологического исследования, проводит консультирование родственников пациента по организации взаимодействия с пациентом.

5. В случае подтверждения симптомов когнитивного снижения медицинский психолог направляет пациента к гериатру, неврологу, психиатру для определения дальнейшей программы лечения. При медленном темпе нарастания когнитивного дефицита медицинский психолог рекомендует прохождение программы нейрокогнитивного тренинга. При умеренной и тяжелой степени деменции с нарушениями социально-бытовой адаптации медицинский психолог рекомендует программу тренинга элементарных бытовых, коммуникативных навыков и навыков самообслуживания.

Приложения

Приложение 1

Алгоритм проведения диагностического когнитивного скрининга лицам с предполагаемыми когнитивными расстройствами медицинским психологом в первичном звене здравоохранения



Приложение 2

Опросник для скрининга деменции AD8

Назначение: скрининговая оценка наличия у пациента когнитивного расстройства.

Время тестирования ≈10мин.

Оригинальное название: Ascertain Dementia 8-item Informant Questionnaire (AD8)
Назначение: скрининговая оценка наличия у пациента когнитивного расстройства
Шаблон:

Информация о пациенте

Дата			
"Да, есть изменения" означает, что у пациента за последние несколько лет отмечались проблемы, вызванные снижением в когнитивной сфере (мышление, память)	ДА, изменения есть	НЕТ, изменений нет	Затрудняюсь ответить
1. Проблемы с суждением (например, проблемы с принятием решений, неудачные финансовые действия, проблемы с мышлением)			
2. Снижение интереса к привычным делам/увлечениям			
3. Постоянное повторение одного и того же (вопроса/рассказа/утверждения)			
4. Проблемы с освоением инструментов, устройств или гаджетов (например, видеомагнитофона, компьютера, микроволновой печи, пульта дистанционного управления)			
5. Забывает текущий месяц или год			
6. Проблемы с решением сложных финансовых вопросов (например, использование чековой книжки, выплата налогов, оплата счетов)			

7. Забывает о назначенных встречах			
8. Ежедневные проблемы с мышлением и (или) памятью			
Общее количество баллов			

Для всех ответов допускается самоисправление, которое не засчитывается в качестве ошибки.

Примечание: Респонденту задают письменные вопросы для самостоятельного заполнения, либо они могут быть зачитаны ему вслух – лично или по телефону. *Желательно задавать вопросы AD8 информанту, если он доступен. Если нет – можно задавать пациенту.*

В беседе с информантом попросите оценить наблюдаемые изменения у пациента. В беседе с пациентом попросите его оценить изменение своих возможностей по каждому пункту без выяснения причин.

Интерпретация результатов: опросник AD8 достаточно чувствителен к изменениям в когнитивной сфере, связанными со многими распространенными заболеваниями,

Ограничения: должен быть дополнен когнитивными тестами.

Итоговая оценка определяется как сумма пунктов, для которых был получен ответ «Да, есть изменения».

Оценки:

- 0-1 балл в пределах нормы указывают, что деменция маловероятна, но нельзя исключать *очень раннюю стадию заболевания*.
- 2 балла *или выше: возможно наличие когнитивных расстройств.*

Чувствительность опросника AD8 для выявления когнитивных расстройств составляет> 84%, специфичность> 80% (прогностическая ценность положительного результата >85%; прогностическая ценность отрицательного результата> 70%.

Приложение 3

Тест 5 (12) слов

Назначение: выявление специфического типа мнестических нарушений, характерного для болезни Альцгеймера («гиппокампальный синдром»).

Вероятность избыточной диагностики болезни Альцгеймера с помощью данного теста очень мала: низкий результат теста позволяет почти не сомневаться в данном диагнозе.

Ограничения: при недементных КР или легкой степени деменции более чувствительным проведение методики с использованием списка из 12 слов.

Время проведения теста ≈ 10–12 минут.

Процедура проведения.

1. Предъявление материала.

Пациенту предъявляется список из 5 слов, написанных в столбик крупными печатными буквами: «институт – апельсин – стрекоза – кастрюля – самокат».

Инструкция: «Прочитайте вслух эти слова и постарайтесь запомнить их; позже я попрошу Вас назвать их». После первого прочтения, не забирая списка слов, пациента просят: «Найдите в этом списке название здания … фрукта … насекомого … посуды … транспортного средства». Пациент в ответ должен назвать слово, относящееся к данной семантической категории. Если он затрудняется, ему следует подсказать.

2. *Непосредственное воспроизведение.*

У пациента забирается список слов и просят: «Припомните слова, которые Вы только что читали». Если пациент затрудняется припомнить какое-либо слово (и только в этом случае), дается подсказка: «А какой был фрукт? … посуда? транспортное средство? … здание? ... насекомое?», то есть называются соответствующие семантические категории.

За каждое правильное слово, воспроизведенное с подсказкой или без неё, начисляется один балл (максимально – 5 баллов).

Если пациент вспомнил менее 5 слов, ему вновь предъявляется список слов и обращается внимание пациента на пропущенные слова (например, следующим образом: «из фруктов был апельсин» и указывается соответствующее слово ручкой и т.д.). Затем забирают список слов и вновь просят пациента повторить пропущенные слова, используя соответствующие подсказки («Так что же было из фруктов? …» и др.). Цель указанной процедуры - убедиться в том, что представленные слова усвоены адекватно.

3. *Интерферирующее задание.*

Выполняется после непосредственного воспроизведения.

Цель интерферирующего задания – отвлечь внимание пациента на достаточный промежуток времени (от 2 до 5 минут). В это время может проводиться тест рисования часов, другие нейропсихологические тесты, кроме тестов на память.

4. *Отсроченное воспроизведение.*

После выполнения интерферирующего задания, пациента просят: «Теперь давайте вновь вспомним те 5 слов, которые мы с Вами учили». Если пациент затрудняется вспомнить какое-либо слово (и только в этом случае), вновь дается подсказка: «А какой был фрукт? … посуда? транспортное средство? … здание? ... насекомое?», то есть называются соответствующие семантические категории.

Как и при исследовании непосредственного воспроизведения, за каждое правильно воспроизведенное слово, с подсказкой или без нее, начисляется 1 балл, максимально – 5 баллов.

Интерпретация результатов. Суммарный результат теста получается сложением результата суммарных оценок непосредственного и отсроченного воспроизведения.

- 10 баллов – норма;
- ≥8-9 баллов может свидетельствовать о наличии когнитивных нарушений альцгеймеровского типа.

Список слов для запоминания и категориальные подсказки для "Теста 5 слов"

Тестовые слова	*Подсказки*
апельсин	фрукт
стрекоза	насекомое
кастрюля	посуда
самокат	транспортное средство

Список слов для запоминания и категориальные подсказки для "Теста 12 слов"

Тестовые слова	*Подсказки*
диван	мебель
блюдце	посуда
тигр	животное
пиджак	одежда
абрикос	фрукт
вертолет	транспортное средство
рябина	дерево
река	водоем
палец	часть тела
гроза	погодное явление
теннис	спорт
флейта	музыкальный инструмент

Приложение 4

Тест рисования часов

Назначение: оценка зрительно-пространственных и управляющих функций.

Время проведения теста ≈ 5–7 минут.

Инструкция: «Нарисуйте круглые часы с цифрами на циферблате, чтобы стрелки часов показывали без пятнадцати два».

Оценка результата:

5 баллов за рисование циферблата:

- замкнутый круг правильной формы (1 балл);
- указаны все цифры от 1 до 12 (1 балл);
- цифры нарисованы внутри круга (1балл);
- цифры нарисованы с равными интервалами (1 балл);
- правильное расположение 4 основных цифр (12,3,6,9).

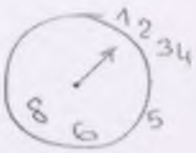
5 баллов за расположение стрелок:

- по 1 баллу за правильное местоположение начала (центр круга) и конца стрелок (всего 4 балла);
- разная длина часовой и минутной стрелок (1 балл).

Интерпретация результатов: 10 баллов – норма, ≥9 нарушение зрительно-пространственных функций.

Используется 10 балльная шкала. Вычитается по 1 баллу за:

Круг неправильной формы



Цифры за пределами круга

Между цифрами неравные интервалы

Цифры расположены неправильно или указаны не все

Неправильно расположены 4 основных цифры (3, 6, 9, 12)

Часовая стрелка начинается не в центре круга

Часовая стрелка указывает неправильное время

Минутная стрелка начинается не в центре круга

Минутная стрелка указывает неправильное время

Неправильная длина стрелок

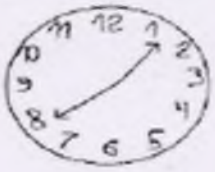
Ниже приведены примеры оценок за выполнение теста

10 баллов – норма
Нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время.

9 баллов
Незначительные неточности расположения стрелок.

8 баллов
Более заметные ошибки в расположении стрелок.

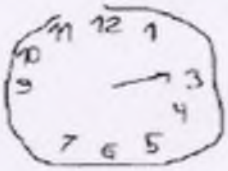
7 баллов
Стрелки показывают совершенно неправильное время.



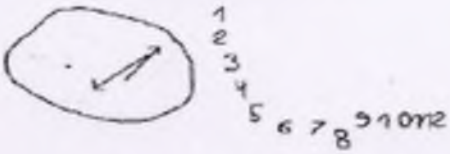
6 баллов
Стрелки не выполняют свою функцию(например, нужное время обведено кружком).

5 баллов
Неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое.

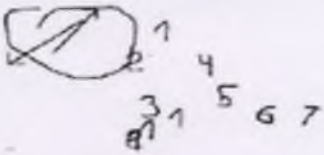
4 балла
Утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга.



3 балла
Числа и циферблат более не связаны друг с другом.



2 балла
Деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно.



1 балл
Больной не делает попыток выполнить инструкцию.
Выполнение данного теста нарушается как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур.

Для дифференциального диагноза данных состояний при неправильном самостоятельном рисунке больного просят дорисовать стрелки на уже нарисованном (врачом) циферблате с числами.

При деменциях лобного типа и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур легкой и умеренной выраженности страдает лишь самостоятельное рисование, в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохраняется.
При деменции альцгеймеровского типа нарушается как самостоятельное рисование, так и способность расположения стрелок на уже готовом циферблате.

Приложение 5

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-тест)

Оцениваемые когнитивные сферы: внимание и концентрацию, управляющие функции, память, речь,зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию.

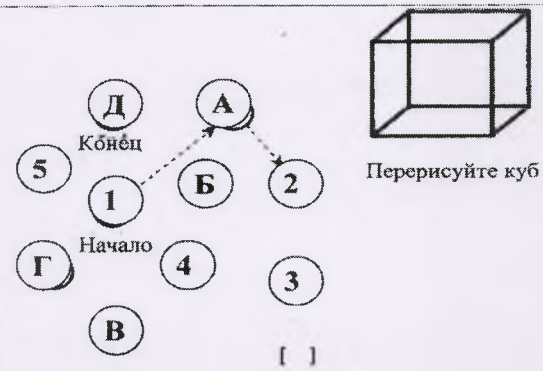
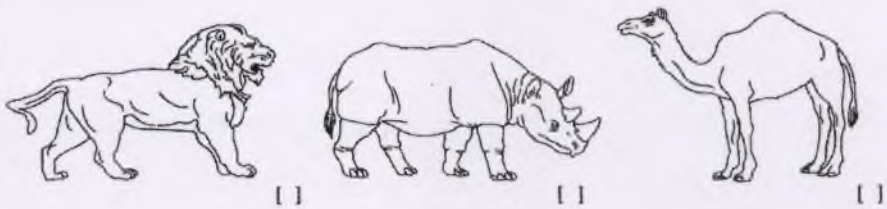
Время проведения МоСА-теста: ≈ 10 минут.

Интерпретация результатов:

- 26-30 баллов – норма;
- ≥25 баллов – когнитивные нарушения.

Монреальская шкала когнитивной оценки (МОСА)

ФИО:.....
Образование:.....
Дата рождения:.....
Дата обследования:.....

Оптико-пространственная деятельность/ исполнительные функции	Нарисуйте часы, которые показывают десять минут двенадцатого (3 пункта)	**Балл**
 [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] Контур Цифры Стрелки	__/5
Называние  [ ] [ ] [ ]		__/3

Память		ЛИЦО	ВЕЛЬВЕТ	ЦЕРКОВЬ	МАРГАРИТКА	КРАСНЫЙ	Нет баллов
Пациент повторяет прочитанные слова. Дается 2 попытки. Повторить вопрос через 5 минут.	1 раз						
	2 раз						

Внимание Прочитайте ряд цифр (1 цифра/с) Повторить в прямом порядке [ ] 2 1 8 5 4 Повторить в обратном порядке [ ] 7 4 2	__/2
Прочитайте ряд букв. Пациент должен хлопнуть рукой по столу на каждой букве А. Более 2 ошибок - 0 б. [ ] Ф Б А В М Н А А Ж Л Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б	__/1
Серия вычитаний из 100 по 7 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65	__/3
Речь Повторить: Я не знаю ничего, кроме того, что Ваня сегодня дежурит. [ ] Кошка всегда пряталась под диван, когда собака была в комнате. [ ]	__/2
Скорость / За одну минуту назовите как можно больше слов на букву «К» [ ]__(N≥11)	
Абстрактное мышление Сходство между предметами, например, банан и апельсин – фрукты [ ] поезд и велосипед [ ] часы и линейка	

Отсроченное воспроизведение	Без подсказки	ЛИЦО [ ]	ВЕЛЬВЕТ [ ]	ЦЕРКОВЬ [ ]	МАРГАРИТКА [ ]	КРАСНЫЙ [ ]	**Баллы без подсказки**
Необязательно для заполнения	Подсказка категории						__/5
	Выбор из предложенного						
Ориентировка	[ ] Число [ ] Месяц [ ]Год [ ] День недели [ ] Место [ ] Город						__/6

Сумма баллов _____/30

Прибавьте 1 балл, если образование ≤12 лет

Приложение 6

Модифицированная методика Мини-Ког

Назначение: скрининговая оценка наличия выраженных когнитивных нарушений. Позволяет бегло оценить наличие выраженных когнитивных нарушений.

Ограничения: недостаточно чувствительна к недементным КР.

Время проведения Мини-Ког теста ≈ 10 минут.

Процедура и инструкция

1 этап. Инструкция *«Повторите три слова: лимон, ключ, шар».* Слова должны произноситься максимально четко и разборчиво, со скоростью 1 слово в секунду. После того как пациент повторил все три слова, нужно попросить его: *«А теперь запомните эти слова. Повторите их еще один раз».* Добиться того, чтобы пациент самостоятельно вспомнил все три слова. *При необходимости предъявляем слова повторно до 5 раз.*

2 этап. *«Нарисуйте, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками. Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки должны указывать время без пятнадцати два».* Больной должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры, изобразить стрелки. Подсказки не допускаются. Больной также не должен смотреть на реальные часы у себя на руке или на стене. *Вместо без пятнадцати два можно попросить поставить стрелки на любое другое время.*

3этап. «*Вспомните три слова, которые мы учили в начале*». Если больной самостоятельно не может вспомнить слова, предлагается подсказка. Например: «Вы запоминали еще какой-то фрукт… инструмент… геометрическую фигуру».

Оценка результата. Пациент получает по одному баллу за каждое слово, повторенное без подсказки (всего 0–3 балла). За рисование часов (0-2 балла; 1 балл – все цифры расставлены в правильном порядке и приблизительно на то место, которое они занимают на циферблате. 1 балл – стрелки указывают правильное время; длина стрелок (часовая, минутная) не оценивается. 0 баллов – неспособность или отказ нарисовать часы.

Общий результат представляет собой сумму результатов двух заданий: «Запоминания слов» и «Рисования часов» и составляет от 0 до 5 баллов. Если ≥ 3 баллов основание предположить деменцию.

Примечание: многие пациенты с клинически значимыми когнитивными расстройствами набирают больше 2 баллов, поэтому *для большей чувствительности теста рекомендуется рассматривать как свидетельствующий о необходимости более глубокого обследования результат менее 4 баллов.*

Приложение 7

Батарея лобной дисфункции

Назначение: скрининг выраженности когнитивных нарушений, связанных с нарушением функции передних отделов головного мозга и лобно-подкорковых связей.

Оцениваемые когнитивные сферы: управляющие функции, внимание, память, вербальное мышление, речь, произвольные движения.

Время проведения теста FAB ≈ 10 минут.

1. Концептуализация (функция обобщения).

Пациента спрашивают: "Что общего между яблоком и грушей?" Правильным считают ответ, который содержит категориальное обобщение ("Это фрукты"). Если больной затрудняется или дает иной ответ, ему говорят правильный ответ. Потом спрашивают: "Что общего между столом и стулом?" .... "Что общего между пальто и курткой?" Каждое правильное категориальное обобщение (т. е. фрукты, мебель, одежда) оценивается в 1 балл. Максимальный балл в данном субтесте – 3, минимальный – 0.

2. Беглость речи.

Просят закрыть глаза и в течение минуты называть слова на букву "с". При этом имена собственные не засчитываются. Результат: более 9 слов за минуту – 3 балла, от 6 до 9 – 2 балла, от 3 до 5 – 1 балл, менее 3 – 0 баллов.

3. Динамический праксис.

Больному предлагается повторить за врачом одной рукой серию из трех движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола) - ребро (кисть ставится вертикально на медиальный край) - ладонь (кисть ставится горизонтально, ладонью вниз). При первых трех предъявлениях серии больной только следит за врачом, при вторых трех предъявлениях - повторяет движения врача, наконец последующие два раза по три серии делает самостоятельно. При самостоятельном выполнении подсказки больному недопустимы. Результат: правильное самостоятельное выполнение шести серий движений – 3 балла, трех серий – 2 балла; если сам пациент не справляется, но выполняет три серии совместно с врачом – 1 балл.

4. Простая реакция выбора.

Дается инструкция: "Сейчас я проверю Ваше внимание. Мы будет выстукивать ритм. Если я ударю один раз, Вы должны ударить два раза подряд. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз".

Выстукивается следующий ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата: правильное выполнение – 3 балла, не более 2 ошибок – 2 балла, много ошибок – 1 балл, персеверативное повторение ритма за врачом – 0 баллов.

5. Усложненная реакция выбора.

Дается инструкция: "Теперь если я ударю один раз, то Вы тоже один раз. Если я ударю два раза подряд, Вы ничего не должны делать". Выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата аналогично п.4.

6. Исследование хватательных рефлексов.

Больной сидит, его просят положить руки на колени ладонями вверх и проверяют хватательный рефлекс. Отсутствие хватательного рефлекса оценивается в 3 балла. Если больной спрашивает, должен ли он схватить, ставится оценка 2. Если больной хватает, ему дается инструкция не делать этого и хватательный рефлекс проверяется повторно. Если при повторном исследовании рефлекс отсутствует ставится 1, в противном случае – 0 баллов.

Интерпретация результатов:

- 16–18 баллов – норма, соответствуют нормальной лобной функции;
- 12–15 баллов – умеренная лобная дисфункция;
- ≥11 баллов – признаки деменции.

Бланк теста «Батарея лобной дисфункции»

Батарея лобной дисфункции

Концептуализация. .....____

•Что общего между яблоком и грушей?

•Что общего между пальто и курткой?

•Что общего между столом и стулом?

•. **Беглость речи**. Закрыть глаза и в течение минуты называть слова на букву "с". При этом имена собственные не засчитываются. Результат: более 9 слов за минуту - 3 балла, от 7 до 9 - 2 балла, от 4 до 6 - 1 балл, менее 4 - 0 баллов .....____

•.**Динамический праксис**. «Кулак-ладонь-ребро».При первом предъявлении серии больной только следит за врачом, при втором предъявлении - повторяет движения врача, наконец последующие две серии делает самостоятельно. Результат: правильное выполнение трех серий движений - 3 балла, двух серий - 2 балла, одной серии (совместно с врачом) - 1 балл. .....____

•.**Простая реакция выбора**. Дается инструкция: "Сейчас я проверю Ваше внимание. Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз, Вы должны ударить два раза подряд. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз". Выстукивается следующий ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата: правильное выполнение - 3 балла, не более 2 ошибок - 2 балла, много ошибок - 1 балл, полное копирование ритма врача - 0 баллов. .....____

•.**Усложненная реакция выбора**. Дается инструкция: "Теперь если я ударю один раз, то Вы ничего не должны делать. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз." Выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата аналогично п. выше. .....____

•.**Исследование хватательных рефлексов**. Больной сидит, его просят положить руки на колени ладонями вверх и проверяют хватательный рефлекс. Отсутствие хватательного рефлекса оценивается в 3 балла. Если больной спрашивает, должен ли он схватить, ставится оценка 2. Если больной хватает, ему дается инструкция не делать этого и хватательный рефлекс проверяется повторно. Если при повторном исследовании рефлекс отсутствует ставится 1, в противном случае - 0 баллов. .....____

Общий балл .....____

Нейропсихологическая экспресс-диагностика лиц с когнитивными расстройствами

Информационное письмо

Заведующая редакцией *Н.Б. Гончарова*
Редактор *Л.Б. Абрамова*
Компьютерная верстка *М.М. Абрамовой*

Подписано в печать 00.00.2023 г.
Формат 60x84/16. Гарнитура Century Schoolbook.
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 0,00
Тираж 00.
Федеральное государственное бюджетное учреждение
"Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского" Министерства здравоохранения
Российской Федерации
119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.