

# МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**6–7** июня 2022 года в онлайн-формате прошел XIV Международный конгресс «Нейрореабилитация», посвященный мультидисциплинарной реабилитации при различных неврологических заболеваниях. В течение двух дней проведения конгресса параллельно работали девять виртуальных залов, которые посетили свыше 3 тыс. специалистов (неврологи, реаниматологи, логопеды, психологи, кардиологи, врачи ФРМ, врачи ЛФК, врачи ФЗТ, дефектологи, терапевты, урологи, средний медицинский персонал), которые в своей клинической практике сталкиваются с проблемами медицинской реабилитации, обсуждаемыми на конгрессе. В рамках программы конгресса прошли пленарное и секционные заседания, посвященные наиболее актуальным вопросам нейрореабилитации и взаимодействия специалистов разного профиля в междисциплинарной бригаде.

Большой интерес у практикующих специалистов вызвал симпозиум «Междисциплинарные аспекты когнитивной реабилитации», председателем которого выступила д.м.н., профессор А.Н. Боголепова.



Е.И. Чуканова

Первым был представлен доклад д.м.н., профессора кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Е.И. Чукановой «Современные представления о патогенезе когнитивных нарушений при цереброваскулярной патологии». По словам профессора Е.И. Чукановой, цереброваскулярная патология остается чрезвычайно актуальной проблемой здравоохранения, встречается у 33,3% лиц старше 40 лет, а экономический ущерб от нее составляет около 12 трлн рублей в год, что сопоставимо с государственными расходами на здравоохранение в России в целом. Докладчик отметила, что в последнее десятилетие отмечается увеличение факторов риска цереброваскулярной патологии: увеличивается количество больных с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и другими заболеваниями, на фоне которых формируются основные патогенетические аспекты развития различных форм недостаточности

мозгового кровообращения. 70% осложнений этих факторов риска — результат развития эндотелиальной дисфункции, обусловленной нарушениями клеточного энергетического обмена сосудов, что клинически реализуется развитием макро- и микроангиопатии. Профессор обратила внимание, что МРТ-признаки церебральной микроангиопатии проявляются задолго до клинических проявлений заболевания. Нейровизуализационными признаками церебральной микроангиопатии являются: лакунарные инфаркты, которые часто протекают бессимптомно и выявляются у 20–50% пожилых людей; гиперинтенсивность белого вещества (перивентрикулярная или глубокая); расширение периваскулярных пространств; атрофия головного мозга, которая четко коррелирует с когнитивной дисфункцией. По словам докладчика, болезнь мелких сосудов предопределяет в дальнейшем развитие инфаркта мозга, тяжесть его течения и длительность последующей реабилитации. При снижении артериального кровотока в мозге формируется окислительный (оксидативный) стресс, наиболее опасной частью которого является образование реактивных форм кислорода — свободных радикалов и пероксидов, приводящих к повреждению клеточных мембран, ДНК и белков. В дальнейшем окислительный стресс формирует патологический апоптоз с полным разрушением клеток на большие осколки, которые не поглощаются фагоцитами. Важным моментом является то, что и окислительный стресс, и апоптоз можно остановить, если вовремя и как можно раньше назначить адекватную терапию.

По словам профессора Е.И. Чукановой, в последние годы особое значение стали придавать активированным кислородным метаболитам, которые являются ключевым элементом изменения программ дифференцировки, пролиферации и апоптоза клеток. И особая роль в этом механизме принадлежит сукцинату, играющему важную роль в регуляции физиологических, метаболических и генетических процессов. Через специфические рецепторы сукцинат участвует в энергетическом и ревазуляриционном восстановлении головного мозга после гипоксии и ишемии. Таким образом, патогенетически обосновано и крайне важно применение оригинального (референтного)

вазкулярного действия, объединяя свойства сразу нескольких препаратов патогенетической коррекции хронической ишемии мозга, Мексидол® активирует энергообмен в нейроне. Мембраностабилизирующее действие Мексидола обуславливает его эффективность при широком спектре патологий. Многочисленными клиническими и нейрофизиологическими исследованиями подтверждено, что Мексидол® влияет на патогенетические механизмы развития и прогрессирования течения оксидантного стресса, модулирует активность ГАМК мембранных комплексов, предотвращает развитие эндотелиальной дисфункции, являющейся пусковым механизмом развития церебральной микро- и ангиопатии. Влияя на активность сукцинатного рецептора GPR 91, Мексидол® играет важную роль в регуляции физиологических, метаболических и генетических процессов, участвуя в энергетическом ревазуляриционном восстановлении головного мозга при гипоксии и ишемии.

Выступление руководителя отдела когнитивных нарушений ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА Рос-



А.Н. Боголепова

сии д.м.н., профессора кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова А.Н. Боголеповой «Когнитивные нарушения в общеклинической практике» вызвало огромный интерес клиницистов. По словам профессора, рост числа больных с деменцией

риска» в отношении когнитивных нарушений являются пожилые, а конверсия когнитивных нарушений в деменцию составляет до 15% в год. Когнитивные нарушения имеют многофакторную природу, выделяют около 200 причин их развития. По словам профессора, наиболее важными являются дегенеративные заболевания и сосудистое поражение. В сообщении были затронуты вопросы дифференциальной диагностики когнитивных нарушений альцгеймеровского типа и сосудистого, что очень важно в практической деятельности клинициста. Показано, что когнитивные нарушения могут быть связаны и с другими проблемами, например с астенией. В этом случае нарушения памяти будут носить вторичный характер. Кроме этого, существенно возросла актуальность проблемы депрессии, частота в популяции которой в последнее время достигает 30%. В данной ситуации когнитивные нарушения возникают в результате нейромедиаторных расстройств. Также в докладе было отмечено, что когнитивная дисфункция после коронавирусной инфекции может быть обусловлена прямым повреждением вирусом коры головного мозга, косвенными эффектами из-за системных нарушений, не связанных с центральной нервной системой, а также с психологической травмой. Как вести больных с когнитивными нарушениями? Необходимо раннее выявление нарушений, определение их характера и тяжести, ранняя, длительная и непрерывная терапия, лечение сопутствующих расстройств, реабилитация, психологическая и социальная помощь. Важным моментом является формирование когнитивного резерва, что включает оптимальную физическую и умственную нагрузку, активную социальную деятельность, когнитивный тренинг, а также направленную нейропсихологическую реабилитацию.

В коррекции медикаментозной терапии необходимо снизить количество приема препаратов, приводящих к нарушению когнитивных функций: холинолитиков, седативных, снотворных, противопаркинсонических препаратов и кортикостероидов. Далее профессор обратила внимание на проблемы полипрагмазии. «Следует помнить, что при назначении нескольких препаратов невозможно просчитать их взаимодействие. Даже при назначении двух препаратов лекарственное взаимодействие развивается в 6%, прием пяти увеличивает частоту до 50%, а при назначении десяти препаратов риск лекарственного взаимодействия — 100%». Полипрагмазия встречается у 56% пациентов моложе 65 лет и у 73% старше 65 лет. Один из способов снизить полипрагмазию — это придерживаться принципа многоцелевой, мультимодальной терапии. Важно, чтобы лекарство, которое принимает пациент, одновременно оказывало положительный эффект на каждую из имеющихся у него болезней или симптомов. По словам докладчика, к таким препаратам относится Мексидол®. Далее профессор представила результаты МЕМО — междуна-

**При снижении артериального кровотока в мозге формируется окислительный (оксидативный) стресс, наиболее опасной частью которого является образование реактивных форм кислорода – свободных радикалов и пероксидов, приводящих к повреждению клеточных мембран, ДНК и белков.**

препарата Мексидол® (этилметилгидроксипиридина сукцинат). Обладая антигипоксантной, антиоксидантной, нейротрофической и мембранопротекторной активностью, а также свойствами гипогликемического, антиагрегантного, геропротекторного и церебро-

к 2050 году составит более 200%, а эпидемия коронавирусной инфекции только усугубляет проблему когнитивных нарушений: даже при бессимптомном течении болезни у большого числа пациентов развивается «мозговая туман». Особой и наиболее уязвимой «зоной



## НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

родного многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, которое проводилось в Российской Федерации и Республике Узбекистан на базе 15 клинических центров. Всего было рандомизировано 318 пациентов, которые соответствовали следующим критериям: установленный клинический диагноз хроническая ишемия мозга (ХИМ), синдром умеренных когнитивных нарушений в соответствии с DSM 5, оценка когнитивных функций по шкале МоСА до 25 баллов, наличие призна-

терапии препаратами Мексидол® и Мексидол® ФОРТЕ 250 над плацебо в отношении главенствующего симптома ХИМ — когнитивных нарушений. При этом важно отметить, что нарастающая положительная динамика по шкале МоСА наблюдалась, начиная со второго визита (завершение парентеральной терапии). В ходе исследования было показано, что Мексидол® оказывает влияние не только на когнитивную сферу, но и на динамику астенических расстройств и психоэмоциональную сферу. При оценке астении к концу терапии выяв-

общего клинического впечатления CGI. Профессор А.Н. Боголепова обратила внимание, что именно последовательная терапия препаратами Мексидол® и Мексидол® ФОРТЕ 250 показала клиническую эффективность, безопасность применения и хорошую переносимость, что позволяет рекомендовать препарат в повседневной клинической практике для лечения пациентов с ХИМ в качестве средства патогенетической терапии когнитивных, эмоциональных, вегетативных и двигательных нарушений.

Для раскрытия полного терапевтического потенциала препарата Мексидол® рекомендуется длительная и последовательная терапия оптимальными дозировками: сначала инъекционная форма (в/в или в/м) по 500 мг/сут в течение 14 дней с дальнейшим переводом на пероральный прием Мексидола ФОРТЕ 250 — по 1 таблетке 3 раза в день не менее 2 месяцев.

В заключительном докладе д.п.н., профессора факультета психологии ФГБОУ ВО МГУ

диагностика в клинической практике. Задачи и методы» были рассмотрены как теоретические, так и практические задачи нейропсихологической диагностики и пути их решения. Основные задачи практической деятельности нейропсихологии — оценка структуры дефекта, который возникает в результате повреждения мозга (проведение синдромного анализа), что позволяет построить основу стратегии и тактики последующей реабилитации и дает информацию о неврологическом статусе различных отделов мозга. Следующая задача, по словам докладчика, — это оценка степени выраженности и динамики изменений в состоянии психических функций в ходе лечебных мероприятий, что позволяет оценить эффективность проводимой терапии. Еще один вид решаемых задач — интегративная оценка общего состояния когнитивной сферы. Для решения этих достаточно разных задач применяются следующие методы нейропсихологической диагностики: локализационные (ориентация на топическую диагностику), психометрические (количественная оценка нарушений) и экологические (оценка бытовой и социальной адаптации). В заключение профессор Ю.В. Микадзе обратил внимание слушателей на то, что каждый из имеющихся методов применим для конкретных практических клинических задач. Для оценки когнитивной сферы человека необходимо использование всех методов в комплексе, именно поэтому выбор методов нейропсихологического обследования пациента должен зависеть от задач, решаемых в каждом конкретном случае.

Таким образом, участники симпозиума ознакомились с актуальными представлениями о патогенезе когнитивных нарушений, методами их определения в конкретной клинической ситуации и медикаментозными стратегиями ведения таких пациентов, с предпочтением к назначению препаратов с мультимодальными свойствами, одним из ярких примеров которых является препарат Мексидол®. ■

**Именно последовательная терапия препаратами Мексидол® и Мексидол® ФОРТЕ 250 показала клиническую эффективность, безопасность применения и хорошую переносимость, что позволяет рекомендовать препарат в повседневной клинической практике для лечения пациентов с ХИМ в качестве средства патогенетической терапии когнитивных, эмоциональных, вегетативных и двигательных нарушений.**

ков сосудистого поражения мозга по данным МРТ, длительность клинических признаков от 1 до 5 лет. Целью исследования было оценить эффективность и безопасность последовательной терапии препаратами Мексидол® (инъекции внутривенно по 500 мг/сут — 14 дней) и Мексидол® ФОРТЕ 250 (по 250 мг перорально 3р/сут — 2 месяца) у пациентов с ХИМ. Согласно полученным результатам исследования, длительная последовательная терапия препаратами Мексидол® и Мексидол® ФОРТЕ 250 способствовала достоверному регрессу выраженности таких важнейших проявлений ХИМ, как когнитивные расстройства. Так, в группе Мексидола зафиксировано достоверное улучшение и нормализация когнитивных функций к концу терапии (75-й день). Эти данные позволяют констатировать превосходящую эффективность последовательной

лени достоверное снижение выраженности астении у пациентов из группы Мексидола. При оценке состояния по шкале тревоги Бека также отмечено достоверное снижение уровня тревоги у пациентов из группы Мексидола к концу терапии. Кроме того, было отмечено улучшение в вегетативной и двигательной сферах. Длительная последовательная терапия препаратами Мексидол® и Мексидол® ФОРТЕ 250 способствовала достоверному снижению уровня вегетативных проявлений и нарушений равновесия, ходьбы у пациентов к концу терапии. В конечном итоге общий статус пациентов изменился к лучшему. Значимое улучшение качества жизни к концу терапии отмечали как сами пациенты из группы принимавших Мексидол®, так и лечащие врачи: более чем у 53% пациентов было отмечено «сильное или ощутимое улучшение» по шкале



Ю.В. Микадзе

им. М.В. Ломоносова и ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России Ю.В. Микадзе «Нейропсихологическая



## ДАЙДЖЕСТ ПРЕССЫ

### Как меняется наш организм через каждые 10 лет

Ученые говорят, что человек растет до 26 лет, а потом организм начинает постепенно увядать. Какие изменения начинаются в 30 лет, 40, 50? Рассказала спортивный врач Александра Пурига.

Наш организм — это сложная система, которая не прекращает работать ни на секунду. С самого первого дня жизни сердце качает кровь, легкие помогают нам дышать, мозг посылает сигналы телу. Все команды слажены, четко отработаны и помогают нам жить: есть, спать, ходить, общаться, дружить, любить.

Однако после 26 лет рост прекращается, организм начинает медленно, но верно стареть. Какие изменения в нем происходят каждое десятилетие?

#### С 20 до 30 лет

В период с 22 до 26 лет перестает развиваться скелет, но для укрепления костей все еще нужны витамин D и кальций. Так что не забываем пить добавки, если вам их прописал врач.

Снижается выработка коллагена, замедляется работа потовых желез. В то же время укрепляются нейронные связи, продолжает развиваться лобная доля мозга, ответственная за логическое мышление. Гормоны уравниваются после переходного возраста.

До 30 лет растут коренные зубы мудрости (обычно этот процесс начинается уже с 16 лет). Кстати, они могут так и не появиться: из-за рафинированной пищи необходимость в зубах мудрости у современного человека отпадает и у некоторых людей они отсутствуют даже в зачатке.

В этот период кровеносные сосуды постепенно теряют эластичность, повышается давление. Снижается мышечный тонус, поэтому физической нагрузки нужно больше, а эффект от нее становится не таким выраженным и продолжительным. Если вы не занимаетесь спортом, то объем мышечной массы уменьшается.

«Меняется гормональный фон, количество жировой ткани увеличивается, растут жировые депо. Уменьшается костная масса,

появляются первые признаки остеопороза, кальций вымывается из костей», — рассказывает Александра Пурига.

Помимо этого, появляется седина, так как из-за снижения активности вырабатывающих пигмент клеток меланоцитов. Еще одно изменение — пигментация на коже из-за накопленного оксидативного стресса.

Замедляется работа слюнных желез, увеличивается количество зубного налета, возрастает риск развития кариеса.

Белки коллагена и эластина теряют влагу и разрушаются под воздействием ультрафиолета, усвоение аминокислот ухудшается, для эффективности строительства клеточного материкам необходим дополнительный прием витамина С.

#### С 40 до 50 лет

На пятом десятке жизни человеческий мозг теряет до десяти тысяч нервных клеток ежедневно, а мышечной массы — порядка 1–2% в год.

«У женщин значительно понижается уровень эстрогена. Из-за изменения обмена веществ организм активно накапливает жир в депо — живот, руки, бедра. Именно в этом возрасте некоторые замечают заметное ухудшение зрения», — рассказывает спортивный врач.

Чтобы замедлить эти процессы, организму нужна постоянная двигательная активность. Не обязательно ходить в спортзал: научное издание «British Journal of Sports Medicine» приводит результаты международного исследования, которое показало, что интересные спортивные игры и разнообразные активности работают ничуть не хуже.

Можно заняться: теннисом, бадминтоном, танцами, ходить в бассейн, кататься на велосипеде.

#### С 50 до 60 лет

В этом возрасте на первый план выходят резкое снижение зрения, риск развитие катаракты и дистрофии сетчатки глаз.

Также снижаются когнитивные способности, особенно страдает память, сложнее обучаться новому.

«Для поддержания функций важно не прекращать интеллектуальные занятия: читать и приобретать новые навыки, например, готовить по неизвестным ранее кулинарным рецептам, учиться играть на музыкальном инструменте или изучать иностранный язык», — поясняет эксперт.

Важная деталь: наступает момент, когда прогрессирующую потерю эластичности кожи можно приостановить при помощи сбалансированного питания. Помимо кожи страдают также связки и суставы. Вполне оправдан прием аминокислот, витаминов, минералов — их вам должен назначить врач, опираясь на результаты анализов.

#### С 60 до 70

Клетки отмирают, скорость образования новых не покрывает потребности организма, поэтому заметно страдают рецепторы — человек хуже различает запахи, вкусы, организму тяжелее поддерживать стабильную температуру тела, поэтому могут мерзнуть руки и ноги в жару или, наоборот, человек не ощущается холод.

К 70-и «усталость» тканей доходит до гортани и голосовых связок, голос садится и начинает хрипеть.

#### После 70

В этом возрасте значительно снижается объем подкожно-жировой клетчатки, отсюда сухая фактура, человек, который был полным, может резко похудеть.

Снижается регенерация тканей, очень плохо заживают ссадины и раны. Увядают уже все системы организма без исключения.

«Если мы говорим о человеке, которому 90 и больше лет, то это уже долгожитель. Прекрасно, если он в здравом уме и может сам себя обслуживать. Напомню, на сегодня официальная продолжительность биологического вида «человек» — 150 лет», — заключила Александра Пурига.

Софья Хромова

<https://doctorpiter.ru/zdorove/sportivnyi-vrach-puriga-rasskazala-kak-menyetsya-nash-organizm-cherez-kazhdye-10-let-id735975/>

# МЕКСИДОЛ®

этилметилгидроксипиридина сукцинат



## МЕКСИДОЛ® ФОРТЕ 250 БЕРЕЖНАЯ РЕСТАВРАЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

**Оригинальный (референтный) препарат<sup>1</sup>**

**Мультимодальность клинических эффектов<sup>2-3</sup>:**

- Ноотропное, антиамнестическое действие (улучшение памяти и внимания)
- Противотревожное действие
- Вегетостабилизирующее действие

**Препарат выбора среди неврологов и терапевтов<sup>4</sup>**

**Высокая эффективность у пациентов с ЦВЗ\*, доказанная в РКИ\*\*<sup>6-7</sup>**

**Высокий профиль безопасности, доказанный в РКИ\*\*<sup>6-7</sup>**

**Присутствие в Клинических рекомендациях и Стандартах оказания медицинской помощи пациентам с ЦВЗ\*<sup>8</sup>**

**Мексидол®. Опыт клинического применения более 25 лет\*<sup>5</sup>**

\*ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания \*\*РКИ – рандомизированные клинические исследования

<sup>1</sup> Федеральный закон №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010, письмо №7375 ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России от 08.05.2018, письмо №8795 ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России от 30.05.2018, письмо №7358 ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России от 07.04.2020. <sup>2</sup> Общая характеристика лекарственного препарата Мексидол® ФОРТЕ 250, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг ЛП №(000066)-(РГ-РУ)-030620; Общая характеристика лекарственного препарата Мексидол® раствор для внутривенного и внутримышечного введения, 50 мг/мл ЛП №(000107)-(РГ-РУ)-291220; Общая характеристика лекарственного препарата Мексидол® таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 125 мг ЛП №(000086)-(РГ-РУ)-301020. <sup>3</sup> Воронина Т.А. Мексидол: спектр фармакологических эффектов. Журнал неврологии и психиатрии. 2012;12:86-90. <sup>4</sup> Ipsos, Pflndex «Мониторинг назначений ЛП», 2 кв. 2020, назначения неврологов и терапевтов/ВОПов препаратов группы нейропротекторов. <sup>5</sup> Приказ МЗ РФ «О разрешении медицинского применения» N432 от 31.12.1996. <sup>6</sup> Стаховская Л.В., Шамалов Н.А., Хасанова Д.Р., Мельникова Е.В. с соавт. Результаты рандомизированного двойного слепого мультицентрового плацебо-контролируемого в параллельных группах исследования эффективности и безопасности мексидола при длительной последовательной терапии у пациентов в остром и раннем восстановительных периодах полушарного ишемического инсульта (ЭПИКА). Журнал неврологии и психиатрии. 2017;3(2):55-65. <sup>7</sup> Федин А.И., Захаров В.В., Танашян М.М., Чуканова Е.И., Маджидова Е.Н., Щепанкевич Л.А., Остроумова О.Д. Результаты международного многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования оценки эффективности и безопасности последовательной терапии пациентов с хронической ишемией мозга препаратами Мексидол и Мексидол ФОРТЕ 250 (исследование МЕМО). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(11):7-16. <sup>8</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации: <https://doi.org/10.17116/jnevro20211211117>, <https://cr.minzdrav.gov.ru/> и <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> на дату обращения 07.06.2022.