

Н.Н. Яхно, И.С. Преображенская, В.В. Захаров, Д.А. Степкина, А.Б. Локшина,
Э.А. Мхитарян, Н.Н. Коберская, И.Ю. Савушкина

Кафедра нервных болезней ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Распространенность когнитивных нарушений при неврологических заболеваниях (анализ работы специализированного амбулаторного приема)

Представлены данные, полученные при предварительном анализе работы первой российской лаборатории нарушений памяти. Полученные результаты позволили оценить приблизительную распространенность когнитивных нарушений (КН) у пациентов на фоне разных патологических процессов. Проведен дифференцированный анализ причин, приводящих к развитию КН разной степени тяжести. Показано, что причины, приводящие к развитию когнитивных нарушений у пациентов разного возраста, различны. Получены предварительные данные о связи когнитивных и других нервно-психических расстройств. Продолжающиеся исследования позволят провести более глубокий анализ закономерностей развития тех или иных КН в российской популяции, детально определить диагностические подходы и улучшить качество и своевременность оказания медицинской помощи этим пациентам.

Ключевые слова: лаборатория нарушений памяти, когнитивные нарушения, нервно-психические расстройства.

Контакты: Ирина Сергеевна Преображенская IrinaSP2@yandex.ru

Prevalence of cognitive impairments in neurological diseases: Analysis of the activities of a specialized outpatient reception office

N.N. Yakhno, I.S. Preobrazhenskaya, V.V. Zakharov, D.A. Stepinkina, A.B. Lokshina,

E.A. Mkhitaryan, N.N. Koberskaya, I. Yu. Savushkina

Department of Nervous System Diseases, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper gives the data obtained from the preliminary analysis of the activities of Russia's first Memory Impairment Laboratory. The findings allowed the authors to estimate the approximate prevalence of cognitive impairments (CIs) in patients with various pathological processes. The authors made a differential analysis of the causes of the varying severity of CIs. The causes of the latter in patients of varying age were shown to be different. There were preliminary data on the association of cognitive with other neuropsychological impairments. The ongoing studies make it possible to make a more in-depth analysis of the mechanisms of the development of these or those CIs in a Russian population, to define diagnostic approaches in detail, and to improve the quality and timeliness of medical care given to these patients.

Key words: memory impairment laboratory, cognitive impairments, neuropsychological disorders.

Contact: Irina Sergeyevna Preobrazhenskaya IrinaSP2@yandex.ru

Когнитивные нарушения (КН) — симптомокомплекс, с которым сталкивается врач любой специальности, работающий в любом медицинском учреждении как в стационаре, так и на амбулаторном приеме; традиционно часто КН встречаются в практике семейного врача [1–4]. Крайне важна их своевременная и правильная диагностика, поскольку КН могут быть первым и иногда единственным симптомом остро развившегося соматического неблагополучия у пожилого больного. КН бывают следствием перенесенного наркоза или кровопотери при хирургическом вмешательстве и могут осложнять ведение больного в послеоперационном периоде. Наконец, КН создают трудности при лечении любой патологии, приводя к несвоевременному и неправильному (недостаточная или избыточная доза) приему лекарств, особенно у пожилых пациентов [5, 6]. Таким образом, необходимость знания врачами причин развития, клинических симптомов, диагностики и возможных методов лечения КН очевидна. Несмотря на это, осведомленность врачей большинства специальностей, в том числе традиционно работающих с такими пациентами неврологов

и психиатров, явно недостаточна. Следствием этого является крайне неудовлетворительная диагностика заболеваний, симптомом которых являются КН. Так, согласно результатам последних эпидемиологических исследований, в ближайшие 30 лет ожидается дальнейший рост заболеваемости болезнью Альцгеймера (БА): число таких пациентов в мире достигнет 115 млн (в 2010 г. их было около 30 млн) [7, 8]. Таким образом, можно говорить об эпидемии деменций, в частности, являющихся следствием нейродегенеративного поражения головного мозга. Наряду с этим практически не существует данных о распространенности БА в российской популяции. Результаты исследования С.И. Гавриловой и соавт. [9] свидетельствуют о том, что распространенность БА в нашей стране примерно соответствует таковой в европейской популяции и в мире в целом; если экстраполировать эти данные на данные Госкомстата РФ о численности пожилых людей, проживающих в РФ, то только БА должна развиться более чем у 1,5 млн пациентов. На настоящий момент скудные эпидемиологические данные позволяют предположить, что симптоматическое лечение получают не

более 2% пациентов с БА. Столь же неутешительна ситуация с сосудистой деменцией, деменцией с тельцами Леви (ДТЛ), деменциями, развивающимися вследствие других соматических, дисметаболических, нейродегенеративных, инфекционных заболеваний и интоксикаций [2, 10–12].

Сложившаяся ситуация тем более удивительна, что отечественные неврологи и психиатры с момента становления российской неврологической и психиатрической школ традиционно включали КН при различных поражениях головного мозга в круг своих основных научных интересов. Так, основоположник московской и российской неврологической школы А.Я. Кожевников одновременно с французским неврологом К. Вернике описал синдром сенсорной афазии (афазия Вернике—Кожевникова) при поражении левой височной доли. Другой выдающийся отечественный невролог, ученик А.Я. Кожевникова, проф. Г.И. Россоломо был пионером внедрения психологических методов исследования в повседневную неврологическую практику. Совместно с А.Н. Бернштейном он разработал первую методику количественного исследования психического статуса (так называемые психологические профили), которая использовалась как у здоровых детей, так и при различных неврологических заболеваниях детского возраста. Накопленные к XXI в. данные свидетельствуют о том, что состояние когнитивной сферы и поведенческие особенности крайне важны для всесторонней оценки неврологического статуса. Анализ клинических особенностей КН и других нервно-психических расстройств необходим для точной синдромальной, топической и нозологической диагностики нервных заболеваний и фактически обязателен для неврологов и психиатров, наиболее часто сталкивающихся с теми или иными проявлениями КН.

Для преодоления сложившихся трудностей наиболее эффективным представляется правильное взаимодействие между врачом первичного амбулаторного приема, неврологом, психиатром и специалистом по ведению пациентов с КН на специализированном амбулаторном приеме. Создание подобной схемы оказания медицинской помощи в Великобритании существенно увеличило своевременность и правильность диагностики и позволило начинать лечение таких больных в максимально ранние сроки [8, 13]. Крайне важна и достаточная информированность населения о проблемах, приводящих к развитию КН.

Идея создания специализированных учреждений — так называемых клиник нарушений памяти — получила широкое распространение в Европе и Северной Америке. Первая клиника нарушений памяти была организована в США в середине 70-х годов прошлого века [14, 15]. Сегодня подобные учреждения функционируют во многих странах с развитой системой здравоохранения.

Клиники нарушений памяти объединяют междисциплинарный коллектив специалистов: неврологов, психиатров, геронтологов, нейропсихологов, нейрорадиологов, специалистов по лабораторной диагностике, медсестер и

социальных работников. Целью их деятельности является прежде всего оказание медицинской помощи пациентам с нарушениями памяти. Кроме того, клиники нарушений памяти, как правило, являются базой для проведения исследований в области нейрогерии [2, 14–16].

С 2003 г. на базе Клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова работает лаборатория нарушений памяти. Основной задачей данного подразделения является улучшение качества жизни больных с нарушениями памяти. Главные направления работы лаборатории — повышение точности диагностики и эффективности лечения заболеваний, сопровождающихся КН, ведение пациентов с нарушениями высших мозговых функций, исследование распространенности КН различной степени выраженности и их причин в российской популяции, разработка диагностических подходов, создание реабилитационных программ.

Цель настоящей работы — оценка первых результатов, полученных при статистической обработке данных, характеризующих пациентов лаборатории памяти.

Пациенты и методы. Всем пациентам, обратившимся в лабораторию, проводятся клиническое неврологическое исследование, нейропсихологическое тестирование с использованием количественных нейропсихологических шкал и количественная оценка эмоционально-аффективных и поведенческих нарушений. При необходимости используются углубленное соматическое обследование, нейровизуализация и другие методы, необходимые для уточнения диагноза. За пациентами осуществляется динамическое наблюдение; как правило, они посещают клинику раз в 3 мес или раз в 6 мес.

С 2003 г. по настоящее время в лаборатории нарушений памяти проконсультировано более 3000 пациентов. Результаты исследования заносятся в статистическую базу данных и затем подвергаются математическому анализу. Были проанализированы данные клинко-психологического исследования 1395 первичных пациентов (536 мужчин и 859 женщин). Возраст пациентов варьировал от 19 до 94 лет, средний возраст — $66,0 \pm 15,7$ года. 435 (31,2%) пациентов были младше 65 лет, а 960 (68,8%) — старше 65 лет. Таким образом, несмотря на представленность на амбулаторном приеме лаборатории памяти пациентов всех возрастных групп, все же традиционно чаще КН отмечались у пожилых людей.

Результаты исследования и их обсуждение. У 1288 (92,3%) пациентов, обратившихся в клинику, выявлены КН разной степени выраженности (табл. 1). Жалобы на снижение памяти предъявляли 73 (5,2%) пациента, однако с помощью нейропсихологических методов исследования КН у них не выявлялись (так называемые субъективные КН). Причиной субъективных КН в большинстве случаев были расстройства тревожно-депрессивного и ипохондрического ряда. В то же время у части пациентов с субъективными КН нельзя было полностью исключить наличие ранних стадий того или иного органического заболевания головного мозга, сопровождающе-

Таблица 1. *Выраженность КН у пациентов лаборатории нарушений памяти*

Нет нарушений	ЛКН	УКН	Деменция	Нет данных
73 (5,2)	217 (15,6)	433 (31)	638 (45,7)	34 (2,4)

Примечание. В скобках — процент больных.

гося расстройством когнитивных функций. Возможно, на этих этапах нейропсихологический метод исследования может оказаться недостаточно чувствительным. По данным литературы [17—19], у некоторой части пациентов с субъективными КН со временем развиваются объективно подтверждаемые синдромы когнитивной недостаточности.

Анализ пациентов, впервые пришедших на специализированный прием, показал прогрессивное увеличение доли более тяжелых форм когнитивной недостаточности. Так, пациентов с деменцией было больше, чем с синдромом умеренных КН (УКН), пациентов с УКН оказалось больше, чем страдавших легкими КН (ЛКН), а пациентов с ЛКН — больше, чем пациентов с субъективными КН. Таким образом, наши данные подтверждают позднюю обращаемость за врачебной помощью, что не может не отражаться как на эффективности терапии, так и на качестве жизни пациентов и их семей. Представляется крайне важным информирование населения о заболеваниях пожилого возраста и целесообразности своевременного обращения к врачу при наличии первых признаков забывчивости или иного когнитивного снижения.

Наиболее часто КН у пациентов, обратившихся в лабораторию памяти, были следствием: цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) — 520 (37,3%) пациентов; БА — 333 (23,9%); расстройств тревожно-депрессивного, ипохондрического или диссоциативного ряда (так называемые психогенные КН) — 107 (7,7%); лобно-височной дегенерации (ЛВД, с синдромом первичной прогрессирующей афазии) — 98 (7,0%); БА в сочетании с ЦВЗ — 87 (6,2%); ДТЛ — 33 (2,4%). Реже встречались болезнь Паркинсона — БП (1,9%), дисметаболическая энцефалопатия — ДЭ (1,9%), посттравматические КН (0,9%), прогрессирующий надъядерный паралич (0,9%), нормотензивная гидроцефалия (0,6%), опухоль головного мозга (0,5%), эпилепсия (0,4%), транзиторная глобальная амнезия (0,4%), корсаковский синдром (0,3%), рассеянный склероз (0,2%), нейросифилис (0,14%), задняя корковая атрофия (0,07%).

Таким образом, наш опыт еще раз показал, что КН развиваются при многих неврологических, психических, соматических и нейрохирургических заболеваниях. Наиболее частые причины возникновения КН у пациентов, обратившихся на специализированный прием в лабораторию памяти, в целом аналогичны таковым в странах Западной Европы и Северной Америки [8, 13, 16, 20]. Это прежде всего ЦВЗ, БА, сочетание БА и ЦВЗ, ЛВД и ДТЛ. Указанные нозологические формы отмечались более чем у 75% пациентов специализированного амбулаторного приема.

Вместе с тем имеется и ряд важных отличий российских данных от международных, причины которых требуют дополнительного изучения. Так, опыт лаборатории нарушений памяти показывает, что сосудистые КН в нашей стране встречаются чаще, чем БА, что в целом соответствует результатам, полученным ранее [5, 17, 21, 22]. Этот факт может иметь несколько объяснений. Возможно, большая встречаемость сосудистых КН является следствием недостаточной профилактики сердечно-сосудистой патологии и других сосудистых факторов риска — гиперлипидемии, сахарного диабета и др. Нельзя исключить также больший удельный вес сосудистых факторов риска у пациентов с недементными КН, в то время как тяжелые формы КН (деменция) представлены в основном БА. Небольшая доля пациентов с БА на амбулаторном приеме может быть следст-

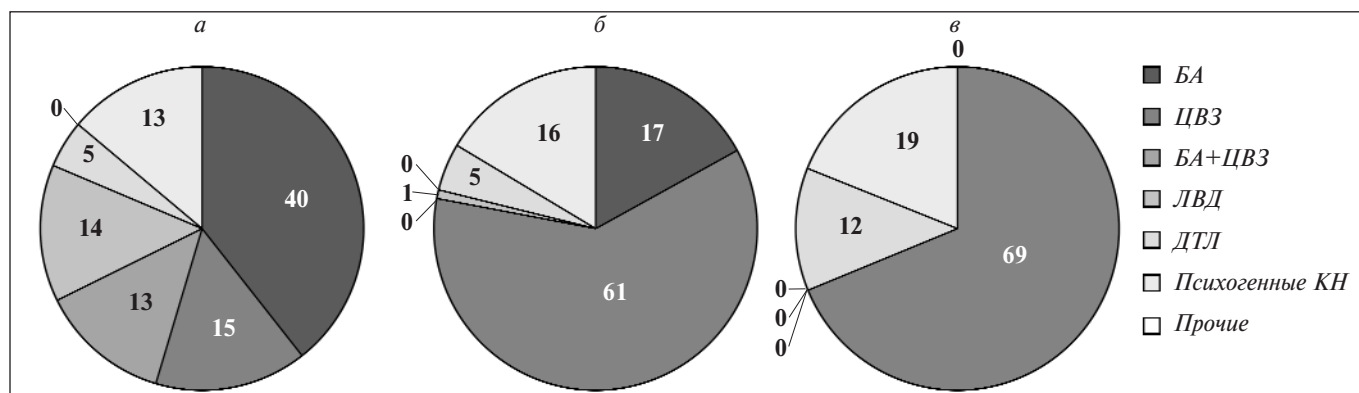
вием уверенности населения в том, что снижение памяти в пожилом возрасте — естественный процесс, не требующий лечения. Возможно, некоторую роль при этом играет и традиционная настороженность российских врачей по отношению к хроническим формам недостаточности мозгового кровообращения, в то время как в западноевропейских странах и США в рубрику «цереброваскулярные заболевания» включают преимущественно последствия инсульта. Полученные данные представляются важными для анализа причин развития КН в нашей стране. Необходимы дальнейшие исследования распространенности и нозологической структуры КН в российской популяции, в идеале это должны быть сплошные популяционные исследования.

Интересны данные, согласно которым у 7,7% пациентов тревожно-депрессивные расстройства сочетались с КН. Полученные данные свидетельствуют о тесной связи между КН и другими нервно-психическими нарушениями и необходимости тщательной оценки эмоционального состояния пациента и его поведенческих особенностей при нозологической диагностике когнитивных расстройств. Согласно международным рекомендациям [6, 8, 14], при сочетании КН и эмоционально-аффективных расстройств лечение нужно начинать с последних. Полученные данные также подтверждают необходимость совместной работы неврологов, нейропсихологов, клинических психологов и психиатров для оказания максимальной помощи пациентам специализированного амбулаторного приема лаборатории памяти.

В структуре КН необычно высокой оказалась частота ЛВД. Так, по нашим данным, этот диагноз был поставлен 7% пациентов. Полученные данные в целом соотносятся с международными данными о распространенности ЛВД (около 10% всех деменций и около 20% пресенильных деменций) [1, 16], однако не соответствуют российским данным. Известно, что заболевания этого круга крайне редко диагностируются в повседневной клинической практике. Полученные данные позволяют предположить, что в ряде случаев пациентам с ЛВД ошибочно ставят другой диагноз, что в свою очередь может быть результатом недостаточных знаний врачей о клинических проявлениях этой группы болезней. Между тем ведение пациентов с ЛВД имеет ряд особенностей (например, резистентность к ацетилхолинэргической терапии, некоторая эффективность серотонинэргических препаратов), которые требуют правильного клинического распознавания этой нозологической формы.

Неожиданно низкой оказалась частота ДТЛ, что не соответствует международным данным, согласно которым ДТЛ составляет около 15% всех деменций [2, 4, 8, 22]. Редкая обращаемость в лабораторию нарушений памяти пациентов как с ДТЛ (2,4%), так и с сочетанием БП и деменции (1,9%) наиболее вероятно говорит о том, что такие пациенты наблюдаются в основном в центрах двигательных расстройств или же, учитывая раннее развитие и часто достаточную выраженность психических нарушений, в психиатрических стационарах. Тем не менее столь малое число наблюдений диктует необходимость дальнейшего анализа распространенности ДТЛ в нашей стране, как и различных аспектов оказания медицинской помощи этим пациентам.

Анализ нозологического спектра деменции и недементных КН показал, что наиболее распространенной причиной деменции у пациентов лаборатории памяти была БА, в то время как первой по частоте причиной ЛКН и УКН были ЦВЗ



Причины (в %) деменции (а), УКН (б) и ЛКН (в)

(см. рисунок). Полученные нами данные в целом соответствуют данным других исследователей [9, 13, 16, 23] и свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к диагностике КН в зависимости от степени их тяжести. При оценке причин когнитивного снижения, не достигшего степени деменции, важно выявить не только продромальные стадии БА, но и в первую очередь потенциально обратимые состояния, проявляющиеся когнитивными расстройствами.

Анализ причин деменции (см. рисунок, а) показал, что частота нозологических форм соответствует таковой в странах Европы и в США [8, 16]. Наиболее частыми причинами деменции (в порядке убывания) были БА, сосудистая деменция, смешанная деменция, ЛВД, ДТЛ. Причины редкой представленности ДТЛ мы обсудили ранее.

Пациентов с ЛКН и УКН (см. рисунок, б, в) в подавляющем большинстве случаев страдали ЦВЗ (61 и 69% соответственно). У 73 (17%) пациентов с УКН предположительно был дебют БА. Другие нейродегенеративные расстройства как причина недементных КН диагностированы не были. Основанием для предположительного диагноза БА стали особенности клинических проявлений болезни, в первую очередь характер нарушений памяти. У этих пациентов преимущественно страдало запоминание новой информации, были неэффективными семантическое опосредование и подсказки при воспроизведении, снижалась результативность узнавания.

В структуре деменций доля ЦВЗ значительно уменьшалась по сравнению с таковой при УКН (15 и 61% соответственно). Ни у одного пациента, не страдающего деменцией, не выявлено смешанного (нейродегенеративного и сосудистого) характера КН. Полученные данные достоверно отличали пациентов с ЛКН и УКН от пациентов с деменцией. Так, при деменции частота сочетанного поражения головного мозга составила 13%. Наши данные показывают, что ЦВЗ очень часто приводят к КН и в то же время относительно редко — к деменции. Полученные результаты дают основание предположить, что исход в деменцию не облигатен для хронической сосудистой мозговой недостаточности. Нередко деменция у паци-

ентов с сосудистым поражением головного мозга является в большей степени результатом параллельного развития сопутствующего нейродегенеративного процесса.

Интересно, что доля так называемых психогенных КН достоверно уменьшалась по мере нарастания тяжести когнитивных расстройств. Так, у пациентов с ЛКН эти расстройства были связаны с тревожно-депрессивными нарушениями в 13% случаев, у пациентов с УКН — только в 5%, а у пациентов с деменцией психические нарушения как единственная причина когнитивного снижения не встречались. Полученные данные нуждаются в дальнейшем анализе. С одной стороны, они могут свидетельствовать о том, что психические нарушения редко приводят к развитию тяжелых КН, или же о том, что пациенты с такой выраженностью симптомов наиболее часто находятся на лечении в психиатрических стационарах и редко попадают в поле зрения врачей других специальностей. С другой стороны, эти данные могут указывать на то, что начальные стадии органического поражения головного мозга могут проявляться преимущественно тревожно-депрессивными расстройствами при минимальном нейропсихологическом дефекте. Полученные данные представляются интересными и неоднозначными. Безусловно, взаимосвязь КН и психических нарушений на разных стадиях развития пато-

Таблица 2. Причины КН в зависимости от возраста пациентов

Диагноз	Пациенты, %	
	моложе 65 лет	65 лет и старше
БА	14,3	27,2
ЦВЗ	30,7	41,3
БА+ЦВЗ	2,1	8,0
ЛВД	6,0	6,8
ДТЛ	0,5	3,2
Психогенные КН	21,5	1,9
ДЭ	4,4	0,7
Посттравматические КН	2,3	0,6
БП	2,1	1,9
Прогрессирующий надъядерный паралич	1,5	0,5

логического процесса нуждается в самом внимательном и пристальном изучении.

Анализ причин когнитивного снижения в зависимости от возраста также выявил существенные отличия более молодых и более пожилых пациентов. Так, наиболее частыми причинами «пресенильных» (до 65 лет) КН были ДЭ, черепно-мозговая травма и расстройства тревожно-депрессивного ряда. Наиболее частой причиной «сенильных» (после 65 лет) КН была смешанная деменция. ЦВЗ и БА встречались в обеих возрастных группах одинаково часто.

Таким образом, данные, полученные при предварительном анализе работы первой российской лаборатории нарушений памяти, представляются интересными и но-

выми. Они позволили оценить приблизительную распространенность КН у пациентов на фоне разных патологических процессов. Проведен дифференцированный анализ причин, приводящих к развитию КН разной степени тяжести. Показано, что причины КН у пациентов разного возраста различны. Получены предварительные данные о связи КН и других нервно-психических расстройств. Продолжающиеся исследования позволят провести более глубокий анализ закономерностей возникновения тех или иных КН в российской популяции, детально проработать диагностические подходы и, надеемся, улучшить качество и своевременность оказания медицинской помощи этим пациентам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогерииатрии. В сб.: Достижения в нейрогерииатрии. Под ред. Н.Н. Яхно, И.В. Дамулина. Ч. 1. М., 1995;9—29.
2. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. Неврол журн 2006;11(Прил. 1):4—12.
3. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Деменции. Рук-во для врачей. 2-е изд. М.: Медпресс-информ, 2010;272 с.
4. Brookmeyer R., Johnson E., Ziegler-Graham K. et al. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement* 2007;3(Suppl.):S186-S191.
5. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Легкие когнитивные нарушения в пожилом возрасте. Неврол журн 2004;1:4—8.
6. Di Carlo A., Baldereschi M., Amaducci L. et al. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian longitudinal study of aging. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:775—82.
7. Alzheimer's and Parkinson's diseases: advances, concepts and new challenges. Materials of the 10th International conference on Alzheimer's & Parkinson's disease. Barcelona, Spain, March 9—13, 2011.
8. Waldemar G., Phung K.T., Burns A. et al. Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:47—54.
9. Гаврилова С.И. и др. Сравнительная фармакоэкономическая оценка современных препаратов для терапии болезни Альцгеймера. Отчет РГМУ, Российского общества клинических исследований. ООО «Центр фармакоэкономических исследований», 2007.
10. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. Под ред. Н.Н. Яхно. М., 2002;85 с.
11. Преображенская И.С. 10-й международный конгресс «Болезнь Альцгеймера и болезнь Паркинсона: достижения, концепция и новые вызовы». Барселона, Испания, 09.03.2011—13.03.2011. Неврол журн 2011;16(4):60—4.
12. Яхно Н.Н., Преображенская И.С. Болезнь Альцгеймера — клиника, патогенез, лечение. *РМЖ* 2006;9:641—6.
13. Graham J.E., Rockwood K., Beattie E.L. et al. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *Lancet* 1997;349:1793—6.
14. Яхно Н.Н., Коберская Н.Н., Дамулин И.В. и др. Организация помощи пациентам с нарушениями памяти и другими когнитивными расстройствами. Неврол журн 2006;11(Прил. 1):75—9.
15. Small B.J., Fratiglioni L., Vitanen M. et al. In: B. Vellas et al. Research and practice in Alzheimer's disease. Paris: Serdi Publisher, 2001;29—34.
16. Amaducci L., Andrea L. The epidemiology of the dementia in Europe. In: A. Culebras, J.M. Cuiu, G. Roman (eds). New concepts in vascular dementia. arselona: Prous Science Publishers, 1993;19—27.
17. Яхно Н.Н., Локшина А.Б., Захаров В.В. Синдром умеренных когнитивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии. *Журн невропатол психиатр* 2005;105(2):13—7.
18. Яхно Н.Н., Локшина А.Б., Захаров В.В. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии. *Клин геронтол* 2005;11:38—9.
19. Petersen R.S., Smith G.E., Waring S.C. et al. Aging, memory and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr* 1997;9:37—43.
20. Мхитарян Э.А., Преображенская И.С. Болезнь Альцгеймера и цереброваскулярные расстройства. Неврол журн 2006;11(1):31—7.
21. Захаров В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей»). Неврол журн 2006;11:27—32.
22. Локшина А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005.
23. Solomon P.R., Murphy C.A. Should we screen for Alzheimer's disease? A review of the evidence for and against screening Alzheimer's disease in primary care. *Geriatrics* 2005;60:26—31.