

Уважаемые коллеги!

Редакция журнала «Современная терапия в психиатрии и неврологии» продолжает публикацию статей постоянной рубрики «Современные подходы к терапии болезни Альцгеймера». Куратор рубрики – доктор медицинских наук, профессор Светлана Ивановна Гаврилова, руководитель отдела гериатрической психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН.

В рамках рубрики запланированы статьи:

1. Диагностика и терапия смешанной (альцгеймеровско-сосудистой) деменции
Д-р мед. наук Н.М. Михайлова
2. Когнитивные и некогнитивные психические нарушения у родственников первой степени родства у пациентов с болезнью Альцгеймера
Д-р мед. наук Н.Д. Селезнёва, канд. психол. наук И.Ф. Рощина, М.В. Гантман
3. Возможности превентивной терапии болезни Альцгеймера
Д-р мед. наук, проф. С.И. Гаврилова
4. Особенности лечения поведенческих и психотических расстройств у пациентов с болезнью Альцгеймера.
Канд. мед. наук И.В. Колыхалов

Спонсор рубрики – компания Тева

Диагностика и терапия смешанной (альцгеймеровско-сосудистой) деменции

д.м.н. Н.М. Михайлова

Отделение болезни Альцгеймера отдела гериатрической психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН
115522, Москва, Каширское ш., д. 34

Деменция при болезни Альцгеймера, сочетанная с церебрально-сосудистым заболеванием, относится к распространенным формам деменций позднего возраста. В целях изучения клинических особенностей смешанной деменции альцгеймеровского типа проведено сплошное обследование пациентов, впервые поступивших в психогериатрическое отделение с мягкой и умеренной степенью выраженности деменции. Материал исследования составили 283 больных (81 мужчина и 202 женщины) в возрасте 48–93 лет. В основную группу вошли 94 пациента с диагнозом смешанной деменции (33,2 %), в группах сравнения оказалось 75 больных сосудистой деменцией (26,5 %) и 114 больных с болезнью Альцгеймера (40,3 %) без признаков церебрально-сосудистого поражения. Достоверно значимые отличия группы смешанной деменции от групп сравнения составили показатели соотношения мужчин и женщин (1:3,9), частота позднего (после 65 лет) начала заболевания (в 90,4 % случаев), соотношение числа больных с мягкой и умеренной деменцией (1,2:1). По структуре и частоте некогнитивных психопатологических расстройств (депрессивных, острой делириозноподобной спутанности) смешанная деменция обнаруживала сходство с сосудистой деменцией. Сходство смешанной деменции с сосудистой деменцией обнаружено в результатах нейровизуализации, частоте соматоневрологической отягощенности и нарушений мозгового кровообращения в анамнезе больных. Особенности клинической картины смешанной деменции определяют комплексный характер терапевтического вмешательства.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция, сосудистая деменция, диагностика, терапия.

В группе деменций позднего возраста выделяется слабоумие, клинические признаки которого определяются сочетанием проявлений, характерных для болезни Альцгеймера (БА) и сосудистой деменции. Для его обозначения используются термины сочетанной, сме-

шанной или атипичной деменции. Смешанная деменция диагностируется в тех случаях, когда при наличии клинических или анатомических признаков БА и сосудистого ишемически-деструктивного мозгового процесса невозможно объяснить клиническую картину или особенности течения процесса исходя из концепции одного заболевания [5, 6, 11, 15, 41]. Прежние представления о комбинации двух видов деменции сменились общепризнанной концепцией сочетания БА с церебрально-сосудистым заболеванием [10, 16, 19, 31, 32, 34]. В МКБ-10 диагноз смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции имеет отдельный код – F00.2.

Популяционная частота смешанной деменции точно не известна. В разных группах населения показатели существенно различаются (от 2 до 58 %), составляя в среднем 6–12 % [26, 30, 34]. В клинических выборках доля смешанных деменций насчитывает от 9 до 50 % [4, 13]. По результатам аутопсии в 30–80 % случаев обнаруживается сосуществование церебральных инфарктов и альцгеймеровских изменений [29, 40, 41]. Внедрение методов нейровизуализации в диагностику деменций позднего возраста существенно повлияло на повышение показателя частоты смешанных форм с сочетанием альцгеймеровской и сосудистой патологии [11, 36, 37]. Накопление этих пациентов в контингенте психогериатрических отделений стационарных и амбулаторных служб подтверждается повседневным клиническим опытом.

Цель настоящего исследования – определить клинические особенности деменций альцгеймеровского типа, сочетанных с церебрально-сосудистым поражением головного мозга. В работе сопоставлены результаты обследования пациентов с диагнозом смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции с данными обследования пациентов двух других групп – с деменцией альцгеймеровского типа, не осложненной церебрально-сосудистым поражением, и с сосуди-

Таблица 1. Половозрастной состав больных и основные характеристики заболевания

Показатель	Сосудистая деменция	Смешанная деменция	Альцгеймеровская деменция	Всего
Число больных, абс (%)	75 (26,5)	94 (33,2)	114 (40,3)	283 (100,0)
Соотношение м/ж	1:1,3	1:3,9*	1:2,8	1:2,5
Средний возраст на момент обследования	74 ± 6,0 (54–86)	76 ± 5,4 ² (56–93)	71 ± 7,5 (48–93)	73 ± 6,6 (48–93)
Средняя давность заболевания (лет)	3 ± 2,0	4,2 ± 1,7	3,9 ± 1,5	4 ± 1,7
Средний возраст начала болезни	71 ± 6,2 (46–83)	71,7 ± 5,5 ² (52–90)	67,0 ± 7,6 (44–90)	70 ± 6,7
Соотношение числа больных с ранним и поздним началом деменции	1:5,8	1:9,4 ^{1,2}	1:1,9	1:3,7
Соотношение числа больных с мягкой и умеренной деменцией	4,4:1	1,2:1 ^{1,2}	1:1,6	1,2:1
Средняя длительность этапа мягкой деменции	2 ± 1,3 (1–10)	3,2 ± 1,4 ¹ (1–12)	2,9 ± 1,3 (1–8)	3 ± 1,4
Средняя длительность этапа умеренной деменции	1 ± 0,2 (1–2)	1,4 ± 0,6 ¹ (1–4)	1,5 ± 0,6 (1–5)	1 ± 0,6

¹p < 0,05 – достоверность различий между смешанной и сосудистой деменцией;
²p < 0,05 – достоверность различий между смешанной и альцгеймеровской деменцией.

стой деменцией. Использован мультидисциплинарный подход с применением различных методов обследования: клинико-психопатологического, психометрического, нейропсихологического, нейровизуализационного (МРТ головного мозга).

Критерии включения пациентов в исследование:

- первичное поступление больных пожилого возраста в психогериатрическое отделение в соответствии с критериями диагностики МКБ-10: для деменции при БА (F00.0 и F.00.1), смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции (F00.2) и сосудистой деменции (F01);
- мягкая или умеренная степень выраженности деменции;
- диагностические критерии вероятной и возможной БА, установленные рабочей группой NINCDS/ADRDA (Национального института неврологических коммуникативных расстройств и инсульта / Ассоциацией болезни Альцгеймера и относящихся к ней нарушений);
- диагностические критерии цереброваскулярной деменции, установленные рабочей группой NINDS-AIREN (Национального института неврологических расстройств и инсульта совместно с Международной ассоциацией научных исследований и обучения в области неврологии);
- диагноз смешанной деменции отвечает критериям возможной БА (NINCDS/ADRDA), сочетанной с цереброваскулярным заболеванием по анамнестическим, клиническим и нейровизуализационным критериям NINDS-AIREN.

Критерии исключения:

- деменция иного генеза;
- тяжелая степень выраженности деменции.

Клинический материал составили 283 больных (81 мужчина и 202 женщины) в возрасте 48–93 лет (средний возраст – 73 года), обследованных в психогериатрических отделениях ГПБ № 15 Москвы в период с 2004 по 2009 г. В основную группу включены 94 пациента (33 %) с диагнозом деменции смешанного (альцгеймеровско-сосудистого) генеза. В группы сравнения вошли 75 больных (27 %) с диагнозом сосудистой деменции и 114 больных (40 %) с диагнозом деменции при БА без клинических признаков церебрально-сосудистого заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В изученном материале первое по частоте место занимает деменция при БА, не осложненная церебрально-сосудистым заболеванием (40,3 % всех случаев деменции). Смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция лишь немного уступает по частоте БА, составляя 33,2 % наблюдений. В то же время доля сосудистой деменции среди пациентов, впервые поступивших в психогериатрическое отделение, не превышает 26,5 %.

Во всех трех группах больных отмечено преобладание женщин (табл. 1). Соотношение по полу (м/ж) среди больных смешанной деменцией составило 1:3,9, в группе сосудистой деменции – 1:1,3, а при БА – 1:2,8. По этому признаку группа смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции и группа больных деменцией альцгеймеровского типа различались не статистически достоверно. Этот же показатель преобладания женщин оказался значимо выше и в группе больных смешанной деменцией, и среди пациентов с «чистой» БА в сравнении с группой сосудистой деменции, в то время как частота диагноза сосудистой деменции оказалась достаточно близкой у мужчин и женщин.

Пациенты с диагнозом деменции смешанного альцгеймеровско-сосудистого генеза были достоверно старше (средний возраст – 76 лет) к моменту обследования в сравнении с больными БА (средний возраст – 71 год). Не выявлено значимых различий в среднем возрасте обследованных больных в группах смешанной и сосудистой деменции (76 и 74 года соответственно).

Все три сравниваемые группы больных – с сосудистой деменцией, смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменцией и «чистой» альцгеймеровской деменцией – оказались сопоставимы по давности заболевания к моменту обследования (табл. 1), что позволяет с большей уверенностью судить о значимости других характеристик заболевания для дифференциации этих форм деменции. Длительность предшествующего первой госпитализации этапа заболевания варьировалась в значительных пределах во всех трех группах наблюдений, но средняя его продолжительность достоверно не отличалась, составляя 3,0 года в группе сосудистой деменции, 4,2 года в группе смешанной деменции и 3,9 года в группе альцгеймеровской деменции.

У больных всех трех групп заболевание начиналось чаще после 65 лет. Однако в случаях смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции позднее начало заболевания относилось к подавляющему большинству наблюдений (90,4 %). Преобладание случаев с поздним началом отмечено и в группе сосудистой деменции (85,3 %), в то время как при БА, не осложненной церебрально-сосудистым заболеванием, позднее начало деменции наблюдалось реже (64,9 %). Соотношение числа случаев с ранним и поздним началом смешанной деменции (1:9,4) достоверно превосходило как соответствующий показатель при «чистой» альцгеймеровской деменции (1:1,9), так и соотношение форм сосудистой деменции с началом до и после 65 лет (1:5,8). Таким образом, существенной характеристикой смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции является почти исключительно позднее, т. е. после 65 лет, начало заболевания.

В соответствии с критериями включения в исследование у пациентов всех трех сравниваемых групп отмечались проявления мягкой или умеренно выраженной деменции. По степени выраженности деменции к

Таблица 2. Значения психометрических тестов (MMSE и CDT) в сравниваемых группах больных

Мини-тест (MMSE) и тест рисования часов (CDT)	Сосудистая деменция, n = 75	Смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция, n = 94	Деменция альцгеймеровского типа, n = 114
Общее среднее значение MMSE	23 ± 3,1 ¹	20,5 ± 3,1 ²	19,2 ± 3,7
Среднее значение MMSE у больных мягкой деменцией	25 ± 2,1 ¹	23 ± 2,0	23,2 ± 1,9
Среднее значение MMSE у больных умеренной деменцией	17,0 ± 3,6	17,5 ± 1,9	16,7 ± 2,7
Общее среднее значение CDT	7 ± 1,1 ¹	6,5 ± 1,1 ²	5,8 ± 1,3
Среднее значение CDT для мягкой деменции	8,0 ± 0,9 ¹	7,2 ± 0,9	6,7 ± 1,0
Среднее значение CDT для умеренной деменции	6,0 ± 1,7	5,8 ± 0,9	5,3 ± 1,3

¹p < 0,05 – достоверность различий между смешанной и сосудистой деменцией;
²p < 0,05 – достоверность различий между смешанной и альцгеймеровской деменцией.

моменту обследования в основной группе смешанной деменции отмечено близкое распределение мягкой и умеренной деменции (55,3 и 44,7 % соответственно), в то время как при сосудистой деменции существенно преобладали случаи мягкой деменции (81,3 %), а при БА чаще наблюдалась умеренно выраженная деменция (61,4 %). При смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции соотношение числа случаев мягкой и умеренной деменции было близким к равному и составляло 1,2:1, в то время как при «чистой» альцгеймеровской деменции более чем в полтора раза чаще выявлены случаи умеренно выраженной деменции. В то же время при сосудистой деменции большинство составляли случаи мягкой деменции, более чем в 4 раза превышая число случаев умеренно выраженной деменции. Показатель соотношения долей мягкой и умеренной деменции при смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции обнаруживает статистически значимые отличия от соответствующих показателей в группах сравнения. Если принять во внимание, что средняя давность заболевания во всех трех группах сравнения достоверно не отличалась, то можно предположить, что темп прогрессирования когнитивного снижения в изученных случаях смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции более низкий, чем при «чистой» альцгеймеровской деменции. В пользу этого свидетельствует тот факт, что за тот же период времени больше половины пациентов смешанной группы остаются на стадии мягкой деменции, а около двух третей пациентов с альцгеймеровской деменцией достигают стадии умеренно выраженной деменции. В группе сосудистой деменции, судя по преобладанию случаев мягкой деменции, темп прогрессирования когнитивного снижения наименьший.

Средний возраст начала заболевания в случаях смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции не отличался от возраста начала сосудистой деменции, но был достоверно выше, чем при «чистой» альцгеймеровской деменции (табл. 1). Естественно, то же самое отмечено в отношении возраста начала мягкой деменции. Также и средний возраст начала умеренно выраженной деменции смешанного типа достоверно превосходил соответствующее значение возраста начала умеренной деменции при деменции альцгеймеровского типа, не осложненной церебрально-сосудистым поражением.

Средняя длительность этапа мягкой деменции, так же как и этапа умеренной деменции к моменту обследования, была достоверно больше в случаях смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции, чем в случаях сосудистой деменции. Однако эти показатели не достигали значимых различий при сопоставлении групп смешанной деменции и «чистой» альцгеймеровской деменции. Принимая во внимание то, что этап мягкой деменции мог еще не завершиться к моменту первичного обследования, можно с достаточным основанием думать, что меньшая длительность этапа мягкой деменции в случаях сосудистой деменции является производной более ранней обращаемости

за специализированной помощью. С большой вероятностью можно полагать, что пациенты с массивной сосудистой патологией находятся под постоянным врачебным наблюдением и при обнаружении первых признаков когнитивного снижения, особенно в сочетании с некогнитивными психопатологическими нарушениями, направляются на консультацию к психиатру. Имеет также значение и то, что когнитивное снижение, так же как и психопатологические расстройства, зачастую развивается достаточно остро на фоне ишемической атаки мозга, когда пациент находится в поле зрения врача. В противовес этому при смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции в сравнении с «чистой» альцгеймеровской деменцией значения длительности этапов мягкой и умеренной деменции достоверно не различаются. В обоих случаях клиническая ситуация характеризуется исподволь развивающимися симптомами деменции вследствие нейродегенеративного заболевания. Указанные особенности инициальных этапов заболевания подтверждают общность смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции и «чистой» альцгеймеровской деменции и определяют некоторые отличия от сосудистой деменции. Нарастание когнитивного снижения в этих случаях – замедленное, по крайней мере на этапе мягкой/умеренной деменции.

Психическое состояние пациентов при смешанной деменции, наряду с выраженным в разной степени мнестико-интеллектуальным снижением, характеризуется отчетливыми проявлениями брадипсихизма с замедленным темпом речи и мышления, трудностями концентрации и переклочки внимания, сравнительно менее выраженными нарушениями критики и суждений при относительной сохранности морально-этического ядра личности. Коровые очаговые нарушения менее выражены, но при локализации сосудистого поражения в функционально значимых областях они могут быть клинически неотличимы от таковых при БА. Эмоциональная лабильность с проявлениями слабодушия ограничивается склонностью к слезливой чувствительности, обычно не достигая степени грубого недержания аффекта в виде насильственного смеха или плача. Изменчивость состояния с «мерцанием» симптоматики обычно ограничена во времени и более свойственна подострым состояниям с обилием психопатологических симптомов.

Психометрическая оценка степени тяжести деменции с использованием мини-теста психического состояния (MMSE) и теста рисования часов (CDT) показала, что смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция занимает промежуточное положение по показателю мини-теста (табл. 2), при этом его значение достоверно ниже, чем при сосудистой деменции, но значимо выше, чем в случаях альцгеймеровской деменции, не осложненной церебрально-сосудистым заболеванием.

В этих усредненных значениях тестовой оценки когнитивного снижения нашли свое отражение различия в частоте мягкой и умеренной деменции в

Таблица 3. Частота психопатологических расстройств у больных с разными видами деменции, абс (%)

Вид расстройств	Сосудистая деменция, n = 75	Смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция, n = 94	Деменция при болезни Альцгеймера, n = 114
Поведенческие	28 (37,3)	47 (50,0) ¹	81 (71,1) ²
Аффективные	51 (68,0) ¹	58 (61,7) ²	51 (44,7)
Бредовые	20 (26,7)	56 (59,6) ¹	53 (46,5)
Острые психозы со спутанностью	28 (37,3) ¹	33 (35,1) ²	29 (25,4)

¹p < 0,05 – достоверность различий между смешанной и сосудистой деменцией;
²p < 0,05 – достоверность различий между смешанной и альцгеймеровской деменцией.

сравнимых группах больных. Наиболее высокий показатель MMSE согласовывался с наибольшей долей мягкой деменции в группе пациентов с диагнозом сосудистой деменции. Напротив, относительно низкое значение мини-теста у больных с «чистой» альцгеймеровской деменцией соответствовало преобладанию случаев умеренно выраженной деменции в этой группе. Представлялось целесообразным сравнить значения мини-теста отдельно в отношении мягкой и умеренной деменции в сравниваемых группах пациентов. Значение мини-теста оказалось выше в группе мягкой сосудистой деменции, однако не отличалось при мягкой смешанной деменции и «чистой» альцгеймеровской деменции. В этом находят свое отражение в первую очередь особенности когнитивных дисфункций при сосудистой деменции с относительной сохранностью операциональных возможностей в этих случаях. В то же время суммарный балл мини-теста при умеренно выраженной деменции не отличался в группах смешанной и сосудистой деменции, но был ниже при умеренной деменции альцгеймеровского типа. С учетом данных о равной продолжительности начальных стадий болезни при смешанной и «чистой» альцгеймеровской деменции, различия психометрических показателей когнитивного снижения могут свидетельствовать о более медленном темпе прогрессирования смешанной деменции на этих этапах заболевания.

Среднегрупповое значение теста рисования часов оказалось наибольшим у больных сосудистой деменцией (7 ± 1,1), наименьшим – у больных деменцией альцгеймеровского типа (5,8 ± 1,3) и промежуточным по величине – у больных деменцией смешанного типа (6,5 ± 1,1). При рассмотрении результатов выполнения этого теста на разных стадиях заболевания у больных сравниваемых групп оказалось, что промежуточное значение этого показателя при смешанной деменции сохраняется на стадии мягкой деменции и утрачивается на стадии умеренно выраженной деменции. Такое сходство в ухудшении выполнения когнитивных тестов при смешанной и альцгеймеровской деменции при нарастании степени тяжести деменции, вероятно, отражает ведущую роль нейродегенеративного процесса.

Комплексное нейропсихологическое исследование больных с использованием методологии и методик школы А.Р. Лурии показало ряд различий в структуре когнитивного статуса пациентов с БА, сосудистой деменцией и смешанной деменцией. По параметру «ориентировка в месте и времени» наиболее выраженные нарушения наблюдались в группе больных с деменцией альцгеймеровского типа, промежуточное снижение наблюдалось у больных с деменцией смешанного генеза и наиболее сохраняя «ориентировка в месте и времени» отмечалась у больных с сосудистой деменцией. Наиболее выраженное нарушение энергетических (нейродинамических) параметров психической деятельности наблюдалось у больных с деменцией смешанного генеза. Наименьшее снижение нейродинамических характеристик психической активности отмечалось у больных с деменцией альцгеймеровского типа. Больные с деменцией смешан-

ного генеза по этому параметру занимали промежуточное положение. Оценка произвольной регуляции деятельности показала, что этот параметр деятельности был наиболее нарушен у больных с деменцией альцгеймеровского типа и наиболее сохранен у больных с сосудистой деменцией. Больные со смешанной деменцией по данному параметру занимали промежуточное положение. Оценка операциональных составляющих психической деятельности показала большое разнообразие симптомов нарушения гнозиса, праксиса, оптико-пространственной деятельности, речи, письма, счета, чтения, интеллектуальных операций у больных всех трех групп, однако можно отметить, что при этом у больных с сосудистой деменцией в целом имела место большая сохранность операциональных компонентов психической активности. Указанные особенности определяют специфический профиль нарушений когнитивных функций при сочетании двух процессов – нейродегенеративного и церебрально-сосудистого.

Некогнитивные психопатологические расстройства выявлялись почти одинаково часто во всех трех группах (61,7, 68,0 и 71,1 % соответственно), однако существенно различались по структуре и частоте проявлений (табл. 3).

При смешанной деменции острые психотические состояния со спутанностью наблюдались почти так же часто, как при сосудистой деменции (35,1 и 37,3 % соответственно). Особенности этих состояний определял делириозноподобный характер психотических расстройств с частотой иллюзорно-галлюцинаторных обманов восприятия. Для альцгеймеровской деменции, не осложненной церебрально-сосудистым заболеванием, были более характерны транзиторные или более стойкие состояния амnestической спутанности.

Аффективные (почти исключительно депрессивные) расстройства были частыми при сосудистой деменции (61,7 %) и при смешанной деменции (68,0 %), а при БА были достоверно более редкими (44,7 %). Бредовые расстройства наблюдались с большей частотой при деменции смешанного типа (59,6 %) в сравнении с БА (46,5 %), но это различие не имело статистической значимости. В то же время бредовые расстройства выявлялись достоверно чаще при смешанной деменции, чем при сосудистой деменции (26,7 %). Психопатологически бредовые расстройства практически исчерпывались идеями супружеской неверности, материального ущерба, иногда с допущением возможности отравления или причинения иного ущерба здоровью.

Поведенческие симптомы деменции были наиболее характерны для деменции альцгеймеровского типа, встречались достоверно более часто в этих случаях, чем при смешанной деменции. В свою очередь, частота поведенческих расстройств в группе смешанной деменции достоверно превышала соответствующий показатель при сосудистой деменции.

Психопатологические некогнитивные расстройства определяли близость смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции к сосудистой деменции по частоте и особенностям проявлений острых психозов и аффективных нарушений. Эти проявления достоверно чаще наблюдались при смешанной деменции, чем

Таблица 4. МРТ-признаки при разных типах деменции, абс. (%)

МРТ-признаки	Сосудистая деменция, n = 65 (86,7 %)	Смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция, n = 84 (89,4 %)	Деменция альцгеймеровского типа, n = 102 (89,5 %)
Кортикальная атрофия	59 (90,8)	84 (100,0)	102 (100,0)
Увеличение желудочков	60 (92,3)	84 (100,0)	102 (100,0)
Инфаркты в зонах васкуляризации крупных сосудов	28 (43,1)	6 (7,1)	–
Единичные инфаркты в «стратегически значимых» зонах	16 (24,6)	11 (13,2)	1 (1,0)
Очаги/лакуны в базальных ганглиях	23 (35,4)	22 (26,2)	2 (2,0)
Очаги/лакуны в белом веществе	48 (73,8)	69 (82,1)	9 (8,8)
Лейкоараиозис	36 (55,4)	60 (71,4)	28 (27,5)

при «чистой» альцгеймеровской деменции, и составляли одну из основных проблем при дифференциальной диагностике деменций. Частота острых делириозноподобных психозов наиболее вероятно отражает участие церебрально-сосудистого поражения в развитии смешанной деменции. В то же время характер и сходная частота бредовых нарушений определяли близость смешанной деменции к «чистой» альцгеймеровской деменции, так же как достаточно большая частота поведенческих расстройств.

Наряду с анамнестическими данными, касающимися возникновения и развития собственно проявлений деменции, диагностические критерии дифференциации основных форм деменций позднего возраста (альцгеймеровской, сосудистой и смешанной альцгеймеровско-сосудистой) включают данные нейровизуализации методом МРТ головного мозга. К диагностически значимым радиологическим признакам БА с сопутствующим цереброваскулярным заболеванием относят, в первую очередь, очаговые изменения, при этом придается значение их размерам, количеству и локализации [1, 2, 23, 27]. На T₂-взвешенных изображениях визуализируются инфаркты в бассейнах крупных сосудов, одиночные инфаркты в «стратегически значимых» зонах (угловая извилина, таламус, базальные отделы переднего мозга, бассейн задней и передней мозговой артерий) или лакуны по крайней мере в двух базальных ганглиях и в белом веществе или поражение не менее 25 % всего белого вещества.

Проведение МРТ головного мозга было одним из обязательных методов обследования больных, включенных в исследование. В результате данные МРТ головного мозга получены почти для 90 % пациентов в каждой из диагностических групп, что определило возможность сопоставления этих данных (табл. 4).

По высокой частоте различных очаговых изменений и поражения белого вещества обнаружена близость нейровизуализационной картины смешанной деменции к сосудистой деменции в отличие от картины МРТ у пациентов с БА, где эти изменения отсутствовали или были единичными.

В обосновании диагноза смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции существенное значение имеют данные соматического и неврологического анамнеза, свидетельствующие о наличии церебрально-сосудистого заболевания. В анамнезе больных деменцией смешанного типа в 35,1 % случаев отмечены ОНМК/ТИА, в остальных наблюдениях, если принимать во внимание результаты МРТ головного мозга, эти проявления были клинически «немыми». У больных сосудистой деменцией ОНМК/ТИА имели место в 73,3 % наблюдений, тогда как при БА – только в 7,0 %, и это были исключительно ТИА. Соответственно, среднегрупповой показатель шкалы Хачински составил 7,0 для сосудистой деменции, 4,8 для деменции смешанного типа и 2,0 для БА. Средний балл по шкале Хачински был достоверно выше при смешанной деменции в сравнении с «чистой» альцгеймеровской деменцией, но значимо ниже, чем при сосудистой деменции (p < 0,05).

Немаловажным представлялось соотношение сроков развития деменции и нарушений мозгового кровообращения (см. рисунок). В группе сосудистой деменции в большинстве случаев (61,7 %) деменция развивалась в течение первого года после ОНМК и значительно реже – через 2–5 лет после инсульта. При альцгеймеровской деменции транзиторные ишемические атаки отмечались более чем за 5 лет до развития деменции. При смешанной деменции ОНМК/ТИА выявлялись как до начала деменции за 2–5 и более лет (17,2 %), но значительно чаще отмечались уже на фоне заболевания деменцией, через 2–5 и более лет после появления первых признаков когнитивного снижения. В этих случаях обращает на себя внимание повышение риска возникновения нарушений мозгового кровообращения, что обусловлено, вероятно, в первую очередь сочетанным характером мозгового поражения нейродегенеративным процессом и церебральным атеросклерозом. Помимо этого, может иметь значение ухудшение условий лечения церебрально-сосудистого или сердечно-сосудистого заболевания в связи с развитием слабоумия, нарушение регулярности лечения и наблюдения из-за расстройств памяти и нарушения критики.

Характеристика неврологического статуса обнаруживала большее сходство в группах больных сосудистой и смешанной деменцией по высокой частоте неврологических симптомов (100 и 80 % соответственно), в то время как в группе «чистой» альцгеймеровской деменции при первичном обследовании их не было более чем у 40 % пациентов. Общими для смешанной и сосудистой деменции были симптомы сосудистого ишемического типа, такие как головокружение, шум в ушах или в голове, синкопальные состояния, различные двигательные нарушения и нарушения ходьбы, тазовые расстройства, особенно при их раннем появлении на начальных этапах заболевания.

Соматическое обследование пациентов выявило значительную отягощенность сердечно-сосудистыми заболеваниями при сосудистой и смешанной деменции. В этих случаях не обнаружено различий в частоте артериальной гипертензии (80,0 и 77,7 % соответственно), ишемической болезни сердца (88,0 и 87,2 % соответственно) и частоте мерцательной аритмии (13,3 и 13,8 % соответственно), в то время как при «чистой» альцгеймеровской деменции эти виды соматической патологии обнаруживались почти в два раза реже.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ СМЕШАННОЙ ДЕМЕНЦИИ

Общим принципом терапии смешанной деменции считается проведение комплексного вмешательства, которое включает собственно противодементную нейротрансмиттерную и нейротрофическую терапию с одновременным воздействием на сосудистые факторы риска. Предусматривается следование разработанным в последние годы стандартам терапии деменций [6, 7] с поэтапным включением разных видов терапии в соответствии со стадией заболевания.

Доказано положительное воздействие ингибиторов АХЭ и мемантина на проявления когнитивного дефи-

Преумножая преимущества галантамина

Капсулы пролонгированного действия

капсулы



1 раз в день

 **Реминил**[®]
галантамин

- Удобство в применении – прием 1 раз в день¹
- Достоверно улучшает когнитивные функции^{2,3}
- Задерживает нарастание поведенческих расстройств^{2,3}
- Поддерживает повседневную активность пациента^{2,4}
- Нормализует сон^{5,6}



1. Инструкция по медицинскому применению препарата Реминил[®]
2. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. – М.:Пulse, 2003
3. Захаров В.В. Нервные болезни. – 2006. – №1. – С.27-32
4. Дамулин И.В. Неврологический журнал. – 2005. – №1. – С.33-39
5. Blesa R. Dement Geriatr Cogn Disord 2000; 11:28–34
6. Davis B, Sadik K. Dement Geriatr Cogn Disord. 2006; 21:120–9

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

Регистрационный номер: ЛСР-007756/08
REM/Сap/ADS/Oct2011/Rus508

За полной информацией о препарате обращайтесь:

Москва, 121614, ул. Крылатская, д. 17, корп. 3

Тел.: (495) 755-83-57; факс: (495) 755-83-58. Бесплатный номер для России: 8-800-700-88-10

www.janssencilag.ru

Перед применением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата

цита не только при БА, но и при смешанной деменции [3, 6, 9, 12, 24, 35]. Сохранение благоприятного эффекта в течение 12 месяцев при БА, сочетанной с цереброваскулярным заболеванием, свидетельствует о замедлении прогрессирования болезни не менее чем на год [24]. При смешанной деменции показано назначение глатилина (церебро) перфузионно и внутрь. Соматическая и церебральная коморбидность у больных деменцией предполагает использование дополнительных возможностей улучшения потребления кислорода и глюкозы, в частности, показана эффективность применения актовегина у больных с диагнозом смешанной деменции.

Патогенетическое обоснование находит применение церебролизина [6]. Его нейротрофическое действие благоприятствует выживанию нейронов (в том числе холинергических) в патологических условиях, влияет на процессы метаболизма в-амилоида, активизирует спрутинг, способствует увеличению образования нейронов в головном мозге. Клинические исследования антиоксидантов, эстрогена, витаминов, ноотропов, противоспазмолитических препаратов и препаратов Гинко Билоба дают противоречивые результаты.

Высокая частота различных некогнитивных нарушений при смешанной деменции определяет широкое применение психотропных средств. Хотя показано, что психопатологические расстройства и нарушения поведения могут быть предотвращены или смягчены противодемментными средствами [6, 7], для лечения психотических расстройств используются антипсихотики, предпочтительно атипичные, купирование острых состояний достигается парентеральным введением тиаприда. Наличие депрессивных нарушений определяет показания к применению современных антидепрессантов, не обладающих антихолинергическими свойствами.

В комплексной терапии смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции безусловно необходимым признается лечение церебрально-сосудистого заболевания гипотензивными средствами, антиагрегантами, церебральными вазодилататорами в целях коррекции факторов риска инсульта, устранения или уменьшения выраженности хронической ишемии мозга. Однако отсутствуют доказательства модифицирующего воздействия вазоактивной и дезагрегантной терапии на нейродегенеративный компонент. Лечение аритмии, устранение окклюзий сонных артерий, применение антикоагулянтов играет ключевую роль в профилактике повторных нарушений мозгового кровообращения, риск которых повышен при смешанной деменции. Соответственно в организации помощи больным со смешанными формами альцгеймеровско-сосудистой деменции предусматривается постоянное динамическое наблюдение не только психиатра ПНД, но также невролога и терапевта территориальной поликлиники.

ОБСУЖДЕНИЕ

Впервые проведено сравнительное изучение клинических проявлений деменции при БА, сочетанной с церебрально-сосудистым поражением, в сопоставлении с сосудистой деменцией и деменцией альцгеймеровского типа, не осложненной церебральным атеросклерозом. Сравнительный дизайн исследования позволяет выявить основные признаки сходства или различия, существенные для диагностики и разграничения наиболее часто встречающихся деменций позднего возраста.

Другим преимуществом исследования является сплошное обследование всех пациентов с диагнозом деменции, впервые поступивших в психогериатрическое отделение, что позволяет судить о естественном диагностическом распределении по крайней мере в стационарном материале. Эта особенность дизайна

исследования составляет в то же время одно из его ограничений, поскольку охватывает пациентов с теми или иными показаниями к госпитализации, оставляя неизученными многочисленными случаями, когда больные с диагнозом деменции находятся только под амбулаторным наблюдением или вообще вне врачебного наблюдения. С другой стороны, невыборочное исследование на материале пациентов отделения позволило применить единый подход с максимальным использованием методов клинического и параклинического обследования. Включение пациентов только с мягкой и умеренной степенью тяжести деменции сделало возможным применение одних и тех же методик в оценке когнитивного снижения.

Полученное в исследовании диагностическое распределение отвечает современным представлениям о высокой частоте смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции [38, 43]. В настоящее время многими клиницистами и исследователями признается, что смешанные альцгеймеровско-сосудистые деменции являются едва ли не самыми распространенными среди деменций позднего возраста.

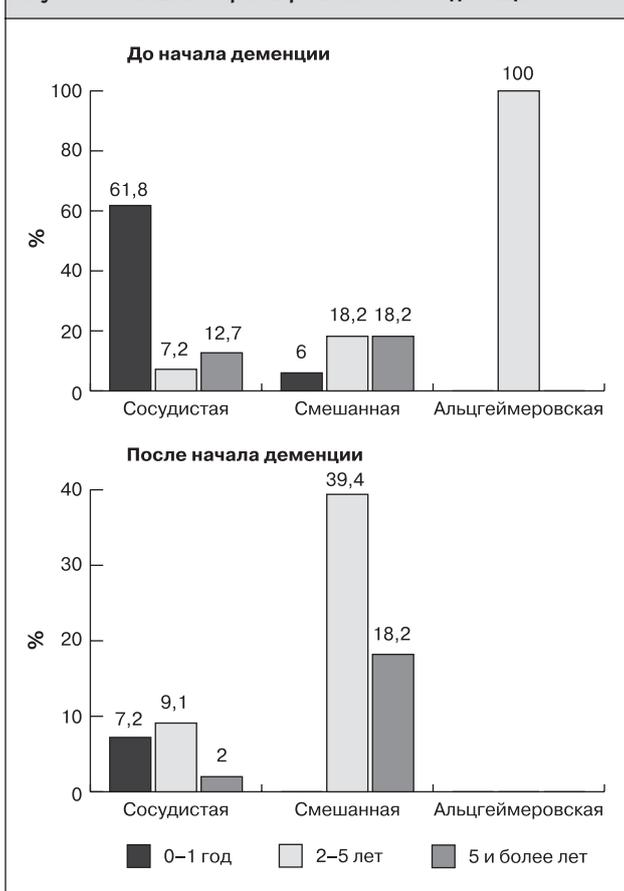
При смешанной деменции заболевание развивается у женщин почти в 4 раза чаще, чем у мужчин. Преобладание женщин более существенно в сравнении с «чистой» БА и отличает смешанную деменцию от сосудистой, где гендерные различия отчетливо не выступают. Полученные результаты подтверждают представление многих исследователей о том, что смешанные деменции развиваются преимущественно в старческом возрасте [4, 13, 14, 43] в противовес суждению отдельных авторов о том, что наличие церебрально-сосудистого поражения может способствовать более раннему дебюту БА [10, 15].

Выявленные особенности проявлений когнитивного снижения при смешанной деменции подтверждают данные других исследователей о том, что в этих случаях расстройства памяти характеризуются менее тяжелым дефицитом, чем при БА. Показано, что семантическая память длительно остается сохранной особенно в начале заболевания, когда в основном страдает активное воспроизведение материала при сохранности простого узнавания [17, 19, 39]. Нарушение исполнительных функций с минимальным влиянием на память как проявление подкорково-лобной дисфункции считается существенным признаком вклада сосудистого фактора в картину когнитивного снижения при смешанной деменции [8, 10, 39].

Относительное преобладание случаев мягкой деменции косвенно свидетельствует о замедленном прогрессировании БА, сочетанной с церебрально-сосудистым поражением. Однако в изученном материале подавляющее большинство составили случаи с поздним началом смешанной деменции, что также может определять более медленный темп прогрессирования заболевания в сравнении с «чистой» альцгеймеровской деменцией, где относительно много случаев с ранним началом болезни, для которых характерно достаточно быстрое нарастание деменции.

Полученные данные о частоте и паттерне некогнитивных симптомов при смешанной деменции совпадают с представлениями других авторов, которые отмечают множественность и психопатологическое разнообразие расстройств и обнаруживают их сходство и с альцгеймеровской, и с сосудистой патологией. Утверждается, что при смешанной деменции достоверно шире спектр психопатологических нарушений, а частота множественных симптомов выше, чем при так называемых «чистых» формах БА [4, 21, 25]. Отмечается, что аффективные (почти исключительно депрессивные) расстройства наиболее часты при смешанной деменции независимо от уровня когнитивных расстройств [18]. Признается, что поведенческие симпто-

Рисунок. Соотношение сроков развития ОНМК и деменции



мы деменции в целом менее характерны для деменции смешанного генеза и более сходны с таковыми при сосудистой деменции [42]. В качестве возможной причины острых психотических состояний с делириозной спутанностью рассматриваются цереброваскулярный инфаркт или транзиторный ишемический эпизод [20].

Наличие томографических признаков выраженной сосудистой энцефалопатии при смешанной деменции служит основанием prognostической оценки высокого риска повторных нарушений мозгового кровообращения [44]. Предполагается, что это обусловлено, вероятно, в первую очередь сочетанным характером мозгового поражения нейродегенеративным процессом и церебральным атеросклерозом [23, 28, 37], при этом особое значение придается высокой частоте разных форм аритмии [22].

Опыт наблюдения за этими пациентами показывает, что даже при наличии выраженной соматической патологии, прежде всего сердечно-сосудистой и церебрально-сосудистой, появление и нарастание симптомов деменции сопровождается игнорированием соматической патологии, пренебрежением лечением, в частности, вследствие нарушений памяти, значительным ухудшением комплаентности и пассивным избеганием апелляции к врачу. Перспективным считается проведение мультимодальной терапии, сочетающей коррекцию когнитивных и психопатологических нарушений с воздействием на сосудистые факторы риска [6, 33].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сопоставление различных клинических и параклинических показателей при деменциях смешанного типа в сравнении с сосудистой деменцией и деменцией при БА, не осложненной сосудистым поражением мозга, демонстрирует промежуточное положение деменции смешанного типа по клиническим проявлениям и

степени выраженности деменции с большей близостью ее к деменции при БА. Полученные данные подтверждают существенный вклад сосудистых факторов в развитие смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции. Преимущественно поздняя манифестация в случаях смешанной деменции, высокий риск развития состояний делириозной спутанности и частота нарушений мозгового кровообращения, а также наличие очаговых сосудистых изменений в картине МРТ головного мозга вследствие клинических и «немых» инфарктов мозга характеризуют вклад церебрально-сосудистой патологии в патогенез деменции, что диктует необходимость проведения комплексной (противодементной, сосудистой, психотропной) терапии.

Литература

1. Божко О.В. Магнитно-резонансная томография подкоркового поражения головного мозга при болезни Альцгеймера // Автореф. дисс... канд. – М., 2007. – 19 с.
2. Божко О.В., Михайлова Н.М., Савватеева Н.Ю. Клинико-томографические корреляции смешанных деменций альцгеймеровско-сосудистого генеза // Психиатрия. – 2010. – № 4 (46). – С. 12–21.
3. Волкова Л.И., Скульская Н.И., Кушанова А.М. и др. Эффективность применения мемантина (акатинола) при различных типах и степени тяжести деменции (результаты многоцентрового клинического исследования в Уральском регионе) / Когнитивные расстройства: современные аспекты диагностики и лечения. – М., 2005. – С. 33–36.
4. Воронина Е.О., Будза В.Г. О некоторых клинико-психопатологических особенностях сенильной деменции альцгеймеровского типа, протекающей в сочетании с сосудистой патологией мозга // Психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 25–34.
5. Гаврилова С.И. Современные представления о болезни Альцгеймера // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3. – № 2. – С. 40–45.
6. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. – М.: Пульс, 2007. 360 с., ил.
7. Гаврилова С.И., Кольхалов И.В. Разработка стандарта терапии болезни Альцгеймера // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2012. – № 1. – С. 5–10.
8. Дамулин И.В. Проблема смешанной деменции: «васкуляризация» болезни Альцгеймера и «альцгеймеризация» сосудистой деменции / Когнитивные расстройства: современные аспекты диагностики и лечения. – М., 2005. – С. 45–46.
9. Концевой В.А., Медведев А.В., Ротштейн В.Г. и др. Опыт лечения реминилом (галантамином) деменций позднего возраста (болезни Альцгеймера, сосудистой и смешанной) // Психиатрия. – 2005. – № 6 (18). – С. 37–47.
10. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. – М.: «МЕДпресс-информ», 2010. – С. 91–97.
11. Медведев А.В. Сосудистая деменция // Современная психиатрия. – 1998. – № 4. – С. 20–23.
12. Селезнёва Н.Д., Жариков Г.А., Калын Я.Б., Кольхалов И.В., Гаврилова С.И. Эффективность терапии экселомом при болезни Альцгеймера с сопутствующей церебрально-сосудистой патологией / 7th Int. Confer. AD/PD. 2005, book of abstracts. P. 138.
13. Снежневский А.В. О старческом слабоумии (к проблеме слабоумия и психоза) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1949. – Т. 18. – № 3. – С. 16–23.
14. Ферстль Х., Мелике А., Вайхель К. Деменция. Иллюстрированное руководство / пер. с нем. / под общ. ред. О.С. Левина. – М.: «МЕДпресс-информ», 2011. – 112 с.
15. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Деменции. Руководство для врачей. – М.: «МЕДпресс-информ», 2011. – С. 97–107.
16. Alladi S., Xuereb J., Bak T. et al. Focal cortical presentations of Alzheimer's disease // Brain. 2007. V. 130. P. 2636–2645.
17. Bentham P.W., Jones S., Hodges J.R. A comparison of semantic memory in vascular dementia and dementia of Alzheimer's type // Int. J. Geriatr. Psychiat. 1997. V. 12. P. 575–580.
18. Bowler J.V., Eliasziw M., Steenhuis R. et al. Comparative Evolution of Alzheimer Disease, Vascular Dementia, and Mixed Dementia // Arch. Neurol. 1997. V. 54. № 6. P. 697–703.
19. Bruandet A., Richard F., Bombois S. et al. Alzheimer disease with cerebrovascular disease and vascular dementia: clinical features and course compared with Alzheimer disease // Neurol. Neurosurg. & Psychiat. 2009. V. 80. P. 133–139.
20. Chan M., Lim W.S., Sahadevan S. Stage-Independent and Stage-Specific

- Phenotypic Differences between Vascular Dementia and Alzheimer's Disease // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2008. V. 26. P. 513–521.
21. Cohen C., Araujo L., Guerrier R., Henry K. «Mixed Dementia»: Adequate or Antiquated? A Critical Review // *Am. J. Geriatr. Psychiat.* 1997. № 5. P. 279–283.
 22. Dickman P.W., Pedersen N.L. Nonstroke Cardiovascular Disease and Risk of Alzheimer Disease and Dementia // *Alzheimer Disease & Associated Disorders.* 2010. V. 24. Issue 3. P. 213–219.
 23. Doraiswamy P.M. Silent Cerebrovascular Events and Alzheimer's Disease: An Overlooked Opportunity for Prevention? // *Am J Psychiat* 2012. V. 169. № 3. P. 251–254.
 24. Erkinjuntti T., Gotier S., Bullock et al. Galantamine treatment in Alzheimer's Disease with cerebrovascular disease: responder analysis from a randomized, controlled trial (GAL-INT-6) // *J. Psychopharmacol.* 2008. P. 1–8.
 25. Erkinjuntti T., Vataja R., Leppavuori A. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Vascular Dementia // *Int. Psychogeriatrics.* 2000. V. 12. Suppl. 1. P. 195–200.
 26. Fletcher E.H., Woodford H.J., George J. Assessment of suspected dementia in older people // *Reviews in Clinical Gerontology.* 2007. V. 17. P. 63–73.
 27. Gold G., Giannakopoulos P., Herrmann F.R et al. Identification of Alzheimer and vascular lesion thresholds for mixed dementia // *Brain.* 2007. V. 130. № 11. P. 2830–2836.
 28. Gottesman R.F., Hillis A.E. Predictors and assessment of cognitive dysfunction resulting from ischaemic stroke // *Lancet Neurol.* 2010. V. 9. Issue 9. P. 895–905.
 29. Jellinger K.A. Neuropathological evaluation of mixed dementia // *Journal of the Neurol. Sci.* 2007. V. 257. Issue 1. P. 80–87.
 30. Kalaria R. Similarities between Alzheimer's disease and vascular dementia // *J. Neur. Sci.* 2002. V. 203–204. P. 29–34.
 31. Kalaria R.N., Ballard C. Overlap Between Pathology of Alzheimer Disease and Vascular Dementia // *Alzheimer Disease and Associated Disorders.* 1999. V. 13. Suppl. 3. P. 115–123.
 32. Kivipelto M. et al. Vascular factors in neurodegeneration // *Lancet Neurol.* 2006. № 5. P. 735–741.
 33. Корczyn A. Сосудистая деменция / Тул В.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. – М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2007. С. 445–467.
 34. Langa K.M., Foster N.L., Larson E.B. Mixed Dementia: Emerging Concepts and Therapeutic Implications // *JAMA.* 2004. V. 292. № 23. P. 2901–2908.
 35. Mangialasche F., Solomon A., Winblad B. et al. Alzheimer's disease: clinical trials and drug development // *The Lancet Neurology.* 2010. V. 9. P. 702–716.
 36. Mills S., Cain J., Purandare N., Jackson A. Biomarkers of cerebrovascular disease in dementia // *Brit. J. Radiol.* 2007. V. 80. P. 128–145.
 37. Nagga K., Radberg C., Marcusson J. CT brain findings in clinical dementia investigation- underestimation of mixed dementia // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2004. V. 18. № 1. P. 59–66.
 38. Qiu C., Fratiglioni L. Epidemiology of Alzheimer's disease // In: *Alzheimer's Disease.* Oxford University Press. 2009. P. 17–26.
 39. Schmidtke K., Hüll M. Neuropsychological differentiation of small vessel disease, Alzheimer's disease and mixed dementia // *Journal of the Neurological Sciences.* 2002. V. 203. P. 17–22.
 40. Schneider J.A., Arvanitakis Z., Bang W., Bennett D. Mixed brain pathologies account for most dementia cases in community-dwelling older persons // *Neurology.* 2007. V. 69. P. 2197–2204.
 41. Snowdon D.A., Grenier L., Mortimer J. et al. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease: the Nun Study // *JAMA.* 1997. V. 277. P. 813–817.
 42. Sobow T., Kloszewska I. Behavioral profile of pure versus mixed dementia of Alzheimer's type // *Alzheimer's&Dementia.* 2008. V. 4. № 4. Suppl. P. 530–531.
 43. Zekry D., Hauw J.-J., Gold G. Mixed Dementia: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment // *JAGS.* 2002. V. 50. № 8. P. 1431–1438.
 44. Zimny A., Sasiadek M., Leszek J. et al. Does perfusion CT enable differentiating Alzheimer's disease from vascular dementia and mixed dementia? A preliminary report // *Jl Neurol Sci.* 2007. V. 257. Issue 1. P. 114–120.

Diagnostics and therapy of mixed dementia

N.M. Mikhaylova

FGBU «Mental Health Research Center»,
Academy of Medical Sciences,
115522, Moscow, Kashirskoye shosse, 34

Alzheimer's disease associated with cerebrovascular disease is now considered as the most frequent type of dementia. The aim was to study some clinical characteristics of mixed dementia (Alzheimer-type dementia associated with cerebral atherosclerosis) comparatively with «pure» Alzheimer's disease (AD) and vascular dementia (VaD). A sample made up all patients diagnosed as mild/moderate dementia admitted for the first time to the psychogeriatric unit of one of Moscow psychiatric hospital. A total 283 patients (81 m and 202 f) aged 48–93 years were evaluated. The main group made up 94 patients with a diagnosis of mixed dementia (33,2 %). Two control groups included 75 patients with VaD (26,5 %) and 114 patients with AD (40,3 %) without clinical and MRI signs of cerebral atherosclerosis. Mean duration of dementia didn't differ in all cases of dementia. Mixed dementia is more frequent in females (m/f 1:3,9); late onset is more common for mixed dementia (90,4 %); there is a high risk of delirium-like confusional states in patients with mixed dementia closed to its frequency in vascular dementia; prevalence of vascular risk factors in mixed dementia is closed to its frequency in VaD. Strokes and TIA occurred before dementia as well as in the course of dementia in cases of mixed dementia (35,1 %). A high frequency of focal vascular changes in mixed dementia didn't differ from MRI picture in cases of VaD. Due to complex genesis of disorders mixed dementia needs a multimodal therapeutical intervention.

Key words: Alzheimer's disease, mixed dementia, vascular dementia, diagnostics, therapy