

В.В.Захаров, Т.Г.Вознесенская

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

*Под общей редакцией  
академика РАН **Н.Н.Яхно***

*7-е издание*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2022

УДК 616.8-07  
ББК 56.12  
3-38

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

**Захаров, Владимир Владимирович.**

3-38 Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В.В.Захаров, Т.Г.Вознесенская; под общ. ред. акад. РАН Н.Н.Яхно. – 7-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2022. – 320 с. : ил.

ISBN 978-5-907504-28-8.

В книге излагаются сведения, касающиеся эпидемиологии, патофизиологии, критериев диагностики когнитивных и некогнитивных нервно-психических расстройств. Важным разделом руководства является систематическое представление широко применяющихся тестов, шкал.

Руководство будет полезно для неврологов, психиатров и врачей других специальностей.

УДК 616.8-07  
ББК 56.12

ISBN 978-5-907504-28-8

© Захаров В.В., Вознесенская Т.Г., 2013  
© Оформление, оригинал-макет.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2013

---

# Оглавление

<b>Список сокращений</b> .....	4
<b>Предисловие</b> .....	5
<b>Глава 1. Когнитивные нарушения (В.В.Захаров)</b> .....	8
1.1. Введение .....	8
1.2. Определение когнитивных функций .....	11
1.3. Семиотика когнитивных нарушений .....	13
1.4. Причины когнитивных нарушений .....	31
1.5. Взаимосвязь когнитивных и других нервно-психических нарушений .....	41
1.6. Исследование гнозиса .....	42
1.7. Исследование памяти .....	51
1.8. Исследование речи .....	66
1.9. Исследование праксиса .....	78
1.10. Исследование управляющих функций .....	90
1.11. Исследование когнитивных функций в целом .....	103
<b>Глава 2. Некогнитивные нервно-психические расстройства при когнитивных нарушениях (Т.Г.Вознесенская)</b> .....	113
2.1. Введение в проблему и распространенность некогнитивных нервно-психических расстройств ...	113
2.2. Клиническая феноменология и подтипы некогнитивных нервно-психических расстройств ...	125
2.3. Клиническая оценка некогнитивных нервно-психических расстройств .....	158
2.4. Психометрические методики выявления некогнитивных нервно-психических расстройств ...	161
2.5. Собственные данные о применении ряда психометрических методик у больных с дисциркуляторной энцефалопатией и болезнью Альцгеймера и варианты их интерпретации .....	180
2.6. Клинический пример .....	193
<b>Приложения</b> .....	200
<b>Рекомендуемая литература</b> .....	307

---

## Предисловие

Неврология и психиатрия, изначально развивавшиеся в рамках общей клинической специальности, в начале XX века разделились. Это было связано с различными методологическими и концептуальными подходами. В диагностике неврологических заболеваний и анализе патофизиологии симптомов и синдромов важнейшее место занимал топический диагноз – поиск зоны определенной или предполагаемой органической деструкции поражения нервной системы. Клинический подход психиатров базировался на выделении психопатологических синдромов, их течения и обусловленности наследственными, психологическими, социальными или соматическими нарушениями без привязки к определенным структурам или анатомо-функциональным системам мозга. Предметом клинической неврологии стали формы органического поражения нервной системы, в частности головного мозга, диагностируемые главным образом на основе анализа двигательных и чувствительных расстройств. Клинический анализ нарушений психической сферы, в лучшем случае, ограничивался кратким исследованием речи, гнозиса, праксиса, памяти. В дальнейшем изучение и диагностика расстройств этих психических функций перешла в компетенцию нейропсихологов. Применительно к клиническим задачам практические аспекты нейропсихологии за рубежом стали обозначаться как «поведенческая неврология». Неврологи, не владея в достаточной степени методами исследования когнитивных и некогнитивных (эмоциональных и поведенческих) расстройств, устранились от их анализа. А между тем, едва ли существуют формы органической патологии головно-

го мозга, при которых не изменялись бы или не нарушались, пусть даже и «субклинически», те или иные психические функции. В различных комбинациях нервно-психические расстройства служат проявлениями таких неврологических заболеваний, как острые и хронические нарушения мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, паркинсонизм и другие двигательные расстройства, эпилепсия, нейродегенеративные и наследственные заболевания, инфекции, последствия черепно-мозговых травм и др. Отсутствие анализа психической сферы, часто необходимого для диагностики, лечения и реабилитации больных, приводит к тому, что проводится лечение и реабилитация не больного, а отдельных неврологических расстройств.

В последней четверти XX века в зарубежной психиатрии возник новый раздел – «органическая психиатрия», развившийся позднее в субспециальность «нейропсихиатрия». Развитию этого направления способствует усовершенствование методов прижизненного нейровизуализационного исследования головного мозга и лабораторного анализа структурных и нейрохимических нарушений, выявляющих морфофункциональную основу психических расстройств. Но без участия неврологов в полной мере решать вопросы диагностики и лечения нервно-психических расстройств при органических, дисметаболических и токсических поражениях головного мозга невозможно.

Как же преодолеть имеющуюся проблему – «расстыковки» неврологии и психиатрии. Существует несколько путей. Первый – обеспечить систематическое обследование психиатрами больных с неврологическими формами патологии головного мозга, а неврологов чаще привлекать к обследованию больных с психоорганическими синдромами, что практически невозможно. Второй – развивать нозоло-

гическую или синдромологическую субспециализацию – эпилептологию, паркинсонологию, нейротравматологию и т. д., что частично и происходит, но невозможно в полной мере в нашей реальной практике. Третий – снабдить неврологов и психиатров формализованными методами исследования нервно-психических нарушений на базе знаний о нейробиологических основах их развития как дополнение к клиническому анализу. Последний путь – не идеальный, но частично эту трудную проблему решает. Это находится и в русле общей тенденции в клинической медицине применения количественных и качественных шкал и опросников для формализованной оценки наличия и выраженности симптомов и синдромов.

Представляемая книга подготовлена сотрудниками клиники нервных болезней им. А. Я. Кожевникова, профессорами Т. Г. Вознесенской и В. В. Захаровым длительное время занимающимися нервно-психическими нарушениями при неврологических, соматических и пограничных психических заболеваниях. В книге излагаются сведения, касающиеся эпидемиологии, патофизиологии, критериев диагностики когнитивных и некогнитивных нервно-психических расстройств. Важным разделом руководства является систематическое представление широко применяющихся тестов, шкал. Они, безусловно, не являются методами диагностики заболеваний, в которой главным остается клинический анализ, а служат инструментом выявления и оценки тяжести тех или иных нервно-психических расстройств. Это руководство будет полезно для неврологов, психиатров и врачей других специальностей.

*Академик РАН,  
заслуженный деятель науки РФ,  
профессор Н. Н. Яхно*

---

# Глава 1. Когнитивные нарушения

*В.В.Захаров*

## **1.1. Введение**

Нарушение когнитивных функций является одним из наиболее распространенных неврологических расстройств, оно возникает вследствие большого числа различных по этиологии и патогенезу заболеваний головного мозга. Особенно велика распространенность неврологических заболеваний с клинической картиной когнитивных расстройств среди лиц пожилого возраста. По статистике, от 5 до 25% и более (в зависимости от возраста) пожилых людей страдают деменцией. В абсолютных цифрах это составляет не менее 30 млн пациентов в мире.

Наличие деменции существенно снижает качество жизни как самого пациента, так и его ближайших родственников, вызывает дополнительные трудности при диагностике и лечении сопутствующих заболеваний, так как врачи испытывают сложности при сборе анамнеза, оценке жалоб больного, не могут быть уверены в надлежащем исполнении врачебных рекомендаций. В результате смертность среди пациентов с деменцией значительно превышает среднестатистическую смертность среди пожилых лиц.

Деменция представляет собой не только медицинскую, но и серьезную социально-экономическую проблему. Следует учитывать, что она приводит не только к прямым экономическим потерям в виде расходов общества на лечение и уход за пациентами. Еще более значительны так называемые косвенные потери, связанные с тем, что родственники пациента зачастую не могут продолжать работать в прежнем объеме и качестве. При этом наибольшие экономические потери возникают при переходе на стадию

умеренной деменции, когда пациенты не могут обслуживать себя в быту самостоятельно и регулярно нуждаются в посторонней помощи. Следует отметить, что переход на стадию умеренной деменции одновременно означает существенное снижение потенциальной возможности оказания медицинской помощи данной категории пациентов. Поэтому представляется весьма целесообразным как можно более раннее установление диагноза деменции и своевременное начало современной базисной терапии (табл. 1.1), на фоне которой продолжительность самостоятельной жизни пациентов может быть существенным образом удлинена.

Деменция – это наиболее тяжелые когнитивные расстройства, которые приводят к дезадаптации пациента в профессио-

**Таблица 1.1. Лечение когнитивных нарушений**

<b>Деменция</b>	Основная терапия	Мемантин Ингибиторы ацетилхолинэстеразы
	Дополнительная терапия	Нейропротективные и вазотропные препараты: Актовегин, цитиколин, холина альфосцерат, церебролизин, стандартный экстракт гинкго билоба, ницерголин
<b>Недементные когнитивные нарушения</b>	Основная терапия	Нейропротективные и вазотропные препараты: Актовегин, цитиколин, холина альфосцерат, стандартный экстракт гинкго билоба, винпоцетин, этилметил-гидроксипиридина сукцинат, ницерголин, пирибедил, Диваза (аффинно очищенные антитела в релиз-активной форме к мозгоспецифическому белку S-100 [P-A AT S-100] и эндотелиальной NO-синтазе [P-A AT к eNOS]) и др.
	Альтернативная терапия	Мемантин



Таблица 1.12. Основные причины когнитивных нарушений

<b>I. Нейродегенеративные заболевания</b>	<p><b>I.A. С преимущественным поражением коры головного мозга:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. БА</li> <li>2. ЛВД</li> <li>3. Первичная прогрессирующая афазия</li> <li>4. ЗКА</li> </ol> <p><b>I.B. С преимущественным поражением подкорковых базальных ганглиев</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. БП</li> <li>2. Прогрессирующий надъядерный паралич</li> <li>3. Болезнь Гентингтона</li> </ol> <p><b>I.B. Сочетанное поражение корковых и подкорковых структур</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кортико-базальная дегенерация</li> <li>2. ДТЛ</li> </ol>
<b>II. Сосудистые заболевания головного мозга</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Инсульт «стратегической» локализации</li> <li>2. ДЭ</li> </ol>
<b>III. Смешанные (сосудисто-дегенеративные) когнитивные нарушения</b>	
<b>IV. Дисметаболические энцефалопатии</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипоксическая</li> <li>2. Печеночная</li> <li>3. Почечная</li> <li>4. Гипогликемическая</li> <li>5. Дистиреоидная (гипотиреоз, тиреотоксикоз)</li> <li>6. Дефицитарные состояния (дефицит витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, фолиевой кислоты, белков)</li> <li>7. Промышленные и бытовые интоксикации</li> <li>8. Ятрогенные когнитивные нарушения (при применении холинолитиков, барбитуратов, бензодиазепинов, нейролептиков, солей лития и др.)</li> </ol>

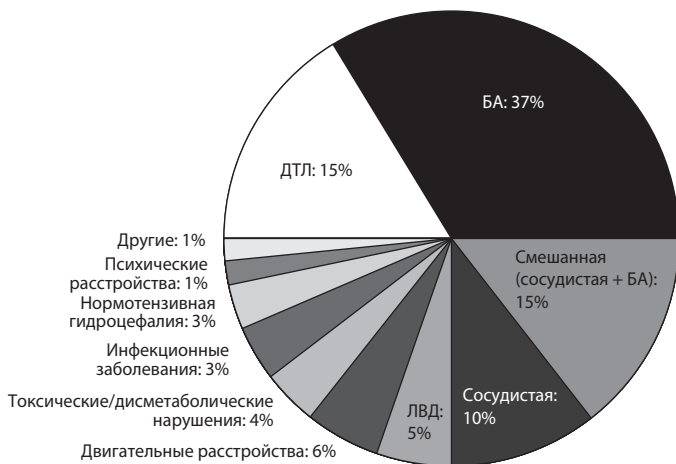
Таблица 1.12 (окончание)

<b>V. Нейроинфекции и демиелинизирующие заболевания</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия</li> <li>2. Губчатый энцефалит (болезнь Крейтцфельдта–Якоба)</li> <li>3. Прогрессирующие панэнцефалиты (коровой, краснушный и др.)</li> <li>4. Последствия острых и подострых менингоэнцефалитов</li> <li>5. Прогрессирующий паралич</li> <li>6. Рассеянный склероз</li> <li>7. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия</li> </ol>
<b>VI. Черепно-мозговая травма</b>	
<b>VII. Опухоль головного мозга</b>	
<b>VIII. Ликвородинамические нарушения</b>	Нормотензивная (арезорбтивная) гидроцефалия
<b>IX. Другие</b>	

сочетание БА с цереброваскулярным заболеванием и ЛВД. В общей сложности указанные нозологические формы ответственны более чем за 80% когнитивных нарушений (см. рис. 1.3). Нозологическая структура недементных когнитивных нарушений нуждается в дальнейших исследованиях.

В России крупных популяционных исследований распространенности и нозологической структуры когнитивных расстройств не проводилось. Опыт лаборатории нарушений памяти, созданной на базе клиники нервных болезней им. А.Я.Кожевникова в 2003 г., свидетельствует, что нозологическая структура деменции в нашей стране приблизительно соответствует международным данным.

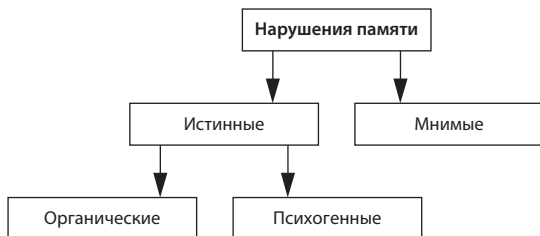
К настоящему времени проанализированы данные клинико-психологического исследования 1390 первичных пациен-



**Рис. 1.3.** Нозологическая структура деменции по данным международных эпидемиологических исследований (цит. по: Cummings J.L. et al., 2004).

тов (из них 536 мужчин и 854 женщин), проконсультированных в лаборатории нарушений памяти с 2003-го по 2010 г. Возраст пациентов составил от 19 до 94 лет, средний возраст пациентов –  $66,0 \pm 15,7$  года. Из них 435 пациентов (31,1%) были моложе 65 лет, а 960 (68,8%) старше 65 лет.

У 1288 пациентов (92,3%), обратившихся в клинику, были выявлены когнитивные расстройства различной степени выраженности (табл. 1.13). 73 пациента (5,2%) предъявляли жалобы на снижение памяти, однако при объективном нейропсихологическом исследовании результаты тестов не выходили за рамки общепринятой возрастной нормы (так называемые субъективные когнитивные нарушения).



**Рис. 1.9.** Классификация нарушений памяти.

падает в поле их внимания, а если этого не происходит, обвиняют в этом свою «плохую память». Такие «расстройства памяти» можно назвать «мнимыми нарушениями» (рис. 1.9). Широко распространенными проявлениями «мнимых нарушений памяти» являются следующие жалобы: «не помню, куда положил», «не помню, зачем пришел в комнату», «не могу вспомнить фамилию актера (политика, иного известного деятеля), которого хорошо знаю». Очевидно, что подобные явления эпизодически отмечаются у подавляющего большинства абсолютно здоровых лиц.

Конечно, пациент с «мнимыми» мнестическими расстройствами едва ли пойдет со своими жалобами к врачу. Обычно они высказываются лишь в ответ на направленный вопрос во время консультации по поводу других проблем. При этом, признавая свою плохую память, пациент, скорее всего, сообщит, что «она всегда была плохой» и не будет выражать по этому поводу особенного беспокойства. В то же время активные жалобы на забывчивость, высказанные спонтанно или вызывающие серьезное беспокойство пациента (или его родственников, друзей, сослуживцев и др.), всегда представляют собой патологический симптом, который может быть связан с органическим поражением

---

## **Глава 2. Некогнитивные нервно-психические расстройства при когнитивных нарушениях**

*Т.Г.Вознесенская*

### **2.1. Введение в проблему и распространенность некогнитивных нервно-психических расстройств**

К некогнитивным нервно-психическим расстройствам (ННПР) относятся эмоциональные и поведенческие симптомы, которые являются практически обязательным сопровождением когнитивных нарушений. Наравне с ННПР в литературе используются термины «нейро-психиатрические расстройства», «поведенческие и психологические симптомы при деменции», «поведенческие и эмоциональные нарушения».

К основным ННПР относятся расстройства эмоционально-аффективного спектра (тревога, депрессия, эмоциональная лабильность/раздражительность), поведенческие нарушения (апатия, агитация, агрессия, нарушения сна и пищевого поведения), а также психотические симптомы (бредовые идеи, галлюцинации).

Спектр и выраженность ННПР при когнитивных нарушениях зависят от степени когнитивных нарушений и нозологической формы заболевания. Существенно, что ННПР, как правило, начинаются на недементных стадиях когнитивных расстройств. ННПР всегда отрицательно влияют на когнитивные функции и адаптивные возможности пациента.

Анализ ННПР при когнитивных расстройствах позволяет:

- лучше диагностировать заболевание на его ранних стадиях;
- прогнозировать стабильное или прогрессирующее течение;
- оптимизировать лечение и тем самым улучшить качество жизни пациента и снизить дистресс у родственников.

Одновременное присутствие ННПР и когнитивных нарушений наблюдаются в основном у пациентов с различными органическими заболеваниями головного мозга. Существование некогнитивных и когнитивных расстройств объясняется участием в их происхождении общих структур и систем мозга. Патологические изменения в головном мозге могут иметь как опосредованное влияние на развитие ННПР, так и играть ключевую патофизиологическую роль. Причинно-следственные соотношения ННПР и когнитивных нарушений различны и трудно определяемы. Рассматриваются следующие варианты соотношенности расстройства когнитивных функций и ННПР.

1. Эмоционально-аффективные ННПР могут возникать как психологическая реакция на когнитивное снижение и/или другой неврологический дефект.

2. Ряд ННПР, например депрессия, рассматриваются как независимый фактор риска развития цереброваскулярных и нейродегенеративных заболеваний через порождаемые ими патофизиологические изменения («глюкокортикоидный каскад», снижение мозгового нейротрофического фактора, нарушение нейропластичности и т.д.).

3. ННПР могут быть симптомом развивающегося органического поражения мозга сосудистого или нейродегенеративного характера, т.е. иметь общие с ними патофизиологические механизмы.