



# ДОДЕМЕНТНОЕ КОГНИТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО. НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ

Л.П. СОКОЛОВА

ФГБУ «УЧЕБНО-НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РФ»



Л.П. Соколова

**П**роблема когнитивного дефицита затрагивает практически каждого человека на планете, с ней связаны огромные социально-экономические, этические и моральные потери, которые несет общество. В мире в настоящее время, по данным ВОЗ, проживают около 47 млн людей, страдающих деменцией. Ежегодное число новых случаев заболевания составляет почти 10 млн.

Под когнитивными функциями следует понимать наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира. Именно когнитивный статус определяет успешность человека в социуме в профессии, в семье. Снижение когнитивных функций всегда воспринимается болезненно и значительно ухудшает качество жизни человека.

Достижение стойкого эффекта от терапии, назначенной по поводу тяжелых полифункциональных когнитивных расстройств (КР), остается нерешенной задачей. По этой причине особую актуальность приобретает разработка алгоритмов ранней диагностики КР на начальных стадиях заболеваний и в более молодом возрасте, когда КР еще не достигли степени деменции, а попытки их коррекции могут оказаться наиболее успешными.

В настоящее время выделяют деменцию (грубое нарушение когнитивных функций) и недементные (додементные) когнитивные расстройства (ДКР), которые выходят за рамки возрастной нормы, но не достигают выраженности деменции, не вызывают социальной и бытовой дезадаптации, но уже приводят к затруднениям при осуществлении сложных повседневных действий и обучения. В иностранной литературе стадия ДКР называется mild cognitive decline (impairment) – мягкое, умеренное когнитивное снижение. В нашей стране ДКР принято разделять на «легкое когнитивное нарушение» (ЛКР) и «умеренное когнитивное нарушение»

(УКР). Стадии когнитивных расстройств показаны на рисунке.

Вначале при формулировании концепции ДКР основной упор делался на снижение памяти, но в последующем стали включать в это понятие и другие варианты когнитивной дисфункции.

Основное отличие ДКР от деменции – отсутствие социальной, бытовой или профессиональной дезадаптации. По определению Beuleg, дементным «...мы называем всякого, кто перестает справляться с жизнью вследствие пониженной работоспособности интеллекта».

Как правило, на этапе ЛКР имеют место нейродинамические нарушения нейропсихологического профиля. Это проявляется снижением концентрации внимания, рассеянностью, забывчивостью, нарушением процесса консолидации памяти, снижением скорости мыслительных процессов, церебральной астенией, быстрой утомляемостью. На этапе УКР могут встречаться и регуляторные нарушения, когда трудно планировать жизнедеятельность, выбирать приоритеты, контролировать выполнение намеченного. В настоящее время данные о встречаемости этого синдрома базируются в основном на результатах двух широких эпидемиологических исследований: канадского исследования здоровья при старении (Canadian Study of Health and Aging, 1997) и итальянского лонгитудинального исследования старения (Italian Longitudinal Study of Aging, 2000). Результаты цитируемых исследований свидетельствуют о том, что когнитивные нарушения, которые выходят за пределы возрастной нормы, но не достигают выраженности деменции, имеют место среди 11–17% пожилых и старых людей. Отмечается брадифрения – медлительность, снижение скорости мыслительных процессов, нарушение абстрактного мышления, снижение мотивации, инициативы, неспособность к переключению. Могут наблюдаться и нарушение критики, трудность социальной адаптации.

**Причины** ДКР чрезвычайно гетерогенны. У пожилых пациентов наиболее частыми причинами когнитивных расстройств являются нейродегенеративные, сосудистые заболевания головного мозга, осложнения сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. У пациентов же молодого и среднего возраста основными причинами развития ДКР являются начальные проявления сосудистой патологии мозга, токсические, гипоксические, дисметаболические нарушения, результат сосудистой мозговой катастрофы, черепно-мозговой травмы. Это может быть когнитивный дефицит на фоне патологии щитовидной железы, нейроинфекций, дефицитарных состояний, в рамках послеоперационной когнитивной дисфункции.

Частой причиной ДКР у людей молодого и среднего возраста являются невротическое расстройство и психовегетативный синдром. Провоцирующими факторами выступают нарушения сна, в том числе «световая загрязненность», десинхроноз, перелеты через часовые пояса, нерациональный прием психотропных и стимулирующих медикаментов, эмоционально-личностные расстройства, информационный невроз (обилие информации, недостаток времени для ее восприятия и переработки, большая мотивация).

**Коррекция ДКР должна включать в себя:**

- нейроремедиационную терапию, включающую антиоксиданты, адаптогены, ГАМК-ергические ноотропы, вазоактивные препараты;
- нормализацию сна;
- купирование соматических заболеваний, вызывающих КР;
- коррекцию дефицитарных состояний (дефицит витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, Д, фолиевой кислоты, никотиновой кислоты, йода);
- профилактику ОНМК (стабилизация АД, статины, антиагреганты, антикоагулянты по показаниям и др.), воздействие на сосудистые факторы риска;
- обязательна коррекция эмоциональных нарушений (тревоги и депрессии).

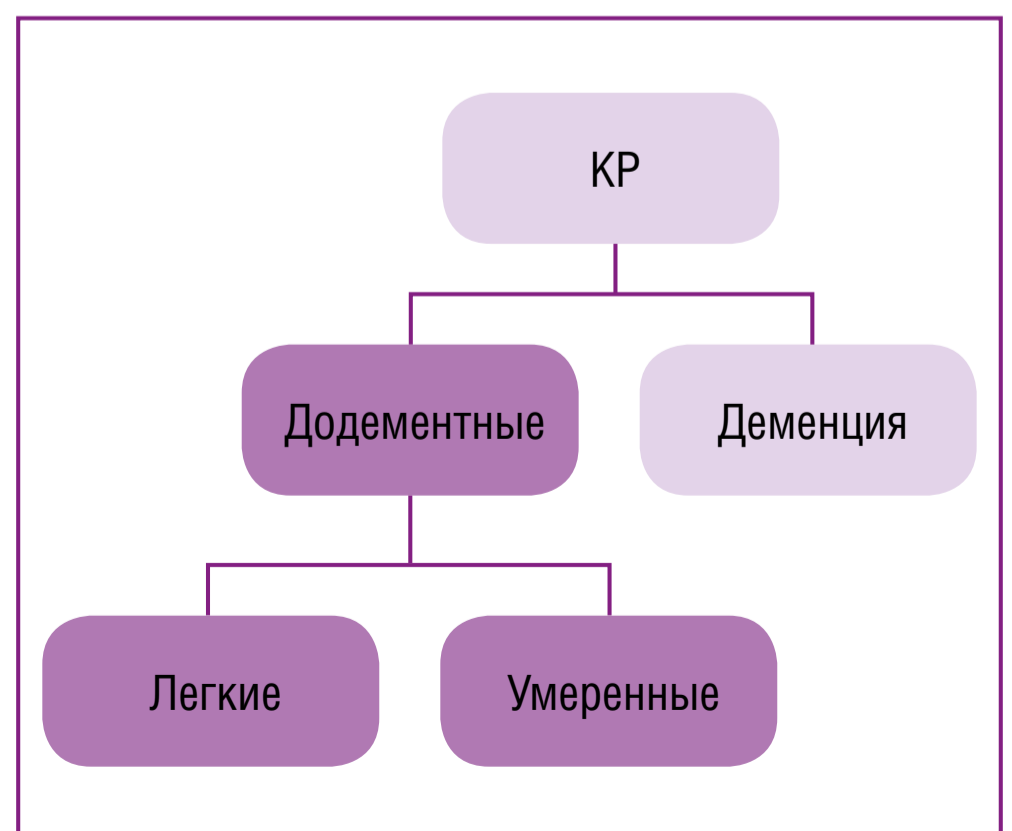
Целесообразны немедикаментозные методы коррекции и профилактики ДКР, такие как:

- рациональная и комплексная тренировка когнитивных функций;
- упорядочение жизненного уклада, психотерапевтические сеансы, аутотренинг, занятия медитацией;

- рациональное питание, максимально исключающее прием простых углеводов;
- создание когнитивного резерва (активный образ жизни, богатый социальными связями и общением).

**Клинический пример:**

На прием пришел пациент А., 40 лет, в большом беспокойстве, что у него деменция. Он стал замечать, что забывает выполнить, что обещал, в течение последнего года отмечает трудности в концентрации внимания и это мешает выполнению его профессиональных обязанностей. Уже неоднократно случалось так, что он планировал после работы заехать по делам, но, задумавшись, на «автопилоте» уезжал на машине по обычному маршруту домой. Однажды он таким образом пропустил встречу со старым школьным другом, которую они долго планировали, выбирая удобное время для обоих. А событие на прошлой неделе очень насторожило, и он решил обратиться к врачу. Они с женой собрались поехать к родителям на ужин. После работы заехали к себе домой, чтобы взять некоторые вещи, подарки. Поднимаясь в квартиру А. погрузился в воспоминания. Его мысли «скакали» с одного на другое. Сначала он подумал, что нужно завтра во что бы то ни стало закончить статью (уже несколько месяцев она идет с таким трудом). Нужно зайти к заведующему отделом для обсуждения деталей нового проекта, нужно по пути переговорить с ассистентами (откладывать больше нельзя). Значит, надо прийти на работу пораньше. Пожалуй, стоит поехать другой дорогой, чтобы избежать пробок. Машина! ▶





## ВРАЧУ НА ЗАМЕТКУ

Надо заправить ее с вечера. И «переобуть»! Почему же он не сделал этого вчера, ведь все говорили, что будут заморозки. Но расплатиться за «переобувку» не получится, так как заблокирована кредитная карта. Распечатка по кредитке очень расстроила: почему так увеличились расходы? Надо поговорить с дочерью, она стала очень расточительной. И из школы звонили, жаловались... Почему он все откладывает и ничего не успевает? Из размышлений его вывел звонок жены, которая устала ждать и забеспокоилась. Какой ужас! Он забыл о визите к родителям и, увлеченный своими мыслями, уже переоделся в домашнюю одежду и включил компьютер.

На первый взгляд, у пациента имеет место снижение памяти, снижение внимания, эти «нарушения» длятся уже около года и приводят его к профессиональной и социальной дезадаптации. Но совершенно очевидно, что не стоит думать о деменции. У пациента имеет место «функциональное» снижение когнитивного статуса на фоне невротического, тревожного расстройства. Назначать ему ноотропы с целью стимулирования когнитивных функций нецелесообразно. Ноотропы могут еще больше подстегнуть тревожность и нарушить сон. Этого пациента

надо, наоборот, «успокоить», купировать тревогу.

В структуре ДКР так называемое «функциональное» когнитивное нарушение на фоне невротических расстройств встречается очень часто.

Чтобы помочь пациенту сразу и назначить терапию уже на первом приеме, целесообразно выбирать препараты с многонаправленным действием, которые обладают и анксиолитическим (противотревожным) эффектом и нейрометаболическим, но не стимулируют чрезмерно, а оптимизируют метаболизм мозга.

Таким требованиям соответствует Мексидол® (2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат) – проверенный временем и хорошо зарекомендовавший себя препарат. Мексидол® обладает ноотропным, нейро- и кардиопротективным, противоишемическим, антиоксидантным, антигипоксическим, вегетотропным, антиатерогенным, геропротективным, детоксикационным и, наконец, анксиолитическим действиями.

Препарат действует на все механизмы нейродегенерации: на эксайтотоксичность глутамата, на свободнорадикальное повреждение нейронов, на митохондриальную дисфункцию. Мексидол® является ингибитором перекисного окисления липидов

и оксид-азотных групп, повышает активность антиоксидантных ферментов, стабилизирует мембраны, снижает синтез цАМФ, активизирует энергосберегающие функции митохондрий, активизирует ГАМК, стабилизирует мембраны эритроцитов, тромбоцитов, обладает липид-регуляторной функцией.

В основе патогенеза большинства нервных и психических заболеваний лежат нарушения функционирования нейромедиаторных и нейромодуляторных систем, в частности нарушения выброса возбуждающего медиатора – глутамата, что приводит к формированию эксайтотоксичности или феномена «смерти от перевозбуждения». Мексидол® активно прерывает формирование данного универсального патологического синдрома.

В многочисленных научных публикациях доказана эффективность препарата Мексидол® при хронической ишемии мозга, при нарушениях углеводного обмена, у пожилых пациентов, у пациентов со стенозирующе-окклюзирующими поражениями брахиоцефальных сосудов и при другой патологии.

При клинических исследованиях у больных с хронической церебральной ишемией при применении препарата Мексидол® наблюдались уменьшение или купирование цефалгического, вестибуло-атактического синдромов, а также

нормализация эмоционально-аффективных расстройств.

Мексидол® обладает высокой биодоступностью, хорошо проникает через ГЭБ, преимущественно накапливаясь в клетках коры больших полушарий мозга, но также и в мозжечке, таламусе, продолговатом мозге и других отделах головного мозга; Мексидол® способен проникать внутрь митохондрий.

Мишенью для гипоксии любого генеза является энергетический обмен. Снижение активности ферментов митохондрий происходит при любой патологии при снижении доставки кислорода к клетке. Специфическим действием энерготропного препарата Мексидол® является прямое взаимодействие с дыхательной цепью и восстановление в условиях гипоксии/ишемии ее АТФ-синтезирующей функции.

Следовательно, Мексидол® может использоваться для коррекции энергетического обмена, возникающего в условиях острого дефицита кислорода, он способен восстанавливать внутриклеточный аэробный синтез АТФ при гипоксии и нормализовать функциональный статус организма при разнонаправленной патологии, в том числе при когнитивном снижении различного генеза. ■

*За списком литературы обращайтесь в редакцию.*



## НОВОСТИ НЕВРОЛОГИИ

### Международный конгресс, посвященный Всемирному дню инсульта

25–27 октября 2017 года в Москве состоялся Международный конгресс, посвященный Всемирному дню инсульта. Конгресс явился новым международным мультидисциплинарным форумом, организованным по инициативе Министерства здравоохранения РФ, Всемирной организации инсульта, Департамента здравоохранения города Москвы и Всероссийского общества неврологов. В нем приняли участие руководители Всемирной федерации инсульта, ведущие специалисты мира в области цереброваскулярной патологии и инсульта, более полутора тысяч специалистов из всех регионов РФ и стран СНГ. Приветствия участникам конгресса направили ...

В работе конгресса приняли участие: президент Всемирной организации инсульта профессор В. Хаке (Германия), избранный президент Всемирной организации инсульта профессор М. Браинин (Австрия), почетный президент Всемирной организации инсульта профессор С. Дэвис (Австралия), вице-президент Всемирной федерации неврологов профессор В. Гризольд (Австрия), почетный президент Всемирной противопилептической лиги профессор Э. Перукка (Италия), президент Европейской организации инсульта профессор В. Казо (Италия), президент Американской академии неврологов профессор Р. Сакко (США) и другие ведущие профессора из Австралии, Австрии, Великобритании, Германии, Израиля, Италии, США, Франции, Швеции.

На конгрессе были рассмотрены ключевые вопросы в области цереброваскулярной патологии и инсульта, а также смежных дисциплин: современные технологии лечения, вопросы эпидемиологии, диагностики, восстановительного лечения и профилактики. Значительное внимание было уделено вопросам доказательной медицины, мультидисциплинарного ведения больных с постинсультной депрессией, эпилепсией, когнитивными нарушениями, другими неинфекционными заболеваниями. Освещен положительный опыт междисциплинарных подходов к лечению и реабилитации. Специальное заседание, проведенное с участием экспертов ВОЗ, ведущих отечественных и зарубежных специалистов было посвящено изменениям в Международной классификации болезней (МКБ-11), в которой по инициативе Международного неврологического сообщества, поддержанной Министерством здравоохранения РФ, инсульт будет представлен в разделе болезней мозга.

На конгрессе широко освещены достижения отечественного здравоохранения. В последние десятилетия во всех регионах России были открыты сосудистые центры, существенно улучшена оснащенность многих больниц. Были представлены успехи отечественного здравоохранения в области цереброваскулярной патологии и инсульта; участники конференции смогли познакомиться с опытом ведущих московских клиник.

Многие гости уже участвовали в конференциях и конгрессах Всероссийского общества неврологов по приглашению акад. Е.И. Гусева и проф. А.Б. Гехт. Большинство приглашенных специалистов имеют хорошие научные и профессиональные связи с НПЦ им. З.П. Соловьева

ДЗМ, в том числе совместные исследования, публикации в ведущих журналах мира (с проф. А.Б. Гехт и другими сотрудниками) в области инсульта, постинсультных когнитивных нарушений, эпилепсии и других болезней мозга, являются членами ведущих профессиональных организаций, оргкомитетов мировых конгрессов, совместно участвуют в международных образовательных программах.

25 октября 2017 состоялся визит иностранных профессоров в Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева ДЗМ. На встречу были также приглашены сотрудники других ведущих научных центров и клиник Москвы, с которыми НПЦ проводит совместную научную, образовательную, практическую деятельность: кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Н.И. Пирогова (зав. – акад. РАН, проф. Е.И. Гусев), кафедры нейрохирургии и нейрореанимации МГМСУ им. А.И. Евдокимова (зав. – акад. РАН В.В. Крылов), ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ (главный врач – А.В. Саликов), Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН (дир. – член-корр. РАН П.М. Балабан) и других. В атмосфере научной дискуссии гости познакомились с достижениями отечественной, прежде всего Московской, медицины в области цереброваскулярной патологии и других болезней мозга, обменялись опытом практической работы, научных исследований, образования в области нейронаук, укрепили международное сотрудничество московской медицины с ведущими центрами мира.

### Продолжительность жизни дагестанцев достигла исторического рекорда

Об этом заявил врио министра здравоохранения Дагестана Танка Ибрагимов. Он сообщил, что средняя продолжительность жизни жителей республики увеличилась еще на полгода и сегодня превышает 77 лет. Врио главы регионального минздрава озвучил предварительные данные Дагестанстата. Так, на сегодняшний день мужчины в нашей республике в среднем живут более 74 лет, при этом женщины живут почти на шесть лет дольше. По словам Танка Ибрагимова, это исторический максимум за всю историю сбора этих данных. «За пять лет продолжительность жизни дагестанцев увеличилась более чем на три года. Этому способствовало повышение уровня жизни населения и, конечно же, улучшение качества и доступности оказания медицинской помощи», – подчеркнул Танка Ибрагимов.

Надо сказать, что по продолжительности жизни Дагестан среди регионов России занимает второе место, уступая только Ингушетии. Там сегодня средняя продолжительность жизни достигает 80 лет. Замыкает же тройку лидеров Москва. Самый низкий показатель в республике Тыва – там ожидаемая продолжительность жизни составила 64 года.

[https://www.rosminzdrav.ru/regional\\_news/6403-prodolzhitelnozhizni-dagestantsev-dostigla-istoricheskogo-rekorda](https://www.rosminzdrav.ru/regional_news/6403-prodolzhitelnozhizni-dagestantsev-dostigla-istoricheskogo-rekorda)

### СТОП, ИНСУЛЬТ!

В преддверии Всемирного дня борьбы с инсультом (29 октября) специалисты ямальского центра медицинской профилактики провели масштабную окружную социально-профилактическую акцию «Стоп, инсульт!». Подобные мероприятия прошли во всех уголках Ямала. Профилактические беседы, школы здоровья, тренинги, мастер-классы по оказанию первой помощи были проведены для различных категорий населения.

Главный врач центра доктор медицинских наук Сергей Токарев провел пятиминутку здоровья на заседании районной думы в администрации МО Надымский район. Все участники заседания: депутаты, главы муниципальных образований района, работники администрации – узнали о признаках острого нарушения мозгового кровообращения, правилах доврачебной помощи и способах предотвращения заболевания. Всем были вручены инфографики «Как распознать инсульт».

В официальном сообществе «Ямал – территория здоровья!», во всех социальных сетях и на официальном сайте ямальского Центра медицинской профилактики на протяжении месяца специалистами размещалась актуальная информация о мерах профилактики инсульта. В ходе проведения акции на улицах города, а также в общественном транспорте сотрудники центра с ребятами из профильного медицинского класса раздавали информационные материалы по профилактике этого грозного заболевания, приглашали пройти бесплатное профилактическое обследование на специализированном оборудовании. Памятки с описанием первых признаков инсульта, разработанные в ЦМП, профилактикологи вручали жителям города, оставляли их для посетителей в торговых центрах, раскладывали в почтовые ящики жилых домов, раздавали пассажирам общественного транспорта и такси.

«Основная цель акции «Стоп, инсульт!» еще раз обратить внимание населения на данную проблему, повысить информированность о причинах, симптомах, а главное о способах профилактики инсульта, – отмечает заместитель главного врача ямальского Центра медицинской профилактики Наталья Половодова. – Профилактика инсульта основывается на основных принципах здорового образа жизни, поэтому, обращаясь ко всем участникам акции, мы призывали знать и контролировать свое артериальное давление; не начинать курить или отказаться от этой вредной привычки как можно быстрее; контролировать уровень холестерина и сахара в крови; соблюдать основные принципы здорового питания; не употреблять алкоголь, потому как риск развития инсульта наиболее высок в первые часы после принятия спиртного; уметь справляться со стрессом; регулярно заниматься спортом, поскольку даже умеренная физическая нагрузка уменьшает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и инсульта. Мы искренне надеемся, что данная акция поможет уберечь многих ямальцев от инсульта и пополнит ряды граждан, придерживающихся принципов здорового образа жизни».

[https://www.rosminzdrav.ru/regional\\_news/6361-stop-insult](https://www.rosminzdrav.ru/regional_news/6361-stop-insult)



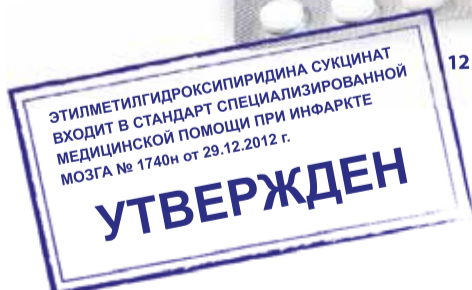
# МЕКСИДОЛ®

этилметилгидроксипиридина сукцинат



Реклама.

## Препарат выбора №1, 2014<sup>1</sup>



- ☛ Референтный (оригинальный) препарат<sup>3,4</sup>
- ☛ Противоишемическое действие, антигипоксанта́нный и антиоксидантный эффекты<sup>5,6</sup>
- ☛ Максимальное количество показаний в инструкции по медицинскому применению (для соответствующих лекарственных форм препаратов с группировочным наименованием "этилметилгидроксипиридина сукцинат")<sup>7,9,10</sup>
- ☛ Инъекционная и таблетированная лекарственные формы, возможность последовательной терапии<sup>8,9,10</sup>
- ☛ Возможность использования максимальной суточной дозировки при парентеральном введении и приеме per os<sup>7,9,10</sup>

1. Награда Russian Pharma Awards 2014 за достижения в области фармации. 1 место в номинации «Препарат выбора при лечении ишемических расстройств, вызванных спазмом сосудов головного мозга». 2. Премия Молекула жизни® за достижения в области фармацевтики в номинации Препарат года, 2016 г. Учредитель премии: Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ). 3. Письмо Минздрава России № 20-3/1262 от 19.09.2016 г., Письмо ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России №13586 от 09.09.2016 г. Данные находятся в досье компании. 4. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ред. от 03.07.2016 г.). 5. Погорельый В.Е., Арльт А.В., Гаевый М.Д. с соавт. Экспериментальная и клиническая фармакология, 1999, Том 62, №5, стр.15-17. 6. Нечипуренко Н.И., Василевская Н.А. с соавт. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 2006, Приложение 1. 7. Инструкция по медицинскому применению препаратов с группировочным наименованием: этилметилгидроксипиридина сукцинат. Источник информации: Государственный реестр лекарственных средств, [www.grls.rosminzdrav.ru](http://www.grls.rosminzdrav.ru), на 30.05.2017 г. 8. Стаховская Л.В., Шамалов Н.А., Хасанова Д.Р., Мельникова Е.В. с соавт. Журнал неврологии и психиатрии, 2017; 3 (2):55-64. 9. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мексидол®, раствор для в/в и в/м введения 50 мг/мл Р N002161/01 от 14.03.2008 г., дата переоформления 17.10.2016 г. 10. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мексидол®, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 125 мг ЛСР-002063/07 от 09.08.2007 г., дата переоформления 08.12.2015 г. 11. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2017 год, распоряжение Правительства РФ от 28.12.2016 г. №2885-р. 12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. N 1740н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга».