Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F00, F01, F02, F03, F06.7, G30, G31, I67 · Всероссийское общество неврологов, Общественная организация "Российское общество психиатров", Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»

Когнитивные расстройства у пожилых — снижение памяти, внимания, речи, праксиса, гнозиса или управляющих функций вследствие заболеваний мозга, влияющее на обучение, социальную, профессиональную и бытовую активность. Рекомендация описывает диагностику и ведение недементных КР, деменции при болезни Альцгеймера, сосудистых КР, смешанной деменции, лобно-височной деменции и деменции с тельцами Леви.

Главное

- При оценке тяжести КР основное внимание обращают на сохранность самообслуживания: о деменции говорят, когда возникает необходимость в помощи окружающих.
- При любом подозрении на КР анамнез собирают и у пациента, и у информанта; отдельно оценивают влияние нарушений на базовую и инструментальную повседневную активность. УУР В/УДД 1 и УУР А/УДД 3.
- Всем пациентам с КР нужно полноценное нейропсихологическое обследование стандартными тестами; для скрининга подходят Mini-Cog, MMSE, MoCA, но выбор зависит от предполагаемой нозологии. УУР А/УДД 1.
- При первичной диагностике всем пациентам с КР показана структурная нейровизуализация — КТ или МРТ головного мозга — для исключения курабельных причин и дифференциальной диагностики. УУР А/УДД 1.
- Базисные препараты при большинстве деменций — антихолинэстеразные средства и мемантин; при недементных КР рутинно антихолинэстеразные средства не назначают. УУР В/УДД 2 для отказа от рутинного применения при УКР.
- При ДТЛ важно активно искать флуктуации, зрительные галлюцинации, паркинсонизм, расстройство поведения в фазе сна с БДГ и вегетативную дисфункцию; нейролептики могут быстро давать осложнения.
- Пациентов с КР наблюдают динамически у невролога, гериатра или врача общей практики каждые 3–6 месяцев; коморбидность оценивают не реже 1 раза в 6 месяцев или по необходимости.

Диагностика

1. Начните с жалоб и анамнеза у пациента и информанта: уточните начало, темп прогрессирования, связь с инфекцией, другим соматическим заболеванием, травмой, лекарствами, стрессом, а также ННПР и список всех принимаемых препаратов. УУР В/УДД 1.
2. Оцените повседневную активность: трудности с лекарствами, платежами, освоением новой техники, готовкой, гигиеной и потребностью в помощи; можно использовать шкалу Лоутона, индекс Бартел, FAQ. УУР А/УДД 3.
3. Проведите физикальное и неврологическое обследование: ищите соматические причины ухудшения, старческую астению, очаговую симптоматику, пирамидные/экстрапирамидные нарушения, нарушения ходьбы, равновесия и тазовых функций. УУР С/УДД 4.
4. Назначьте базовые анализы: общий анализ крови и мочи, биохимию крови с глюкозой, белком, билирубином, АЛТ, АСТ, креатинином, мочевиной, натрием и калием; ТТГ и свободный Т4; витамин В12 и фолиевую кислоту; гомоцистеин. УУР В/УДД 2 для базовых анализов, тиреоидного профиля, В12/фолатов; УУР В/УДД 3 для гомоцистеина.
5. Выполните КТ или МРТ головного мозга всем пациентам с КР для исключения курабельных причин и проведения дифференциального диагноза. УУР А/УДД 1.
6. Набор нейропсихологических методик выбирайте с учетом тяжести КР, характера нарушений, целей обследования, состояния пациента и временных рамок; оценивайте также функциональный статус и ННПР. УУР А/УДД 1 для полноценного обследования.
7. При быстром прогрессировании КР ищите курабельные причины: серологический скрининг крови и ликвора на боррелиоз, ВИЧ-1/2, сифилис, а также антитела к NMDA-рецепторам. УУР С/УДД 4.

Лечение

- При УКР основу ведения составляют коррекция факторов риска, физическая активность, когнитивный тренинг и здоровая/«средиземноморская» диета; антихолинэстеразные средства рутинно не назначают. УУР А/УДД 1 для физической активности, УУР В/УДД 1 для когнитивного тренинга, УУР В/УДД 2 для диеты.
- Базисные дозы при деменции: ривастигмин внутрь 1–1,5 мг 2 раза/сут с титрацией каждые 4 недели до 3 мг 2 раза/сут, максимум 6 мг 2 раза/сут; ТТС 4,6 мг/сут → 9,5 мг/сут, максимум 13,3 мг/сут; донепезил 5 мг 1 раз/сут → 10 мг 1 раз/сут; галантамин 4 мг 2 раза/сут → 8 мг 2 раза/сут, максимум 12 мг 2 раза/сут, или капсулы 8 мг утром → 16 мг, максимум 24 мг; мемантин 5 мг утром с повышением на 5 мг/сут каждые 7 дней до 20 мг 1 раз/сут, максимум 30 мг/сут.
- При деменции при БА назначают антихолинэстеразные средства как базисную терапию, стремясь к максимально переносимым дозам; мемантин 20 мг/сут применяют при умеренной и тяжелой деменции, а также при легкой деменции для уменьшения когнитивных нарушений. УУР А/УДД 1 для АХЭС и мемантина при умеренной/тяжелой БА; УУР В/УДД 1 для мемантина при легкой БА.
- При умеренной или тяжелой БА можно комбинировать мемантин с антихолинэстеразным средством; наиболее изучена комбинация мемантин + донепезил. УУР В/УДД 1.
- При сосудистой деменции применяют вторичную профилактику инсульта и контроль сосудистых факторов риска; для когнитивного дефицита используют мемантин 20 мг/сут и антихолинэстеразные средства. УУР В/УДД 2 для вторичной профилактики инсульта, УУР В/УДД 1 для мемантина, УУР А/УДД 1 для АХЭС.
- При ЛВД начальная стратегия при поведенческих нарушениях — немедикаментозные методы; для аффективных и поведенческих расстройств применяют СИОЗС, мемантин 20 мг/сут возможен как противодементная терапия, а антихолинэстеразные средства не рекомендуются. УУР С/УДД 3, С/УДД 2, С/УДД 2 и В/УДД 2 соответственно.
- При ДТЛ первая линия для когнитивных нарушений — антихолинэстеразные средства; мемантин используют при непереносимости или недостаточной эффективности АХЭС, титруя медленнее: с 5 мг с повышением на 5 мг раз в 1–2 недели до 20 мг. УУР А/УДД 1.
- Психотические и поведенческие нарушения при деменции сначала ведут немедикаментозно и базисной противодементной терапией; атипичные нейролептики назначают только при неэффективности этих мер и после исключения соматических/лекарственных причин, в минимально эффективных дозах.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с тяжелыми КР/деменцией после нейропсихологического обследования направляют к специалисту по социальной помощи для определения потребности в социально-бытовой помощи и долговременном уходе. УУР В/УДД 1.
- Госпитализация пожилого пациента с деменцией без отчетливой необходимости нежелательна: она может ухудшать течение КР и провоцировать делирий.
- Показания к госпитализации при деменции: стационарное обследование для уточнения диагноза; острое нарастание КР, делирий, психозы или поведенческие нарушения; невозможность амбулаторно купировать соматические или психические расстройства либо социально опасное поведение.
- При ДТЛ острая декомпенсация с резким нарастанием двигательных, психических и автономных расстройств требует экстренной госпитализации в реанимацию и/или отделение интенсивной терапии. УУР С/УДД 5.
- При УКР нейропсихологический статус оценивают в динамике не реже 1 раза в год для своевременного выявления перехода в деменцию. УУР В/УДД 3.

Частые вопросы

Как отличить умеренное когнитивное расстройство от деменции?

При УКР есть снижение когнитивных способностей, выходящее за пределы возрастной нормы, но оно не приводит к существенным затруднениям в повседневной жизни и значимому ухудшению социальной, бытовой и профессиональной деятельности.

Какие анализы обязательны при первичном обследовании пожилого пациента с КР?

Нужны общий анализ крови и мочи, биохимия крови с глюкозой, белком, билирубином, АЛТ, АСТ, креатинином, мочевиной, натрием и калием, ТТГ и свободный Т4, витамин В12, фолиевая кислота, гомоцистеин. При быстром прогрессировании добавляют поиск нейроинфекций и аутоиммунных причин.

Когда при подозрении на болезнь Альцгеймера нужны ликворные маркеры?

Рутинно всем пациентам их не выполняют. Тесты на бета-амилоид, тау-протеин и фосфорилированный тау-протеин в ЦСЖ используют при раннем начале или атипичном течении БА для дифференциальной диагностики.

Какой скрининговый тест выбрать при разных типах деменции?

Единого универсального выбора нет: объем нейропсихологического тестирования и выбор методик зависят от тяжести когнитивных расстройств, характера нарушений, целей обследования, состояния пациента и временных рамок.

Почему при ДТЛ опасны нейролептики?

При ДТЛ возможна гиперчувствительность к нейролептикам с резким ухудшением, состоянием, похожим на злокачественный нейролептический синдром или акинетический криз. В острых ситуациях допускают только малые дозы кветиапина или клозапина, когда другие меры не помогают.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/617-kognitivnye-rasstrojstva-u-lic-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5