

СИЛА ДВИЖЕНИЯ

БЫСТРАЯ И ДЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА ДЕЙСТВИЯ^{1,2}

В клиническом исследовании оценки скорости эффекта^{1,2,a}

- Быстрый обезболивающий эффект уже через **24 минуты**
- Длительный обезболивающий эффект до **24 часов**



ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТА АРКОКСИА® В РОССИИ²

Остеoarтроз	60 мг
Ревматоидный артрит	90 мг
Анкилозирующий спондилит	90 мг
Острый подагрический артрит	120 мг ^b

Приведенные дозы для каждого показания соответствуют максимальным рекомендуемым суточным дозам.

^bПрепарат АРКОКСИА® 120 мг следует использовать только для купирования острой боли; длительность терапии при этом не должна превышать 8 суток².

1 РАЗ В СУТКИ

Аркоксия®
(эторикоксиб, MSD)

^aВ рандомизированное, двойное слепое, параллельное исследование различных доз с плацебо- и активным контролем было включено 398 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте 16 лет и старше, страдавших болевым синдромом умеренной и выраженной интенсивности после экстракции двух или более 111 моляров, в том числе минимум один из которых был частично ретенирован. Пациенты получали препарат АРКОКСИА® в дозах 60 мг (n = 75), 120 мг (n = 76), 180 мг (n = 74) и 240 мг (n = 76) 1 раз в сутки, ибупрофен в дозе 400 мг 1 раз в сутки (n = 48) или плацебо (n = 49). Первичной конечной точкой исследования являлось полное купирование боли через 8 часов после приема препаратов.

Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата АРКОКСИА®

ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: АРКОКСИА®, МНН: эторикоксиб. СОСТАВ: на 1 таблетку: эторикоксиб 60 мг, 90 мг, 120 мг. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП). Эторикоксиб является селективным ингибитором ЦОГ-2, в терапевтических концентрациях блокирует образование простагландинов и обладает противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием. Селективное подавление ЦОГ-2 эторикоксибом сопровождается уменьшением выраженности клинических симптомов, связанных с воспалительным процессом, при этом отсутствует влияние на функцию тромбоцитов и слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Симптоматическая терапия: остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, болей и воспалительной симптоматики, связанной с острым подагрическим артритом. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, независимо от приема пищи, запивая небольшим количеством воды. Остеoarтроз: Рекомендуемая доза составляет 60 мг один раз в день. Ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит: Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день. Острый подагрический артрит: Рекомендуемая в остром периоде доза составляет 120 мг один раз в день. Продолжительность использования препарата в дозе 120 мг составляет не более 8 дней. Следует использовать минимальную эффективную дозу минимально возможным коротким курсом. Средняя терапевтическая доза при болевом синдроме составляет однократно 60 мг в день. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата; полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других НПВП (в т.ч. в анамнезе); эрозивно-язвенные изменения слизистой желудка или 12-перстной кишки, активное желудочно-кишечное кровотечение; цереброваскулярное или иное кровотечение; воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) в фазе обострения; гемофилия и другие нарушения свертываемости крови; выраженная сердечная недостаточность (NYHA II-IV); выраженная печеночная недостаточность (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) или активное заболевание печени; выраженная почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), прогрессирующие заболевания почек, подтвержденная гиперкалиемия; период после проведения аортокоронарного шунтирования; заболевания периферических артерий, цереброваскулярные заболевания, клинически выраженная ишемическая болезнь сердца; стойко сохраняющиеся значения артериального давления, превышающие 140/90 мм рт. ст. при неконтролируемой артериальной гипертензии; беременность, период грудного вскармливания; детский возраст до 16 лет. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: Язвенные поражения ЖКТ в анамнезе, наличие инфекции *Helicobacter pylori*, пожилой возраст, длительное использование НПВП, частое употребление алкоголя, тяжелые соматические заболевания, дислипидемия/гиперлипидемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, отеки и задержка жидкости, курение, клиренс креатинина менее 60 мл/мин, сопутствующий прием некоторых препаратов (антикоагулянты, антиагреганты, пероральные глюкокортикостероиды и др.). У пациентов с печеночной недостаточностью (5-9 баллов по шкале Чайлд-Пью) рекомендуется не превышать суточную дозу 60 мг. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: Прием препарата АРКОКСИА® требует тщательного контроля артериального давления, а также показателей функции печени и почек. Не следует применять препарат одновременно с другими НПВП. Применение препарата может отрицательно влиять на фертильную функцию у женщин и не рекомендуется женщинам, планирующим беременность. В период лечения необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстрых психомоторных реакций. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ (ниже перечислены наиболее важные варианты проявления побочного действия препарата): Эпигастральная боль, тошнота, диарея, диспепсия, метеоризм; головная боль, головокружение, слабость; сердцебиение, повышение АД; экхимозы; отеки, задержка жидкости; гриппоподобный синдром; повышение «печеночных» трансаминаз. ФОРМА ВЫПУСКА: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 60 мг, 90 мг, 120 мг. По 2, 4, 7 или 14 таблеток в блистер из пленки ПВХ и алюминиевой фольги. По 1 или 2 блистера в картонной пачке вместе с инструкцией по применению. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ: Хранить при температуре не выше 30°C. Хранить в недоступном для детей месте. СРОК ГОДНОСТИ: 2 года. Не использовать препарат по истечении срока годности. УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК: По рецепту врача. ФИРМА-ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: «Мерк Шарп и Доум Б.В.», Нидерланды. Представительство в России: «Мерк Шарп и Доум Идея, Инк.», 121059, Россия, Москва, площадь Европы, 2, Гостиница "Рэдиссон-Славянская", Южное крыло, тел. (495) 941-82-75, факс (495) 941-82-76.

Литература: 1. Malmstrom K, Sapre A, Coughlin H, et al. Etoricoxib in ash te pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled dose-ranging study. Clin Ther. 2004; 26(5):667-679. 2. Данные компании MSD. Перед назначением препарата АРКОКСИА® пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению, в особенности с разделами, посвященными противопоказаниям и мерам предосторожности.



Мерк Шарп и Доум ИДЕА, Инк. 121059, Россия, Москва, площадь Европы, 2. Тел.: (495) 941-82-75. Факс: (495) 941-82-76. Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению. Аркоксия® Зарегистрированная торговая марка компании Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. Авторские права MSD Idea Inc, Glattbrugg, Switzerland, 2009. Все права защищены. 07-11-ACX-2009-RUCA-013(W-1245704)-J.

НЕВРОЛОГИЯ ПСИХИАТРИЯ ПСИХОСОМАТИКА

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

акад. РАМН Н.Н. Яхно

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

д.м.н., проф. В.А. Парфенов

Заместитель главного редактора

к.м.н., доцент Н.Л. Зуйкова

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

д.м.н., проф. Г.Н. Бельская (Челябинск)
д.м.н., проф. А.Е. Бобров (Москва)
к.м.н., доцент А.М. Бурно (Москва)
д.м.н., проф. П.Н. Власов (Москва)
д.м.н., проф. Т.Г. Вознесенская (Москва)
к.м.н. Л.И. Волкова (Екатеринбург)
д.м.н., проф. С.И. Гаврилова (Москва)
д.м.н. В.В. Захаров (Москва)
д.м.н., проф. А.С. Кадыков (Москва)
д.м.н., проф. В.Б. Ласков (Курск)
А.Г. Меркин (Москва)
д.п.н., проф. Ю.В. Микадзе (Москва)
к.м.н. Е.М. Наркевич (Москва)
д.м.н., проф. Е.В. Ощепкова (Москва)
д.м.н. И.С. Преображенская (Москва)
д.м.н. А.П. Рачин (Смоленск)
д.м.н., проф. Л.В. Ромасенко (Москва)
д.м.н., проф. Н.А. Тювина (Москва)
д.м.н., проф. А.В. Фонякин (Москва)

SCIENCE EDITOR

Acad. RAMS N.N. Yakhno

EDITOR-IN-CHIEF

Prof. V.A. Parfenov, MD

Deputy Editor-in-Chief

N.L. Zuykova, PhD

EDITORIAL BOARD

Prof. G.N. Belskaya, MD (Chelyabinsk)
Prof. A.E. Bobrov, MD (Moscow)
A.M. Burno, PhD (Moscow)
Prof. A.V. Fonyakin, MD (Moscow)
Prof. S.I. Gavrilova, MD (Moscow)
Prof. A.S. Kadykov, MD (Moscow)
Prof. V.B. Laskov, MD (Kursk)
A.G. Merkin (Moscow)
Prof. Y.V. Mikadze, MD (Moscow)
E.M. Narkevich, PhD (Moscow)
Prof. E.V. Oschepkova, MD (Moscow)
I.S. Preobrazhenskaya, MD (Moscow)
A.P. Rachin, MD (Smolensk)
Prof. L.V. Romasenko, MD (Moscow)
Prof. N.A. Tyuvina, MD (Moscow)
L.I. Volkova, PhD (Ekaterinburg)
Prof. P.N. Vlasov, MD (Moscow)
Prof. T.G. Voznesenskaya, MD (Moscow)
V.V. Zakharov, MD (Moscow)

2 2010

Литературный редактор А.Г. Петрова
Корректор Т.И. Степанова

Дизайн и верстка: ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции:

123104, Москва, а/я 68, ООО «ИМА-ПРЕСС»

Телефон: (495) 721-48-20

e-mail: info@ima-press.net

При перепечатке материалов ссылка на журнал
обязательна. Мнение редакции может не совпадать
с точкой зрения авторов публикуемых материалов.

Журнал представлен в Научной электронной библиотеке <http://www.elibrary.ru>
и на сайте Российского общества по изучению головной боли <http://headache-society.ru/zhurnalyi/index.php>

Ответственность за содержание рекламы несут
рекламодатели.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой
по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.
ПИ № ФС 77-35 419 от 20 февраля 2009 г.

Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика,
2010, №2, 1–96

Отпечатано в типографии ООО «Графика».

Тираж 3000 экз.

Л Е К Ц И И

В.В. Захаров

Умеренные когнитивные нарушения как мультидисциплинарная проблема	5
---	---

С.А. Громова, Г.Р. Табеева

Менструальная мигрень: эпидемиология, патогенез, диагностика, клинические особенности	11
---	----

Г.Р. Табеева, А.В. Сергеев

Цервикогенная головная боль: патофизиология, клиника, подходы к терапии	19
---	----

Л.Р. Зенков

Нейропатология эпилептических энцефалопатий и непароксизмальных эпилептических расстройств и принципы их лечения	26
---	----

С.К. Волков

Вертебрально-базиллярная недостаточность: клинические и диагностические аспекты	33
---	----

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

О.И. Мохова

Коррекция холинергического дефицита у пациентов с сосудистой деменцией	40
--	----

В.П. Зыков, С.А. Кабанова

Клинико-электроэнцефалографические критерии эффективности терапии рислопептом у детей с синдромом Туретта	46
--	----

В.А. Парфенов, О.В. Абдулина, М.В. Замерград

Дифференциальная диагностика и лечение вестибулярного головокружения	49
--	----

Т.С. Барыкова, Е.В. Фастаковская

Вестибулярное головокружение в неотложной неврологии и шейный остеохондроз	55
--	----

М.Л. Поспелова

Цервикогенная головная боль: особенности комплексной терапии препаратами Амелотекс и КомплигамВ	58
--	----

Л.П. Пономарева, Н.Ф. Тимошкина,

Л.Н. Саранцева, А.А. Буланов

Клинический опыт применения церетона при ишемическом инсульте и дисциркуляторной энцефалопатии	62
---	----

Ф А Р М А К О Э К О Н О М И К А

П.Н. Власов, Н.В. Орехова, М.В. Леонова

Фармакоэкономический анализ «стоимость— эффективность» в оценке результативности лечения эпилепсии у взрослых	66
--	----

Ф А Р М А К О Т Е Р А П И Я

А.В. Фонакин

Ацетилсалициловая кислота в профилактике и лечении ишемического инсульта	71
--	----

В.В. Бадюкин

Анкилозирующий спондилит и симптом-модифицирующие препараты в его терапии	77
---	----

Е.В. Портнягина, А.Ф. Портнягин

Цели и возможности антиагрегантной терапии в неврологической практике	83
---	----

Д.Ю. Вельтищев

Возможности применения препарата Танакан® в терапии генерализованного тревожного синдрома	88
---	----

АННОТАЦИИ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В НОМЕРЕ	93
---	----

Найз®



**Нестероидный противовоспалительный
препарат нового поколения**
(селективный ингибитор ЦОГ-2)



упаковок препарата с 2002 года

**Доверие,
основанное на опыте**



*** Данные продаж бренда Найз за период
1 квартал 2002 – 1 квартал 2009. Количество указано в упаковках.**

Источник: ЦМИ «Фармэксперт» – Мониторинг розничных продаж ЛС в России

В.В. Захаров

Кафедра нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова

Умеренные когнитивные нарушения как мультидисциплинарная проблема

*Moderate cognitive disorders as a multidisciplinary problem**V.V. Zakharov**Department of Nervous Diseases, I.M. Sechenov Moscow Medical Academy*

Moderate cognitive disorders (MCD) are the acquired diminution of one or a few cognitive functions, which is outside the normal age values, but does not achieve the degree of dementia. Alzheimer's disease or cerebrovascular insufficiency is the most common causes of MCD. In most cases, MCD is a progressive condition and transforms into dementia with time. Therefore it is expedient to diagnose MCD and initiate its therapy as soon as possible. The management of patients with MDC should be individualized by taking into account the polyetiological nature of this pathological condition. It is mandatory to make a screening of systemic dysmetabolic disorders and neuroimaging, to detect and compensate for existing cardiovascular diseases, and to correct the patient's emotional status. It is also advisable to affect cerebral microcirculation and neurometabolic processes.

Key words: moderate cognitive disorders, cerebrovascular insufficiency, neurodegenerative process, vasoactive therapy.

Vladimir Vladimirovich Zakharov: zakharovenator@gmail.ru

Когнитивные функции представляют собой наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляются процесс рационального познания мира и взаимодействие с ним (табл. 1). Будучи наиболее сложно организованными, когнитивные функции в то же время весьма уязвимы при различных патологических состояниях. Когнитивные нарушения отмечаются как при первичном органическом поражении головного мозга, так и при энцефалопатии, вторичной по отношению к различным соматическим или эндокринным заболеваниям. Поэтому когнитивные нарушения являются междисциплинарной проблемой, с которой регулярно сталкиваются не только неврологи и психиатры, но и терапевты, эндокринологи, кардиологи и врачи других специальностей. При этом анализ когнитивного статуса пациента необходим как для установления диагноза и уточнения особенностей заболевания, так и для выработки оптимальной тактики ведения пациента.

Классификация когнитивных нарушений. С практических позиций для определения тактики ведения пациента важно оценить выраженность имеющихся когнитивных расстройств. Выделяют *легкие, умеренные и тяжелые* нарушения [1–3].

Тяжелыми признаются когнитивные нарушения, вызывающие непреодолимые затруднения в повседневной жизни. При этом пациент лишается независимости и самостоятельности, по меньшей мере, в одном из следующих видов повседневной деятельности: работа, хобби и увлечения, роль в семье, взаимодействие с другими людьми (например, с лечащим врачом), пользование автомашиной, компьютером, бытовой техникой, самообслуживание. Если нарушения отмечаются только в одной когнитивной сфере, говорят о тяжелой афазии, агнозии, амнезии или апраксии. При одновременном страдании нескольких когнитивных функций правомерен диагноз синдрома *деменции*. По эпидемиологическим данным, распространенность деменции среди лиц старше 65 лет составляет не менее 5%, значительно увеличиваясь в старших возрастных группах [4, 5].

Умеренные когнитивные нарушения (УКН) представляют собой снижение одной или нескольких когнитивных способностей по сравнению с преморбидным уровнем, выходящее за рамки нормативных показателей, но не лишающее больного независимости и самостоятельности в повседневной жизни. При этом когнитивное снижение осознается субъективно и/или заметно для окружающих и подтвер-

Таблица 1. Когнитивные функции

Память: способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить приобретенную информацию. *Амнезия* — нарушение памяти

Восприятие (гнозис): способность распознавать поступающую от органов чувств информацию. *Агнозия* — нарушение узнавания при сохранной чувствительности

Двигательные навыки (праксис): способность приобретать, сохранять и использовать приобретенные навыки целенаправленных действий. *Апраксия* — трудности выполнения целенаправленных действий в отсутствие паралича, атаксии и других первичных двигательных нарушений

Речь: способность обмениваться информацией с помощью слов. *Афазия* — нарушение понимания речи и/или построения речевого высказывания

Интеллект: способность к анализу, обобщению, выявлению сходств и различий, построению логических умозаключений

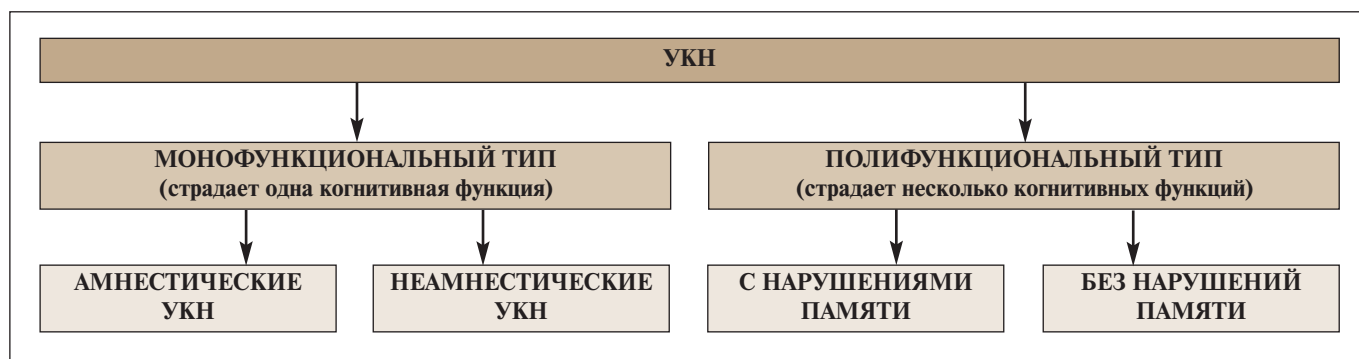


Рис. 1. Клиническая классификация УКН

ждается с помощью объективных методов исследования (нейропсихологических тестов), но не вызывает профессиональной или социальной дезадаптации. Распространенность УКН составляет 12—17% среди лиц старше 65 лет [5, 6]. Более половины случаев носят прогрессирующий характер и со временем трансформируются в деменцию. Однако нередко наблюдаются длительное стационарное состояние и даже обратное развитие УКН [3, 7—9].

В зависимости от клинических особенностей выделяют четыре основных варианта синдрома УКН (рис. 1). Наиболее неблагоприятными в прогностическом отношении вариантами являются монофункциональный амнестический и полифункциональный с нарушениями памяти. Большинство исследователей рассматривают данные клинические варианты УКН как начальные клинические проявления болезни Альцгеймера (БА). Риск развития деменции у пациентов с данными вариантами УКН составляет 10—15% в год, что в 7,5—15 раз выше среднестатистического риска для пожилых лиц [3, 7—9].

Легкие когнитивные нарушения — это незначительное ухудшение когнитивных способностей, которое выявляется только при решении наиболее сложных когнитивных задач, не оказывает какого-либо влияния на повседневную деятельность. Пациенты с легкими когнитивными нарушениями иногда жалуются на эпизодическую забывчивость и повышенную утомляемость при интенсивной умственной работе. Однако для верификации когнитивного снижения в таких случаях необходимо использовать высокочувствительные нейропсихологические тесты. По данным исследований, проведенных на кафедре нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова, на этапе легких когнитивных нарушений страдает преимущественно нейродинамическая составляющая высших мозговых функций: скорость реакции, способность длительно поддерживать напряженную интеллектуальную активность, работать с несколькими источниками информации одновременно. Скудость клинической симптоматики на этапе легких когнитивных нарушений делает весьма проблематичными эпидемиологические исследования их распространенности среди пожилых лиц [2, 10, 11].

Этиология УКН. УКН — это полиэтиологический синдром, который развивается при различных заболеваниях го-

лового мозга. Установление точного нозологического диагноза УКН далеко не всегда является простой задачей ввиду мягкости симптоматики. Поэтому до настоящего времени не проведено крупных эпидемиологических исследований нозологической структуры УКН. Однако результаты долговременных наблюдений за пациентами свидетельствуют, что при прогрессирующем характере когнитивных нарушений их причиной чаще всего является БА. Отдельные клинико-морфологические сопоставления также свидетельствуют, что самой частой причиной синдрома УКН является БА. В целом, по общему мнению, нозологическая структура УКН соответствует этиологии деменции в пожилом возрасте (рис. 2). Это предположение представляется обос-

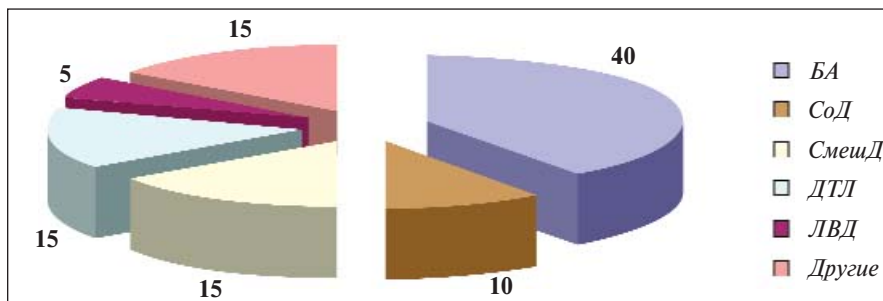


Рис. 2. Нозологический спектр (в %) деменций пожилого возраста.

СмешД — смешанная деменция, ЛВД — лобно-височная дегенерация, СосД — сосудистая деменция, ДТЛ — деменция с тельцами Леви

нованным ввиду того, что УКН прогрессирующего течения отражает начальные стадии дементирующего процесса. В то же время не исключено, что непрогрессирующий или малопрогрессирующий синдром УКН может быть несколько чаще, по сравнению с деменцией, связан с цереброваскулярной или иной патологией. Необходимы дальнейшие исследования, которые могли бы прояснить данный вопрос.

Диагностика УКН. Согласно общепринятым диагностическим критериям (табл. 2), синдромальный диагноз УКН базируется на жалобах больного и/или информации о когнитивном снижении, полученной от третьего лица, и результатах объективной оценки когнитивной функции.

Пациенты с синдромом УКН могут предъявлять жалобы на снижение памяти, трудности сосредоточения, повышенную утомляемость при умственной работе, затрудненность поиска нужного слова в разговоре, ошибки выполнения счетных операций. Реже пациенты жалуются на трудности ориентировки в пространстве, нарушение узнавания

Таблица 2. *Диагностические критерии синдрома умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте [12]*

1. Снижение когнитивных функций по словам самого пациента и/или по мнению его ближайшего окружения (родственников или сослуживцев)
2. Снижение результатов нейропсихологических тестов по сравнению с нормативными данными
3. Ухудшение когнитивных функций в последнее время
4. Нет ограничений в повседневной жизни (больные, однако, могут испытывать затруднения в сложных и/или необычных для них видах активности)
5. Деменция отсутствует

знакомых лиц. Иногда жалобы когнитивного характера находятся на втором плане, а основные жалобы носят неспецифический характер: головная боль, несистемное головокружение, тяжесть или неприятные ощущения в голове и др. Некоторые пациенты вовсе не предъявляют каких-либо жалоб и предпочитают скрывать имеющийся у них когнитивный дефект.

Важную часть оценки когнитивного статуса пациента составляет расспрос родственников или других лиц, часто контактирующих с пациентами. Часто сторонние наблюдатели могут более корректно определить состояние когнитивных способностей пациента. Жалобы самого больного могут быть преувеличены из-за имеющихся тревожно-депрессивных нарушений или, наоборот, уменьшены по социальным соображениям.

Расспрос родственников имеет решающее значение для определения самостоятельности пациента. Не следует полагаться на слова пациента о его профессиональной или социально-бытовой компетенции. Наличие даже небольшого ограничения в повседневных делах из-за когнитивных расстройств делает правомерным диагноз деменции, если пациент успешно справлялся с этими задачами до болезни. В то же время общепринятые диагностические критерии синдрома УКН допускают трудности в новых для пациента видах деятельности (например, при смене профессии, овладении новыми бытовыми навыками и др.).

Для объективной оценки когнитивных функций используются нейропсихологические методы исследования. При этом следует использовать более чувствительные нейропсихологические тесты, чем для диагностики деменции. Клиническая практика свидетельствует, что такие методики, как краткая шкала оценки психического статуса, тест рисования часов и батарея лобной дисфункции, недостаточно информативны в отсутствие деменции. Предпочти-

тельны более сложные тесты, оценивающие состояние памяти, регуляцию произвольной деятельности и другие когнитивные функции. В последние годы для скрининга синдрома УКН активно позиционируется Монреальская когнитивная шкала [13]. Однако степень ее чувствительности и специфичности нуждается в дальнейшем уточнении.

После установления синдромального диагноза УКН необходимо постараться определить его природу (нозологический диагноз). Как уже говорилось выше, часто нозологическая диагностика вызывает существенные затруднения и осуществляется только в процессе динамического наблюдения за пациентом. Однако первоочередной задачей врача является исключение потенциально обратимых и потенциально опасных форм УКН.

Ведение пациентов с УКН. Все пациенты с установленным диагнозом УКН должны быть обследованы для исключения системных дисметаболических расстройств, которые могут лежать в основе или усугублять имеющиеся когнитивные нарушения. К таким расстройствам относятся: печеночная и почечная недостаточность, дефицит витамина В₁₂ и гипотиреоз. Минимальный набор лабораторных исследований для исключения данных патологических состояний указан в табл. 3. Следует иметь в виду, что причиной синдрома УКН могут быть экзогенные интоксикации: алкоголизм, наркомания, токсикомания, отравление тяжелыми металлами, прием холиноблокаторов, трициклических антидепрессантов, типичных нейролептиков, бензодиазепинов, барбитуратов, амиодарона. Обычно когнитивные нарушения при дисметаболической энцефалопатии носят нейродинамический характер: страдают темп когнитивной деятельности и концентрация внимания, возможны значительные колебания выраженности нарушений, жалобы на повышенную сонливость. Однако независимо от клинических особенностей нарушений указанные

Таблица 3. *Необходимые лабораторные исследования при синдроме УКН*

Общий анализ крови, мочи
Биохимический скрининг: АСТ, АЛТ, гамма-глутатион, общий и прямой билирубин, электролиты, креатинин, азот мочевины
Глюкоза, холестерин, липидный профиль
Определение концентрации витамина В ₁₂ , фолиевой кислоты, показателей функции щитовидной железы (Т ₃ , Т ₄ , ТТГ, антитела к тиреоглобулину)
Реакция Вассермана, определение антител к ВИЧ, гепатитам В и С