



Инновационный комбинированный подход к лечению когнитивных нарушений: ментальный тренинг и современная ноотропная терапия

Когнитивные функции обеспечивают полноценное взаимодействие человека с окружающей действительностью, существенно влияют на его качество жизни, работоспособность и социальную активность. В связи с тенденцией к увеличению продолжительности жизни населения вопросы профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных нарушений не утрачивают актуальности. На симпозиуме, организованном в рамках юбилейной XX Междисциплинарной конференции с международным участием «Вейновские чтения», ведущие российские эксперты обсудили современные возможности комбинации медикаментозных и немедикаментозных методов в лечении когнитивных расстройств. Кроме того, эксперты представили новые научно-практические программы, направленные на повышение качества терапии пациентов с легкими и умеренными когнитивными нарушениями.



Профессор, д.м.н.
В.В. Захаров

Как отметил д.м.н., профессор, заведующий учебной частью кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Владимир Владимирович ЗАХАРОВ, при выборе терапевтической тактики решающее значение имеют степень выраженности и причины возникновения когнитивных нарушений. Легкие и умеренные когнитивные

Современные подходы к комбинированной терапии когнитивных нарушений при сосудистой патологии головного мозга

расстройства важно дифференцировать от тяжелых, в частности деменции. Основным диагностическим признаком тяжелых когнитивных нарушений является отсутствие самостоятельности, зависимость от посторонней помощи.

При лечении пациентов с когнитивными расстройствами легкой и умеренной степени используют методы немедикаментозной и медикаментозной нейропротекции, при выраженных нарушениях – ингибиторы ацетилхолинэстеразы и/или мемантин.

Немедикаментозный подход к нейропротекции у пациентов с легкими и умеренными когнитивными нарушениями предусматривает соблюдение рекомендаций по рациональному питанию и изменению образа жизни, повышению умственной и физической активности.

Популярным методом профилактики снижения когнитивных функций с возрастом считается так называемая диета для сохранения ума (MIND). Основу рациона MIND составляют компоненты средиземноморской и антигипертензивной диеты, насыщенные природными антиоксидантами, замедляющими нейродегенеративные процессы. Природные антиоксиданты витамины С и Е содержатся в зелени, овощах, орехах, ягодах, морепродуктах. Красное мясо и жиры в рацион не входят¹. В исследовании PREDIMED сравнивали когнитивные способности пожилых лиц с сосудистыми факторами риска, находившихся на средиземноморской диете, и пациентов контрольной группы, получавших питание с низким содержанием жиров. Через 6,5 года наблюдения у лиц, находившихся на средиземноморской диете,

¹ Morris M.C., Tangney C.C., Wang Y., et al. MIND diet slows cognitive decline with aging. *Alzheimers Dement.* 2015; 11 (9): 1015–1022.

XX Междисциплинарная конференция с международным участием
«Вейновские чтения»

отмечалось достоверное преимущество в показателях снижения темпа развития когнитивного дефицита по краткой шкале оценки психических функций (Mini-Mental State Examination, MMSE) и тесту рисования часов (Clock Drawing Test, CDT) перед пациентами контрольной группы. Исследователи сделали вывод, что средиземноморская диета улучшает когнитивные способности².

По словам профессора В.В. Захарова, физическая активность – эффективный немедикаментозный метод профилактики цереброваскулярных заболеваний и нейродегенерации. Доказано, что двигательная активность является единственным способом повышения уровня липопротеинов высокой плотности так называемого хорошего холестерина. Кроме того, двигательная активность способствует снижению массы тела, тем самым уменьшая уровень артериального давления, риск развития метаболического синдрома, сахарного диабета и системного воспаления. Во время физической активности в организме увеличивается синтез нейротрофических факторов, обеспечивающих нейропротекцию и нейрорепарацию, а также происходит стимуляция коллатерального кровотока, что приводит к неоангиогенезу. Таким образом, рекомендации по выполнению физических упражнений в целях предупреждения прогрессирования когнитивных расстройств можно считать обязательными для повседневной клинической практики.

Данные исследований свидетельствуют о том, что для профилактики когнитивных расстройств необходима социальная активность. Так, в исследовании в течение четырехлетнего периода оценивали влия-

ние социальной изоляции и одиночества на когнитивные функции у лиц старше 50 лет. Установлено, что одиночество и изоляция служат предикторами снижения памяти и связаны с ухудшением когнитивных функций у пожилых людей. При этом прослеживается взаимосвязь между уровнем образования испытуемых и темпом снижения когнитивных функций. У лиц с высшим образованием темп снижения памяти более умеренный, чем у лиц с более низким уровнем образования³.

Эффективным методом нелекарственной профилактики и лечения когнитивных нарушений является когнитивный тренинг – упражнения по тренировке памяти и внимания. Нейропсихологи выделяют два вида когнитивного тренинга – компенсаторный и заместительный. Компенсаторный направлен на общее развитие когнитивных функций и профилактику их снижения. Пациент решает поставленные задачи за счет сохранных когнитивных функций. Заместительный когнитивный тренинг позволяет восстановить уже утраченную когнитивную функцию. Когнитивный тренинг может быть индивидуальным и групповым.

Наиболее эффективным считается компенсаторный групповой тренинг, в том числе с включением элементов творчества. В ходе компенсаторного группового тренинга у пациента не только улучшаются познавательная деятельность, внимание и память, но и восстанавливается социальная активность, формируется эмоциональная заинтересованность в процессе лечения. Эти факторы положительно влияют на замедление скорости когнитивного снижения. В работе с пациентами используют такие методики, как

игра в шахматы, проба Шульте в разных модификациях, лабиринты, пазлы⁴.

Докладчик подчеркнул, что целью когнитивного тренинга являются развитие и тренировка всех когнитивных функций – внимания, памяти, мышления, регуляторных процессов в ходе выполнения упражнений. При этом основой задачей должно быть не выполнение упражнений на «отлично», а стимулирование работы мозга и соответственно когнитивной деятельности в ходе тренинга. Когнитивный тренинг влияет на процессы синапто- и нейрогенеза. Активация деятельности мозга способствует образованию новых нейронов и нейронных связей, что замедляет степень прогрессирования когнитивных расстройств.

Комплексный подход к ведению пациентов с когнитивными расстройствами включает немедикаментозный и медикаментозный методы. Эффективным способом поддержания процессов синапто- и нейрогенеза по праву считается нейрометаболическая терапия, которую необходимо комбинировать с когнитивным тренингом, физической активностью и модификацией образа жизни.

Доказана эффективность применения на этапе недементных когнитивных расстройств препаратов предшественников ацетилхолина. Ацетилхолин – один из основных медиаторов нервного возбуждения, участвует в процессе фокусировки внимания и запоминания нового. На этапе деменции используются ингибиторы ацетилхолинэстеразы, а на этапе додементных когнитивных нарушений – предшественники ацетилхолина, прежде всего холина альфосцерат.

² Martínez-Lapiscina E.H., Clavero P., Toledo E., et al. Mediterranean diet improves cognition: the PREDIMED-NAVARRA randomised trial. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2013; 84 (12): 1318–1325.

³ Shankar A., Hamer M., McMunn A., Steptoe A. Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosom. Med.* 2013; 75 (2): 161–170.

⁴ Науменко А.А., Громова Д.О., Преображенская И.С. Когнитивный тренинг и реабилитация пациентов с когнитивными нарушениями. *Доктор.ру*. 2017; 11 (140): 31–38.



Холина альфосцерат проникает через гематоэнцефалический барьер и расщепляется на холин и глицерофосфат. Холин усваивается нейронами и участвует в синтезе ацетилхолина, а глицерофосфат участвует в синтезе фосфатидилхолина – структурного компонента нейрональных мембран. За счет усиления ацетилхолинергической медиации холина альфосцерат оказывает прямой ноотропный эффект, способствует восстановлению нейротрансмиссии. Холина альфосцерат путем восстановления поврежденных нейрональных мембран активизирует процессы нейропластичности и нейрорепарации. На фоне приема холина альфосцерата наблюдаются увеличение числа холинергических нейронов, секреции нейротрофических факторов, восстановление роста и ветвления дендритных отростков и стимуляция роста аксонов.

Как известно, ацетилхолинергический дефицит – универсальный конечный механизм развития когнитивной недостаточности. Важно, что ацетилхолинергический дефицит развивается у лиц с нарушением памяти и внимания различной этиологии, но не является нозоспецифичным признаком определенного заболевания, наблюдается при болезни Альцгеймера, дегенеративных заболеваниях с тельцами Леви, болезни Паркинсона и хронической ишемии головного мозга. У пациентов с нарушениями памяти и внимания при выборе терапии следует учитывать наличие ацетилхолинергического дефицита.

В нашей стране накоплен клинический опыт применения холина альфосцерата при когнитивных нарушениях. Одним из препаратов

холина альфосцерата является Церетон, хорошо зарекомендовавший себя в комплексной терапии пациентов с когнитивными нарушениями различной этиологии.

В открытом проспективном исследовании Т.Н. Батышевой и соавт. оценивали эффективность и безопасность холина альфосцерата (Церетон) у 46 пациентов с умеренными когнитивными нарушениями сосудистого генеза. Средний возраст больных составил 43 года. В ходе исследования пациенты получали препарат Церетон 4 мл внутримышечно один раз в сутки в течение 15 дней.

Первичной конечной точкой исследования была динамика психоневрологического и когнитивного статуса в баллах (до лечения) и после курса лечения по шкалам и тестам: стандартный MMSE, шкала общего ухудшения (Global Deterioration Scale (GDS)), оценка субъективного состояния больных по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) врачом и пациентом⁵.

Уже на пятый-шестой день на фоне инъекционной терапии препаратом Церетон наблюдалось субъективное улучшение когнитивного статуса. 84% больных отмечали легкость или ясность в голове, облегчение процессов запоминания, повышение умственной работоспособности. По окончании курса терапии Церетоном регистрировалось не только субъективное улучшение, но и положительная динамика по шкалам MMSE, GDS, ВАШ. Полученные данные свидетельствуют о том, что препарат Церетон (холина альфосцерат) достоверно улучшает психоневрологический статус и когнитивное функционирование у пациентов среднего возраста с умеренными когнитивными расстройствами сосудистого генеза.

В другом отечественном исследовании оценивали опыт применения Церетона у пациентов с хронической ишемией головного мозга и умеренными когнитивными расстройствами. Церетон назначали в дозе 1000 мг в 200 мл физиологического раствора (в виде инфузии) в течение 15 дней в условиях стационара, затем амбулаторно по одной капсуле (400 мг) три раза в день на протяжении трех месяцев. Всем пациентам до и после курса лечения проводились неврологическое и нейропсихологическое исследования. По данным исследований, на фоне терапии Церетоном улучшилось качество жизни пациентов, снизились показатели тревоги и депрессии. Применение препарата Церетон у пациентов с хронической ишемией мозга и умеренными когнитивными нарушениями ассоциируется с положительной динамикой состояния больных, в том числе в отношении улучшения памяти, концентрации внимания и умственной работоспособности. Кроме того, препарат Церетон характеризуется хорошей переносимостью⁶. На фоне применения холина альфосцерата у пожилых пациентов с хронической ишемией головного мозга отмечается регресс когнитивных расстройств, а также положительная динамика неврологического статуса, клинически проявляющаяся исчезновением или уменьшением субъективной и объективной неврологической симптоматики⁷.

В клинической практике используют две схемы терапии препаратом Церетон: ступенчатую и длительную терапию капсулами или раствором для приема внутрь. В рамках ступенчатой терапии первые десять дней препарат вводят в виде внутримышечных

⁵ Батышева Т.Н., Нестерова О.С., Отческая О.В. и др. Применение Церетона у больных с умеренными когнитивными расстройствами сосудистого генеза. Трудный пациент. 2009; 4 (5): 42–47.

⁶ Пизова Н.В. Опыт применения Церетона у больных с хронической ишемией головного мозга и умеренными когнитивными расстройствами. Журнал неврологии и психиатрии. 2014; 12: 78–83.

⁷ 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.



XX Междисциплинарная конференция с международным участием «Вейновские чтения»

или внутривенных инъекций 1000 мг/сут, затем переходят на пероральный прием – 1200 мг/сут в капсулах или 1200 мг/сут в растворе для приема внутрь на протяжении еще 3–6 месяцев. Длительную терапию препаратом Церетон можно начинать с пероральной формы (две капсулы (800 мг) утром и одна капсула (400 мг) днем) или

раствора для приема внутрь (5 мл (600 мг) утром и 5 мл днем), продолжать в течение 3–6 месяцев.

В заключение профессор В.В. Захаров отметил, что сосудистые когнитивные нарушения – главный клинический признак и диагностический критерий хронической ишемии мозга. В лечении пациентов с когнитивными нарушениями,

не достигающими выраженности деменции, важное место занимают немедикаментозные методики (планирование питания, физическая активность, когнитивный тренинг). Наиболее эффективным считается сочетание когнитивного тренинга с нейрометаболической поддержкой нейрорепарации и ацетилхолинергической системы.

Когнитивный тренинг и новый комплаенс-сервис

Профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н. Ирина Сергеевна ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ обратила внимание коллег на важность ранней диагностики когнитивных нарушений и своевременного назначения эффективных методов немедикаментозного и лекарственного лечения.

Накопленный опыт реальной неврологической практики позволяет выделить актуальные проблемы, снижающие эффективность профилактики и лечения пациентов с когнитивными нарушениями. В ряде случаев врач может неверно диагностировать заболевание, назначить неправильное или неполное лечение, не объяснить пациенту схему, продолжительность и цель терапии. Таким образом, врач не формирует достаточный комплаенс и приверженность лечению, не создает у пациента ощущения работы в команде. Пациент часто не понимает, какую терапию, по какой схеме и как долго принимать. Он не чувствует себя в безопасности в условиях начала новой терапии и/или без связи с доктором, обращается за советом к родственникам, соседям, в интернет, аптеку. Как следствие, пациент не выполняет предписаний врача, отказывается от лечения, заменяет или прекращает его. При этом на приеме сложно получить достоверное подтверждение от пациента, соблюдались ли рекомен-

дации. Как известно, дневник лечения больные ведут крайне редко. По мнению врачей, наиболее частые причины некомплаентности – непонимание пациентами последствий для здоровья (в случае несоблюдения рекомендаций), высокая стоимость предлагаемого лечения, потенциальные побочные эффекты. Поэтому большинство практикующих врачей считают необходимым принять дополнительные меры, чтобы повысить число пациентов, следующих рекомендациям.

Сказанное свидетельствует о необходимости введения в повседневную практику дистанционной сервисной онлайн-программы, позволяющей улучшить качество лечения за счет повышения комплаентности пациента с когнитивными нарушениями.

Сегодня в целях повышения эффективности лекарственных и нелекарственных методов и увеличения комплаенса пациентов на платформе дистанционного сервиса «Мое здоровье» представлена программа информационной поддержки пациентов с когнитивными нарушениями «Активное долголетие». Это активный и доступный онлайн-сервис для информационной поддержки пациентов с когнитивными нарушениями на уровне ведущих экспертов здравоохранения и лечащего врача. Для подключения к программе пациенту необходимо скачать приложение «Мое здоровье» в мобильный телефон. После регистрации в приложении и внесения собственных данных для пациента открывается ряд

программ, одной из которых является программа «Активное долголетие». В программе «Активное долголетие», размещенной в приложении «Мое здоровье», пациенты ежедневно смогут выполнять практические задания для улучшения работы мозга (когнитивный тренинг) и рекомендации о физических упражнениях. В опции программы входят шагомер и «таблетница». Для улучшения комплаенса пользователь приложения может выбрать одну из функций программы – «таблетница». После заполнения пациенту будут приходить напоминания о необходимости принять препарат, в том числе пациент сможет разместить напоминание о приеме.

Следует отметить, что Церетон (холина альфосцерат) – патогенетически обоснованный препарат выбора для коррекции когнитивных нарушений. Препарат Церетон оказывает полимодальное действие и способствует улучшению холинергической передачи, восстановлению поврежденных клеточных мембран, улучшению



Профессор, д.м.н.
И.С. Преображенская



мозгового кровотока. Кроме того, препарат направлен на восстановление когнитивных и двигательных функций, нормализацию психоэмоционального состояния. Важно, что три лекарственных формы препарата Церетон (раствор для внутривенных и внутримышечных инъекций, капсулы, раствор во флаконах для приема внутрь) обеспечивают индивидуальный подход к каждому пациенту. Для облегчения выбора различных курсов терапии капсулы Церетон 400 мг выпускают в разном количестве в упаковке по 14, 28, 56, 112 штук. Церетон в капсулах 400 мг № 112 экономичен и удобен для пациентов, находящихся на длительных курсах терапии. У взрослых пациентов одна упаковка рассчитана на пять недель терапии. Церетон в форме раствора для приема внутрь удобен для использования пожилыми пациентами, особенно после инсульта, а также детьми и подростками.

Профессор И.С. Преображенская отметила, что в рамках приложения предусмотрен образовательный курс, в котором она и профессор В.В. Захаров подробно объясняют, что такое когнитивные нарушения, как использовать приложение и проводить оценку когнитивных функций. В свою очередь для врачей в приложении «Мое здоровье» на платформе «Активное долголетие» имеется возможность получения данных о физической активности пациента, прохождении им образовательного курса, когнитивного тренинга, выполнении рекомендаций о приеме лекарств. Эти данные позволяют лечащим врачам оценивать приверженность пациента лечению, эффективность получаемой терапии и корректировать схемы лечения при необходимости. Первый учебный курс программы «Курс для улучшения работы мозга от врачей-неврологов» состоит из 60 уроков, разделенных на блоки: информационная статья, видеоролик, интерактивные занятия и самостоятельные упражнения. Уроки открываются ежедневно при условии выполнения заданий предыдущего дня. В образовательной части урока в статье или видеоролике пациенту рассказывают о причинах развития и видах когнитивных нарушений, а также что необходимо делать, чтобы поддерживать активное долголетие. Практическая часть включает задания для улучшения работы мозга (когнитивный тренинг). Интерактивные

задания направлены на тренировку зрительного внимания, памяти, абстрактного мышления. После выполнения задания пациент получает обратную связь, как он выполнил текущее задание. При этом у него есть возможность улучшить свои показатели, повторно выполнив задание, и затем перейти к следующему уроку.

В результате прохождения заданий пациент получает 20–30 минут ежедневной необходимой когнитивной активности.

В следующем разделе «Курс по улучшению мелкой моторики» представлены практические задания по улучшению координации и мелкой моторики. Как известно, с возрастом у людей наблюдаются трудности с выполнением так называемых реципрокных движений, ухудшается реципрокная координация.

В приложении предусмотрено самотестирование когнитивных нарушений. Пациент может оценить степень когнитивного снижения перед началом обучения, а затем следить за динамикой состояния в процессе прохождения программы.

Для информационной поддержки программа содержит чат с медконсьержем.

Завершая выступление, профессор И.С. Преображенская подчеркнула, что современные мобильные технологии позволяют расширить возможности и повысить эффективность лечения больных с нарушениями когнитивных функций.

Пожилый пациент с сенильной астенией: курс на активное долголетие

Ведущий научный сотрудник, руководитель отдела профилактики когнитивных и психоэмоциональных нарушений Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины Минздрава России, д.м.н. Вероника Николаевна ШИШКОВА отметила, что, согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, пожилым считается

возраст 60–74 года, старческим – 75–89 лет, а лиц в возрасте 90 лет и старше считают долгожителями. Вместе с тем в шкалы по оценке риска неблагоприятных событий входит возраст начиная с 65 лет, а в клинических исследованиях, результаты которых используют при подготовке современных клинических рекомендаций, границы пожилого возраста различаются: ≥ 65, 70, 75 и 80 лет.



Скачать приложение можно по соответствующим QR-кодам.



Д.м.н.
В.Н. Шишкова



XX Междисциплинарная конференция с международным участием
«Вейновские чтения»

Синдром старческой астении – состояние, характеризующееся возрастными изменениями организма, прежде всего костно-мышечной, иммунной, центральной нервной и эндокринной систем. К основным симптомам старческой астении относят ухудшение памяти и способности к анализу, ухудшение слуха и зрения, депрессию, недержание мочи, делириозность, нарушения чувствительности, потерю массы тела, общую слабость и др. Старческая астения может быть обусловлена сочетанием хронических заболеваний, а также является генетической и/или физиологической особенностью некоторых людей старше 65 лет.

В последние годы пациентов с синдромом старческой астении принято называть «хрупкими». Согласно данным российских исследований, среди населения Санкт-Петербурга 65 лет и старше распространенность старческой астении в зависимости от подхода к ее диагностике составляет 21,1–43,9%, преастении – 24,7–65,5%. Среди пациентов поликлиник Москвы аналогичной возрастной категории распространенность старческой астении составляет 4,2–8,9%, преастении – 45,8–61,3%^{8,9}. В основе формирования старческой астении лежат три тесно взаимосвязанных состояния: синдром недостаточности питания, саркопения и снижение метаболического индекса. Саркопения – физиологическое состояние, характеризующееся прогрессирующей генерализованной потерей силы, массы и функции скелетных мышц вследствие старения в отсутствие других причин. Недостаточность питания (белково-энер-

гетическая недостаточность) представляет собой патологическое состояние, обусловленное несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящее к снижению массы тела и изменению компонентного состава организма, уменьшению физического и умственного функционирования, а также к ухудшению прогноза.

На сегодняшний день недостаточность питания среди пожилых людей, в том числе в развитых странах, явление не редкое. Существует прямая ассоциация между потребностью в уходе и недостаточностью питания. Распространенность риска развития недостаточности питания среди проживающих дома людей в возрасте 65 лет и старше составляет 17,3–25,8%¹⁰.

Среди основных факторов риска недостаточности питания (мальнутриции) выделяют:

- социальные (бедность, недостаток пищи, снижение повседневной активности, социальная изоляция и др.);
- медицинские (отсутствие аппетита, прием некоторых лекарственных средств, предшествующее назначение слишком строгой диеты, изменение вкусового и обонятельного рецепторных аппаратов, проблемы с жеванием, дисфагия, нарушение функционирования верхних конечностей, ограниченная мобильность, острые и хронические заболевания или травмы, протекающие с воспалительной реакцией и катаболическими процессами, болевой синдром и т.д.);
- психоэмоциональные (нарушения настроения, депрессия, когнитивные расстройства и др.)¹⁰.

В пожилом и старческом возрасте ненадлежащее питание способствует прогрессированию многих заболеваний. Следует подчеркнуть, что синдром мальнутриции является одним из ключевых факторов формирования каскада гериатрических синдромов: синдрома старческой астении, саркопении, пролежней, депрессии, снижения когнитивных функций и многих других состояний.

В настоящее время с целью своевременного выявления и прогнозирования риска прогрессирования синдрома старческой астении пациентам 60 лет и старше рекомендуется проводить скрининг с использованием опросника «Возраст не помеха». Название опросника подсказывает параметры, требующие оценки: В – вес, ЗР – зрение, С – слух, Т – травмы, Н – настроение, П – память, М – моча, Х – ходьба. За каждый положительный ответ начисляется один балл. Три балла свидетельствуют о высоком риске развития старческой астении, пациенту должна быть рекомендована консультация гериатра с составлением индивидуального плана ведения. Два балла – наличие синдрома старческой астении вероятно (преастения), пациенту показана коррекция выявленных нарушений, можно рассмотреть вопрос о направлении к гериатру. Ноль баллов – синдром старческой астении отсутствует. Скрининг с использованием данного опросника рекомендуется повторить через шесть месяцев.

Для предупреждения развития и прогрессирования синдрома старческой астении с целью сохранения качества жизни, когнитивных и двигательных функций

⁸ Остапенко В.С. Распространенность и структура гериатрических синдромов у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москвы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2017.

⁹ Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др. Клинические рекомендации «Старческая астения». Российский журнал гериатрической медицины. 2020; 1: 11–46.

¹⁰ Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Ostapenko V.S., et al. Prevalence of geriatric syndromes among people aged 65 years and older at four community clinics in Moscow. Clin. Interv. Aging. 2018; 13: 251–259.



используют профилактические меры. Прежде всего профилактика синдрома старческой астении включают двигательную активность, ходьбу, тренировку мышц, рациональное питание, профилактику осложнений атеросклероза, купирование боли и коррекцию гериатрических синдромов, избегание социальной изоляции и ежегодную оценку функциональной активности. Докладчик подчеркнула, что качество жизни пожилого человека в первую очередь обусловлено его независимостью от посторонней помощи. Зависимость от посторонней помощи начинается, когда наступает слабость мышц, снижается масса тела, скорость ходьбы, развивается страх падений, возникают когнитивные нарушения. Сегодня в гериатрии все более популярным становится мнение, что на независимость пожилого человека влияет не количество заболеваний, а подход к терапии.

Безусловно, раннее выявление когнитивных нарушений и своевременное назначение лекарственной и нелекарственной терапии имеют большое значение для сохранения качества жизни людей пожилого и старческого возраста. Перспективным направлением в достижении этой цели являются разработанные онлайн-сервисы, мобильные приложения, направленные на повышение качества диагностики и терапии пациентов с когнитивными нарушениями.

Согласно современным отечественным клиническим рекомендациям, всем пациентам с когнитивными нарушениями для улучшения повседневной активности показано выполнение упражнений для стимуляции

когнитивных функций. Кроме того, по мере возможности целесообразна отмена препаратов с потенциально негативным действием на когнитивные функции, в том числе с высоким антихолинергическим эффектом. Пациентам с когнитивными нарушениями предпочтительно назначать нейротропную терапию препаратами с вазоактивными, метаболическими, антиоксидантными или ноотропными свойствами¹¹.

Старение человека обусловлено в том числе и старением холинергической системы, которое отмечается сразу в нескольких узловых точках ее функционирования, что сказывается на когнитивных функциях. Прежде всего снижается способность нейрон использовать необходимый пластический материал, нарушается баланс ключевых холинергических ферментов, утрачиваются холинергические нейроны. Холина альфосцерат оказывает комплексное действие, поскольку является универсальным донором холина, который способен проходить через гематоэнцефалический барьер. Это позволяет в полной мере скорректировать холинергический дефицит, способствует увеличению числа холинергических нейронов, а также увеличивает репарацию нейрональных мембран, поддерживая оптимальный уровень глицерофосфата для синтеза фосфатидилхолина. Анализ реальной клинической практики показывает, что применение холина альфосцерата в качестве адъювантного препарата способствует замедлению темпов нарастания когнитивной дисфункции у пожилых пациентов¹².

В исследовании С.И. Гавриловой и соавт. представлен клинический опыт применения холина альфосцерата при додементных когнитивных нарушениях у лиц пожилого возраста. Авторы оценивали эффективность и безопасность холина альфосцерата (Церетон) у 50 пациентов с легкими и умеренными когнитивными нарушениями на фоне болезни Альцгеймера и цереброваскулярных заболеваний. Пациентам к стандартной терапии добавляли препарат Церетон в дозе 1200 мг/сут на протяжении трех месяцев. В ходе наблюдения оценивали динамику психоневрологического и когнитивного статуса до лечения и после курса терапии по шкалам и тестам (MMSE, CDT, тест отсроченного воспроизведения десяти слов, тест звуковых ассоциаций, тест категориальных ассоциаций)¹³.

В результате курса лечения препаратом Церетон уже через 45 дней в группе пациентов с когнитивными нарушениями отмечалось значимое улучшение состояния когнитивного статуса. Конечная оценка эффективности терапии продемонстрировала, что добавление холина альфосцерата к стандартной терапии достоверно улучшает психоневрологический статус и когнитивное функционирование у пациентов с преддементной стадией болезни Альцгеймера и сочетанным сосудистым поражением головного мозга. В исследовании выявлена позитивно значимая ассоциация эффективности терапии с генотипом ApoE4(-) по тестам непосредственного и отсроченного воспроизведения десяти слов. Показано, что Церетон хорошо переносится пациентами и может быть рекомендован

¹¹ Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации Минздрава России. М., 2022.

¹² Kang M., Lee D.B., Kwon S., et al. Effectiveness of nootropics in combination with cholinesterase inhibitors on cognitive function in mild-to-moderate dementia: a study using real-world data. J. Clin. Med. 2022; 11 (16): 4661.

¹³ Гаврилова С.И., Колыхалов И.В., Пономарева Е.В. и др. Клиническая эффективность и безопасность применения холина альфосцерата в лечении додементных когнитивных нарушений в позднем возрасте. Журнал неврологии и психиатрии. 2018; 5: 45–53.



XX Междисциплинарная конференция с международным участием
«Вейновские чтения»

в качестве средства превентивной терапии деменции лицам с высоким риском развития болезни Альцгеймера, в частности пациентам с умеренными когнитивными расстройствами. Как отметила В.Н. Шишкова, данные последних исследований демонстрируют дополнительные эффекты холина альфосцерата. Так, в зарубежном исследовании изучали влияние холина альфосцерата на улучшение слуха у пациентов 65–85 лет с возрастной потерей слуха, использовавших слуховые аппараты. Установлено,

что терапия пероральным препаратом холина альфосцерата улучшает восприятие на слух у пользователей слуховых аппаратов¹⁴. Отечественный препарат Церетон выпускается в нескольких формах. Новая уникальная форма выпуска – раствор для приема внутрь 120 мг/мл теперь выпускается в двух объемах флаконов – 100 и 30 мл. Церетон в форме раствора для приема внутрь характеризуется высокой биодоступностью, не содержит сорбитол, легко титруется благодаря мерному шприцу. Наличие

адаптера препятствует проливному раствору. Церетон обладает приятным вкусом земляники, характеризуется высоким уровнем безопасности и разрешен к применению с шести лет.

Таким образом, применение комплексного подхода, сочетающего немедикаментозные методы (когнитивный тренинг, физическая активность, модификация образа жизни) и лекарственную терапию препаратами с доказанным нейротропным действием, способствует улучшению когнитивных функций и качества жизни больных.

Инновационная программа по оценке эффективности когнитивной терапии: холина альфосцерат + ментальный тренинг

С заключительным докладом выступил д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, директор Института междисциплинарной медицины Алексей Борисович ДАНИЛОВ. Он подробно рассказал об особенностях работы головного мозга человека, когнитивных нарушениях, а также о разработке и внедрении наблюдательной программы по оценке эффективности комбинированной когнитивной терапии, включающей немедикаментозный и медикаментозный подходы. Мозг человека – генеральный менеджер по контролю и управлению его жизнью, определяющий ее качество и продолжительность. Он отвечает за взаимоотношения человека с самим собой, окружающими людьми, внешним миром. Прежде всего мозг диагностирует проблемы организма и отдает ему команды для комфортного выживания. Когда человеку неприятно какое-либо действие, он старается избежать

его, когда что-то нравится – хочет повторить. Именно мозг определяет выбор варианта поведения человека. Однако современный человек не всегда может распознать биологические сигналы, которые говорят о необходимости изменений в жизни. Боль, тревога, изжога – на самом деле доброжелательные сигналы организма, который сообщает о проблеме и необходимости перемены поведения. При правильном понимании этих сигналов в ответ мозг посылает сигналы радости, удовлетворения, удовольствия.

Несмотря на многочисленные исследования в области неврологии, в частности болезни Альцгеймера, общее бремя неврологических заболеваний в мире продолжает неизбежно увеличиваться по мере роста численности населения и старения.

В последние десятилетия проводились исследования, посвященные поиску и изучению перспективных методов лечения болезни Альцгеймера. Однако масштабный анализ эффективности и безопасности,



Профессор, д.м.н.
А.Б. Данилов

инициированный Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США, продемонстрировал, что из 146 препаратов только четыре прошли клинические испытания, показали терапевтический эффект и были зарегистрированы для лечения болезни Альцгеймера¹⁵.

С чем связаны неудачи в поисках лекарства от болезни Альцгеймера? Дело в том, что болезнь Альцгеймера – многофакторное заболевание, требующее комплексного лечения.

Известный американский нейробиолог и невролог Дэйл Бредесен долгие годы изучал проблему болезни Альцгеймера и разработал

¹⁴ Na G., Kwak S.H., Jang S.H., et al. Supplementary effect of choline alfoscerate on speech recognition in patients with age-related hearing loss: a prospective study in 34 patients (57 ears). *Front. Aging Neurosci.* 2021; 13: 684519.

¹⁵ PhRMA analysis of Adis R&D Insight Database 25, January 2018.



уникальный протокол лечения. Он доказал, что заболевание невозможно вылечить одним лекарством, поскольку существует несколько фенотипов болезни Альцгеймера. Кроме того, терапия должна воздействовать на разные мишени, факторы, которые способствуют развитию болезни Альцгеймера. Протокол лечения пациента с болезнью Альцгеймера должен включать комплексные изменения в диете, когнитивный тренинг, физические упражнения, оптимизацию сна, лекарственные препараты и витамины. Подбирая индивидуальную схему лечения для пациентов с болезнью Альцгеймера, можно остановить прогрессирование и даже повернуть вспять когнитивные нарушения. Профессор А.Б. Данилов отметил, что сегодня при выборе подхода к лечению когнитивных нарушений от понятия болезни мозга фокус смещается в сторону концепции «здоровье мозга». Помимо специфического лечения на первое место при ведении пациента с когнитивными нарушениями выходит задача по защите и превенции мозга. Среди методов поддержания здоровья мозга особое место занимают упражнения, направленные на улучшение когнитивных способностей человека, или брейнфитнес.

На основании новой концепции о здоровье мозга родилась идея создания программы по оценке эффективности когнитивной терапии, в рамках которой пациенты с когнитивными нарушениями будут получать комбинацию современного лекарственного препарата и немедикаментозных терапевтических практик. На сегодняшний день

Наблюдательная программа направлена на увеличение врачебных знаний, приобретение опыта и популяризацию комбинированного применения современных лекарственных препаратов и немедикаментозных терапевтических практик для изменения образа мышления и образа жизни, способствующих долголетию. Основная цель программы – оценить эффективность брейнфитнеса в сочетании с фармакотерапией когнитивных нарушений, а также приверженность применения брейнфитнеса и фармакотерапии в российской популяции пациентов

Институтом междисциплинарной медицины инициирована наблюдательная программа с целью увеличения врачебных знаний, приобретения опыта и популяризации комбинированного применения современных лекарственных препаратов и немедикаментозных терапевтических практик для изменения образа мышления и образа жизни, влияющих на качество жизни и способствующих долголетию. Основной целью данной программы является оценка эффективности брейнфитнеса в сочетании с фармакотерапией когнитивных нарушений, а также приверженности применения брейнфитнеса и фармакотерапии в российской популяции пациентов. Ведущие эксперты программы – профессора В.В. Захаров и И.С. Преображенская, научный руководитель проекта – профессор В.В. Захаров.

В программе примут участие около 700 пациентов старше 18 лет с легкими и умеренными когнитивными нарушениями с хронической ишемией мозга, синдромом умеренных когнитивных нарушений по амнестическому типу (предполагаемый дебют болезни Альцгеймера), пациенты, находящиеся в восстановительном периоде после инсульта. В рамках программы пациенты будут заниматься упражнениями, направленными на улучшение когнитивных функций (брейнфитнес), на фоне

приема курса препарата холина альфосцерат (Церетон). Каждый пациент будет проходить наблюдение в течение двух месяцев.

Докладчик подчеркнул, что данная программа – первая в России попытка оценить эффективность золотого дуэта в лечении когнитивных расстройств: когнитивного тренинга и нейротропного препарата Церетон. Он призвал врачей, присутствовавших в зале, к сотрудничеству, и отметил, что участие в программе будет способствовать приобретению опыта исследовательской деятельности, знакомству с инновационной онлайн-платформой по улучшению когнитивного здоровья («Активное долголетие»), получению собственного представления об эффективности сочетанного применения известного ноотропа в комбинации с когнитивным тренингом.

Подводя итог, профессор А.Б. Данилов отметил, что пациенты с когнитивными нарушениями нуждаются не только в качественном лечении, но также в поддержке и внимании со стороны лечащего врача. Для успешного достижения поставленных целей терапии когнитивных нарушений необходимо осуществлять персонализированный комплексный подход к пациенту с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов с доказанной эффективностью и безопасностью. *



Информация о наблюдательной программе размещена на сайте Института междисциплинарной медицины <https://idm.institute/> и Ассоциации междисциплинарной медицины <https://intermeda.ru/>. Ознакомиться с программой, а также стать ее участником можно, считав QR-код.

Церетон®

холина альфосцерат

ЛИДЕР НАЗНАЧЕНИЙ ВРАЧЕЙ
СРЕДИ ПРЕПАРАТОВ
ХОЛИНА АЛЬФОСЦЕРАТА*1

КОГНИТИВ ВКЛЮЧАЕТ



НОВЫЕ УНИКАЛЬНЫЕ² ФОРМЫ -
УДОБНОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНЫХ
КУРСОВ ТЕРАПИИ



- Единственный препарат холина альфосцерата, разрешенный к применению у детей: Церетон® раствор для приема внутрь с 6 лет, Церетон® капсулы с 11 лет²⁻⁴
- Полимодальный механизм действия для улучшения когнитивных функций³⁻⁵
- Три лекарственных формы (капсулы, раствор для инъекций, раствор для приема внутрь) для индивидуального подхода к пациенту²



1. По результатам исследования Prindex™ «Мониторинг назначений врачей», проведенного ООО «Ипсос Комкон» в 1 квартале 2023 года в крупнейших городах России (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Нижний Новгород, Новосибирск, Самара, Ростов-на-Дону, Воронеж, Казань, Уфа, Омск, Пермь, Челябинск, Волгоград, Ярославль, Красноярск, Краснодар, Саратов, Иркутск) с участием 4 190 врачей амбулаторно-поликлинической практики 16 специальностей (терапевты, в том числе врачи общей практики, кардиологи, гастроэнтерологи, дерматологи, неврологи, урологи, гинекологи, пульмонологи, аллергологи, эндокринологи, психиатры, педиатры, оториноларингологи, офтальмологи, ревматологи, хирурги), принявших 392 250 пациентов и выполнивших 850 355 назначений за 7 рабочих дней на препарат Церетон® приходится 71,9% назначений. Ист.: <https://www.sotex.ru/news/company/detail.php?ID=5024>. * По диагнозу цереброваскулярная болезнь. 2. <https://grls.rosminzdrav.ru/>. 3. Инструкция по медицинскому применению Церетон® раствор для приема внутрь ЛП-004829 от 24.06.2018. 4. Листок вкладыш - информация для пациентов Церетон® капсулы ЛП-№(002526)-(PG-RU) от 13.06.2023. 5. Листок вкладыш - информация для пациентов Церетон® раствор для в/в и в/м инъекций ЛП-№(000946)-(PG-RU) от 14.02.2023.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников
ЗАО «ФармФирма «Сотекс», г. Москва, Каширское ш., д. 22, корп. 4, стр. 7
тел. +7 (495) 231-15-12; факс +7 495 231-1509; www.sotex.ru

