

УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ЛЕГКАЯ ДЕМЕНЦИЯ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

В.В. Захаров, Т.И. Насонова

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)

Адрес для переписки:

Захаров Владимир Владимирович,
zakharovenator@gmail.com

Ключевые слова:

когнитивные нарушения, умеренные когнитивные нарушения, деменция, легкая деменция, Церетон

Резюме

Распространенность когнитивных расстройств в мире неуклонно растет. В статье освещаются подходы к дифференциальной диагностике синдрома умеренных когнитивных нарушений и легкой деменции. Представлено клиническое наблюдение пациента 69 лет с умеренными когнитивными нарушениями сосудистого генеза. Рассмотрены современные принципы ведения пациентов с умеренными когнитивными нарушениями и легкой деменцией, которые включают в себя как медикаментозные, так и немедикаментозные методы.

Для цитирования:

Захаров В.В., Насонова Т.И. Умеренные когнитивные нарушения и легкая деменция: дифференциальный диагноз. Поведенческая неврология. 2026; 1: 37–42.
DOI 10.46393/27129675_2026_1_37–42

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT AND MILD DEMENTIA: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

V.V. Zakharov, T.I. Nasonova

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

For correspondence:

Vladimir V. Zakharov, zakharovenator@gmail.com

Key words:

cognitive impairment, mild cognitive impairment, dementia, mild dementia, Cereton

For citation:

Zakharov V.V., Nasonova T.I. Mild cognitive impairment and mild dementia: differential diagnosis. Behavioral Neurology. 2026; 1: 37–42.
DOI 10.46393/27129675_2026_1_37–42

Abstract

The prevalence of cognitive disorders in the world is steadily increasing. The article highlights approaches to the differential diagnosis of moderate cognitive impairment and mild dementia. The article is illustrated by a clinical case of a 69-year-old patient with moderate cognitive impairment of vascular origin. The article discusses modern principles of managing patients with moderate cognitive impairment and mild dementia, which include both pharmacological and non-pharmacological methods.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2021 г. в мире проживало 57 млн лиц с деменцией. По прогнозам, к 2030 г. это число увеличится до 82 млн, а к 2050 г. – до 152 млн человек [1]. При этом по статистике на каждый случай деменции приходится 1–2 случая когнитивных расстройств, не достигающих выраженности слабоумия. В частности, распространенность умеренных когнитивных расстройств (УКР) среди лиц старше 60 лет составляет от 10 до 36,7% [2]. Пациенты с нейрокогнитивными нарушениями обращаются к различным

клиницистам, поэтому врачу любого профиля важно ориентироваться в вопросах диагностики и лечения данного вида неврологических нарушений [3–10]. По данным длительных наблюдений, у 15% пациентов с синдромом УКР в течение года развивается деменция, что статистически чаще, чем в остальной популяции лиц пожилого возраста; а за 4 года наблюдения 55–70% случаев УКР трансформируется в деменцию [4, 11]. В то же время своевременное лечение и правильное ведение пациентов с УКР позволяют существенно отсрочить наступление деменции или вовсе предотвратить ее возникновение [3, 5, 7–9].

Первостепенное значение имеет коррекция потенциально модифицируемых факторов риска когнитивного снижения. В публикациях последних лет выделены 14 таких факторов риска когнитивных расстройств и указаны действия для снижения риска развития деменции (таблица) [6].

В настоящее время в фокусе пристального внимания неврологов и психиатров находятся нейрокогнитивные нарушения, не достигающие выраженности слабоумия. Согласно общепринятой классификации, их разделяют на субъективные, легкие и умеренные (рис. 1). В зависимости от ведущего нейропсихологического синдрома умеренные нейрокогнитивные нарушения в свою очередь разделяются на 4 подтипа (рис. 2). Наибольший риск прогрессирования когнитивных расстройств и быстрой трансформации в деменцию наблюдается при амнестических типах УКР.

В практическом отношении очень важно различать синдром УКР и деменцию, поскольку это напрямую влияет на обследование, прогноз, подходы к лечению, бытовые и юридические решения, а также на психологическую помощь пациенту и семье. Базисная терапия деменции (ингибиторы холинэстеразы, мемантин) обязательна на стадии выраженных когнитивных нарушений, но не назначается при УКР. При выявлении УКР основой ведения пациента являются модификация факторов риска, когнитивный тренинг, поддержание физической ак-

тивности, назначение нейрометаболических препаратов. Кроме того, при деменции нужны быстрые шаги по защите безопасности пациента, места его проживания, финансовому и юридическому планированию, решению вопроса о дееспособности и инвалидизации пациента. Важно понимать, что синдромальный диагноз «деменция» стигматизирован, может вызвать сильный стресс и зачастую потребовать оказания психологической помощи пациенту и членам его семьи [5, 6, 12, 13].

В отличие от УКР при деменции когнитивные нарушения достигают степени тяжелых (из-за чего приводят к социально-бытовой, профессиональной дезадаптации и утрате привычного функционирования) и длятся как минимум 6 месяцев [4, 14, 15]. Решающее значение в дифференциальной диагностике УКР и легкой деменции имеют нейропсихологическое тестирование и расспрос родственников или ухаживающего персонала [16–18]. Нейропсихологическое тестирование позволяет объективизировать степень когнитивных нарушений. Для скрининга деменции на первичном амбулаторном приеме используется шкала Mini-Cog [19]. Для более точной диагностики применяют Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) [20] и Краткую шкалу оценки психического статуса (КШОПС, Mini Mental State Examination, MMSE) [21]. Для диагностики гиппокампального типа нарушения памяти можно использо-

Таблица. Модифицируемые факторы риска развития деменции

Возраст	Модифицируемые факторы риска	Действия для снижения риска развития деменции
Детский возраст	Низкий уровень образования	Обеспечение доступности качественного образования для всех слоев общества
Зрелый возраст	Снижение слуха	Уменьшение вредного воздействия шума, обеспечение людей с потерей слуха слуховыми аппаратами
	Повышенный уровень липопротеинов низкой плотности в сыворотке крови	Выявление и лечение высокого уровня липопротеинов низкой плотности в сыворотке крови
	Травмы головы	Поощрение использования шлемов и средств защиты головы (например, при занятиях контактными видами спорта, при поездках на велосипеде, мопеде)
	Низкий уровень физической активности	Поощрение физической активности
	Депрессия	Выявление и лечение депрессии
	Сахарный диабет	Выявление и лечение сахарного диабета
	Артериальная гипертензия	Контроль артериального давления (поддержание систолического артериального давления на уровне 130 мм рт. ст. или ниже)
	Ожирение	Поддержание нормальной массы тела и своевременное лечение ожирения
	Курение	Сокращение количества людей, курящих сигареты, за счет просвещения, контроля цен на табачную продукцию, предотвращения курения в общественных местах и доступности рекомендаций по отказу от курения
	Чрезмерное употребление алкоголя	Снижение уровня потребления алкоголя за счет контроля цен и повышения осведомленности о рисках чрезмерного потребления
Пожилой возраст	Редкие социальные контакты	Создание благоприятной для пожилых людей среды в сообществе, уменьшение социальной изоляции, совместное проживание с другими людьми
	Ухудшение зрения	Своевременная диагностика и лечение потери зрения
	Проживание в экологически неблагоприятных районах с загрязнением воздуха	Уменьшение воздействия загрязненного воздуха

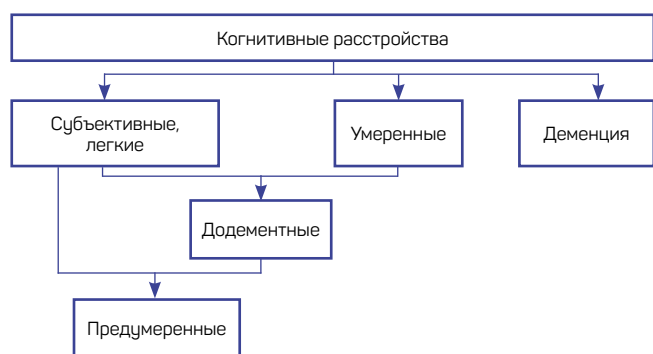


Рис. 1. Классификация когнитивных расстройств

вать тест запоминания 5 (12) слов [22]. Расспрос близкого окружения пациента позволяет определить степень самостоятельности пациента в повседневной жизни, что имеет решающее значение для дифференциального диагноза между УКР и легкой деменцией. Синдром деменции диагностируется при наличии ограничений в повседневных делах, связанных с появлением когнитивных расстройств [4, 16].

Приводим клиническое наблюдение пациента, у которого проводился дифференциальный диагноз между синдромом умеренных сосудистых когнитивных расстройств и сосудистой деменцией.

Клиническое наблюдение

Пациент Б. 69 лет обратился на амбулаторный прием врача-невролога в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова с жалобами на повышенную утомляемость при умственной нагрузке, трудности концентрации внимания, сложности с поиском подходящих слов в разговоре, «туман» в голове. Пациент пришел на прием с дочерью, так как та обеспокоена состоянием отца и приняла решение его сопровождать. Пациент опрятно одет, отвечает на вопросы по существу.

Со слов пациента, стал отмечать вышеуказанные жалобы около года назад, когда стало сложнее выполнять рабочие задачи (образование высшее, по профессии инженер), из-за повышенной утомляемости и трудности концентрации внимания пришлось снизить рабочую нагрузку с 1 ставки до 0,5. Около 3 месяцев назад возникли сложности с поиском нужного слова в разговоре, «туман» в голове. В связи с сохранением жалоб пациент принял решение о посещении врача-невролога. Дочь отмечает, что отец стал более раздражительным по отношению к супруге в связи с наличием данных жалоб. Со слов пациента и его дочери, полностью сохраняет бытовую активность, посещает, как и ранее, с супругой по выходным «Московское долголетие», сам оплачивает счета, использует банковскую карту, пользуется смартфоном, компьютером. Наследственный анамнез у родственников первой и второй линии по заболеваниям с когнитивными нарушениями неотягощен. Наблюдается кардиологом с заболеваниями: артериальная гипертензия, 3-я степень повышения артериального давления, 2-й стадии, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО); гиперлипидемия.

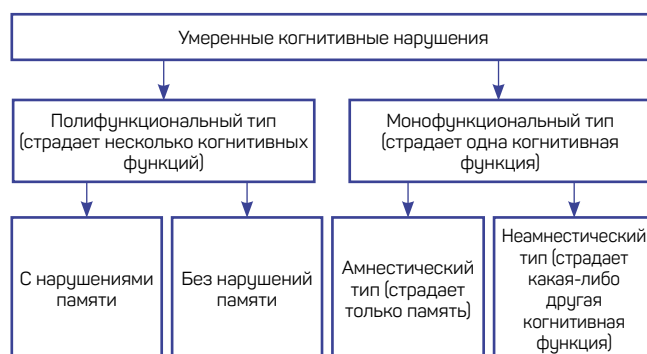


Рис. 2. Классификация умеренных когнитивных расстройств

Принимает комбинированный гипотензивный препарат (12,5 мг гидрохлортиазида и 50 мг лозартана) и розувастатин (20 мг). Эпизодически забывает своевременно принимать препараты, в связи с чем артериальное давление повышается до 160/90 мм рт. ст. Инсультов головного мозга и инфарктов миокарда в анамнезе не было.

При осмотре: пациент в ясном сознании, контактен, ориентирован в месте и времени. Соматический статус: нормального телосложения, артериальное давление 130/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 76 ударов в минуту, пульс ритмичный.

В неврологическом статусе: рефлексы орального автоматизма (хоботковый и ладонно-подборочный) положительные, в остальном – без очаговой неврологической симптоматики.

Нейропсихологическое обследование: отношение к обследованию серьезное, о наличии симптомов информирует, выполняет все предложенные задания, при неудачном ответе расстраивается. Речь пациента правильная, грамматический и лексический строй речи сохранен, понимание обращенной речи не нарушено, присутствуют некоторые трудности с подбором слов, речевых стереотипов нет. Беглость речи незначительно снижена: тест на называние литеальных ассоциаций (слова на букву «с» в течение 1 минуты) – 11 слов, называние категориальных ассоциаций в течение 1 минуты (животные) – 13 слов. Понимание логико-грамматических, сравнительных конструкций и пространственных предлогов не нарушено. Чтение сохранено. При выполнении Бостонского теста называния подсказки не требуются. Письмо не нарушено. При просьбе написать предложение пациент пишет предложение «За окном стоит осень». Тест запоминания «12 слов»: непосредственное воспроизведение – 12 слов (самостоятельно названо 8 слов, с категориальной подсказкой – оставшиеся 4 слова), отсроченное воспроизведение – 12 слов (самостоятельно названо 10 слов, с подсказкой – еще 2 слова). Предметный, лицевой гнозис сохранен. Праксис не нарушен. Выявляются легкие зрительно-пространственные нарушения в тесте рисования часов – 8 из 10 баллов (заметные ошибки в расположении стрелок). При оценке по КШОПС пациент набрал 26 из 30 баллов, по шкале оценки лобной дисфункции – 17 из 18 баллов. Счет верный, функция обобщения не нарушена. Пословицы и метафоры трактует верно.

Общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, содержание фолиевой кислоты и витамина B₁₂, тиреотропного гормона в сыворотке крови – в пределах референсных значений.

При дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий (БЦА) выявлены атеросклеротические изменения без гемодинамически значимых стенозов (до 30% диаметра БЦА). По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга (рис. 3): очаговые изменения белого вещества головного мозга сосудистого генеза (Fazekas 2).

Пациенту установлен диагноз: «I67.8 Хроническая ишемия головного мозга, синдром умеренных когнитивных нарушений сосудистого генеза. Фон: артериальная гипертензия, 3-я степень повышения артериального давления, 2-й стадии, высокий риск ССО. Сопутствующий диагноз: гиперлипидемия».

Пациенту даны рекомендации о важности соблюдения регулярного приема назначенной кардиологом антигипертензивной терапии и статинов (использование таблеток на неделю, прием препаратов по будильнику). К терапии добавлен препарат Церетон® внутримышечно медленно (1000 мг – содержимое 1 ампулы) в течение 10 дней с дальнейшим переходом на прием внутрь 2 капсул (800 мг) утром и 1 капсулы (400 мг) днем в течение 6 месяцев. Рекомендовано регулярное проведение когнитивной стимуляции и тренинга [22–24], сохранение двигательной активности, по возможности – профессиональной активности. Повторный прием через 3, 6 и 12 месяцев для контроля когнитивных функций или при нарастании выраженности симптоматики.

Через 3 месяца на фоне регулярного приема медикаментозной терапии, когнитивной стимуляции и тренинга, сохранения физической и профессиональной активности нарастания когнитивных нарушений не выявлено. Пациент отмечает регресс таких симптомов, как ощущение «тумана» в голове и сложности в подборе слов в разговоре. При проведении нейропсихологического тестирования тест запоминания «12 слов»: непосредственное воспроизведение – 12 слов (самостоятельно названо 10 слов, с категориальной подсказкой – остав-

шиеся 2 слова), отсроченное воспроизведение – 12 слов (самостоятельно названо 12 слов). Тест рисования часов – 9 из 10 баллов (незначительная погрешность в расположении стрелок). При оценке по КШОПС пациент набрал 27 из 30 баллов, по шкале оценки лобной дисфункции – 17 из 18 баллов.

Обсуждение

Диагноз синдрома выраженных когнитивных расстройств (деменции) правомерен при ограничении или оставлении хотя бы одного из видов повседневной деятельности (работа, социальная активность, бытовые дела, самообслуживание) вследствие нарушений одной или нескольких когнитивных функций или при очевидной несамостоятельности пациента во время общения с лечащим врачом [4, 5, 13]. В представленном клиническом случае когнитивное расстройство у пациента не достигало степени деменции с учетом сохранения бытовой и социальной активности, что подтвердил тщательный расспрос пациента и его дочери. Для определения стадии когнитивной недостаточности (УКР или деменция) были заданы вопросы, касающиеся возможности осуществлять повседневную деятельность пациента [5]. Понятие «повседневная деятельность» включает:

- возможность справляться с рабочими задачами;
- прежний уровень активности в социальной жизни: общение с родственниками и друзьями, хобби, посещение кино, театра, выставок, кафе, ресторанов, путешествия;
- осуществление финансовых операций: покупки в магазине, банковские операции, оплата счетов;
- вождение автомобиля;
- ориентирование на местности: у себя дома, в своем микрорайоне, в менее знакомых частях населенного пункта;
- ведение домашних дел: приготовление пищи, мытье посуды, стирка, глажка, уборка, мелкий бытовой ремонт;
- использование средств связи: стационарный телефон, мобильный телефон, компьютер;
- самообслуживание: самостоятельное одевание, выполнение гигиенических процедур, прием пищи и назначенных медикаментов;
- осуществление естественных отправлений.

Важно уточнить, нуждается ли пациент при выполнении этих видов активности в напоминаниях и подсказках, в помощи посторонних время от времени или постоянно; требует ли постоянного ухода за собой [4, 5, 16].

С учетом исходно высокого интеллектуального уровня, наличия высшего образования, сохранения профессиональной деятельности пациент успешно справился с большинством заданий при нейрокогнитивном тестировании. Кроме того, при тщательном расспросе пациента и его дочери не отмечено влияния когнитивного расстройства на повседневную активность пациента, что свидетельствует в пользу УКР, а не легкой деменции. С учетом наличия в анамнезе артериальной гипертензии,

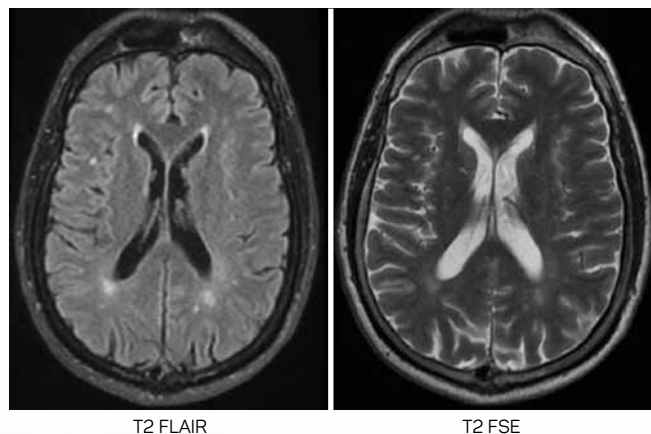


Рис. 3. МР-изменения белого вещества головного мозга сосудистого генеза (Fazekas 2)

нерегулярного приема гипотензивных препаратов у пациента сформировались очаги лейкоареоза по данным МРТ [25, 26]. Для коррекции УКР сосудистого генеза было принято решение добавить к уже имеющейся медикаментозной терапии пациента нейрометаболический препарат холина альфосцерат (Церетон®). При попадании в организм Церетон® расщепляется на холин и глицерофосфат под действием ферментов. Образовавшийся холин электрически нейтрален, благодаря чему проникает через гематоэнцефалический барьер и попадает в головной мозг, где служит основой для образования ацетилхолина (дефицит которого в головном мозге имеет патогенетическое значение при нейродегенеративных и сосудистых заболеваниях, сопровождающихся снижением когнитивных функций). Также холин стимулирует синтез ацетилхолина в головном мозге и улучшает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах. Глицерофосфат, являясь предшественником фосфолипидов мембраны нейронов, стимулирует образование фосфатидилхолина, который восстанавливает бифосфолипидный состав мембран нервных клеток и нейропластичность. Препарат способствует увеличению секреции нейротрофических факторов, восстановлению роста и ветвления дендритов, стимулирует рост аксонов [3, 27–29].

Церетон® выпускается в форме раствора для внутримышечного и внутривенного введения и в капсулах. Рекомендованный режим дозирования включает в себя начало терапии с парентеральных форм внутривенно капельно или внутримышечно медленно (1 ампула – 1000 мг) в течение 10 дней с дальнейшим переходом на пероральный прием по схеме: 2 капсулы утром (800 мг) и 1 капсула (400 мг) днем в течение 3–6 месяцев. Появление на рынке удобной и экономичной упаковки препарата Церетон® 400 мг № 112 позволяет значительно повысить комплаенс пациента и эффективность терапии.

В настоящее время на российском рынке Церетон® представлен также лекарственной формой в виде раствора для приема внутрь в уникальной дозировке 120 мг/мл (режим дозирования: 5 мл утром и 5 мл днем). Важными преимуществами данной лекарственной формы являются высокая биодоступность, удобная титрация с помощью мерного шприца, приятный земляничный вкус, минимизация возможных побочных эффектов за счет отсутствия сорбитола. Кроме того, жидкая форма особенно предпочтительна у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, например, при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, и у пациентов с нарушением глотания, у пожилых ослабленных пациентов.

В 2024 г. Институтом междисциплинарной медицины проводилась наблюдательная программа по оценке эффективности и безопасности препарата Церетон® (холина альфосцерат) капсулы 400 мг в сочетании с когнитивным тренингом с использованием платформы «Активное долголетие» в условиях реальной клинической практики. В программу были включены амбулаторные пациенты (n = 271) мужского и женского пола старше 18 лет

с диагнозом «хроническая ишемия мозга с синдромом легких или умеренных когнитивных нарушений». Длительность наблюдения составила 2 месяца. Нейропсихологическое тестирование проводилось на первом визите, через 1 и 2 месяца. Холина альфосцерат (Церетон®) назначался в дозе 1200 мг в сутки в течение 60 дней. В программе «Активное долголетие» использовались валидированные упражнения для тренировки основных когнитивных функций: памяти, внимания, логики – в различных комбинациях, разработанные при участии ведущих экспертов-неврологов кафедры нервных болезней лечебного факультета Сеченовского Университета. Пациенты, участвовавшие в наблюдательной программе, ежедневно выполняли упражнения когнитивного тренинга. Каждая тренировка включала по 2 задания, направленных на каждый домен, максимальное время выполнения – 20 минут. Помимо выполнения упражнений пациенты слушали на платформе лекции и смотрели образовательные видео, посвященные когнитивному здоровью.

По результатам представленной программы, ко второму и третьему визитам наблюдался клинически и статистически значимый рост значений оценки когнитивных функций по шкале MoCa ($p < 0,0001$). На втором визите улучшение зарегистрировано у 85% пациентов, а на третьем – у 97%. Также отмечено клинически и статистически значимое снижение значений пробы Шульте ко второму и третьему визитам ($p < 0,0001$). При выполнении заданий когнитивного тренинга наблюдался статистически значимый рост значений результатов уроков к третьему визиту ($p < 0,0001$). Результаты наблюдательной программы, направленной на оценку эффективности и безопасности применения препарата Церетон® в дозе 1200 мг в сутки в сочетании с ментальным тренингом на платформе «Активное долголетие», продемонстрировали его высокую терапевтическую значимость для пациентов с легкими и умеренными когнитивными нарушениями. Анализ полученных данных свидетельствует о значительном улучшении когнитивных функций, в частности памяти, внимания, логики и исполнительных навыков, что подтверждает потенциал исследуемого препарата в управлении когнитивным дефицитом [3].

Закключение

Таким образом, препарат Церетон® способствует улучшению холинергической передачи, восстановлению поврежденных мембран нейронов и улучшению мозгового кровотока. За счет вышеуказанного мультимодального действия достигается улучшение когнитивных, эмоциональных и двигательных функций. Препарат обладает высоким профилем безопасности, хорошей переносимостью и может быть рекомендован в качестве средства профилактики деменции у пожилых пациентов с синдромом УКР.

Конфликт интересов

Статья подготовлена при поддержке
ЗАО «ФармФирма «Сотекс».

Литература

1. WHO. Dementia. Fact sheets. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (accessed 23.03.2026).
2. Sachdev P.S., Lipnicki D.M., Kochan N.A. et al. The prevalence of mild cognitive impairment in diverse geographical and ethnocultural regions: the COSMIC collaboration. *PLoS One*. 2015; 10 (11): e0142388.
3. Захаров В.В., Громова Д.О. Комплексное лечение умеренных когнитивных нарушений: современный взгляд на проблему. *Поведенческая неврология*. 2025; 1: 42–48.
4. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. Доступно по: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/617_5 (дата обращения 23.03.2026).
5. Захаров В.В. Когнитивные нарушения. М.: ПрофМед-Пресс, 2025. 220 с.
6. Livingston G., Huntley J., Liu K.Y. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*. 2024; 404 (10452): 572–628.
7. Petersen R.C., Lopez O., Armstrong M.J. et al. Practice guideline update summary: mild cognitive impairment [RETIRED]: report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018; 90 (3): 126–135.
8. Petersen R.C., Negash S. Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectr*. 2008; 13 (1): 45–53.
9. Petersen R.C. Mild cognitive impairment: useful or not? *Alzheimers Dement*. 2005; 1: 15–10.
10. Zhao Q.F., Tan L., Wang H.F. et al. The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord*. 2016; 190: 264–271.
11. 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 on Aging. *J. Am. Geriatr. Soc*. 2000; 48 (7): 775–782.
12. Livingston G., Huntley J., Sommerlad A. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020; 396 (10248): 413–446.
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline. 2018. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97> (accessed 23.03.2026).
14. Feldman H.H., Jacova C., Robillard A. et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ*. 2008; 178 (7): 825–836.
15. Knopman D.S., DeKosky S.T., Cummings J.L. et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001; 56 (9): 1143–1153.
16. Парфенов В.А., Захаров В.В., Преображенская И.С. Когнитивные расстройства. М.: Ремедиум, 2015. 192 с.
17. Breton A., Casey D., Arnaoutoglou N.A. Cognitive tests for the detection of mild cognitive impairment (MCI), the prodromal stage of dementia: meta-analysis of diagnostic accuracy studies. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2019; 34 (2): 233–242.
18. McGovern A., Pendlebury S.T., Mishra N.K. et al. Test accuracy of informant-based cognitive screening tests for diagnosis of dementia and multidomain cognitive impairment in stroke. *Stroke*. 2016; 47 (2): 329–335.
19. Chan C.C., Fage B.A., Burton J.K. et al. Mini-Cog for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias within a secondary care setting. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2019; 9 (9): CD011414.
20. Freitas S., Simões M.R., Alves L. et al. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): validation study for frontotemporal dementia. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol*. 2012; 25 (3): 146–154.
21. Arevalo-Rodriguez I., Smailagic N., Roqué I Figuls M. et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst. Rev*. 2015; 2015 (3): CD010783.
22. Mormont E., Jamart J., Robaye L. Validity of the five-word test for the evaluation of verbal episodic memory and dementia in a memory clinic setting. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol*. 2012; 25 (2): 78–84.
23. Li C., Li M., Shang Y. Cognitive training with adaptive algorithm improves cognitive ability in older people with MCI. *Aging Clin. Exp. Res*. 2025; 37 (1): 20.
24. Belleville S., Cuesta M., Bier N. et al. Five-year effects of cognitive training in individuals with mild cognitive impairment. *Alzheimers Dement. (Amst.)*. 2024; 16 (3): e12626.
25. Fazekas F., Chawluk J.B., Alavi A. et al. MR signal abnormalities at 1.5 T in Alzheimer's dementia and normal aging. *AJR Am. J. Roentgenol*. 1987; 149 (2): 351–356.
26. Kynast J., Lampe L., Luck T. et al. White matter hyperintensities associated with small vessel disease impair social cognition beside attention and memory. *J. Cereb. Blood Flow Metab*. 2018; 38 (6): 996–1009.
27. Локшина А.Б., Захаров В.В., Гришина Д.А. и др. Гетерогенность синдрома умеренных когнитивных нарушений (анализ работы специализированного амбулаторного приема). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021; 13 (3): 34–41.
28. Соловьева А.В., Чичановская Л.В., Бахарева О.Н., Брянцева М.В. Изучение эффективности препарата Церетон в лечении больных пожилого возраста, страдающих хронической ишемией головного мозга. *РМЖ*. 2009; 23: 1522.
29. Пизова Н.В. Опыт применения церетона у больных с хронической ишемией головного мозга и умеренными когнитивными расстройствами. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014; 114 (12): 78–83.