



# Хроническая ишемия мозга у молодых: о чем думать и что предпринять

*Хронические нарушения мозгового кровообращения представляют собой самую распространенную неврологическую патологию среди взрослых пациентов. О диагностике и лечении хронической ишемии мозга у лиц молодого возраста рассказал Владимир Владимирович ЗАХАРОВ, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.*

**Р**аспространенность деменции у лиц в возрасте 30–64 года составляет 54 случая на 100 тыс. населения<sup>1</sup>. Согласно статистике, на каждый случай деменции приходится три-четыре случая менее тяжелых когнитивных нарушений (КН), что свидетельствует об их распространенности в клинической практике.

Трудности диагностики КН у молодых пациентов обусловлены прежде всего тем, что КН не входят в спектр ожидаемых неврологических нарушений у таких лиц. Определенные сложности связаны с высокими нормативами нейропсихологических тестов, необычным характером КН с преобладанием «локальных» симптомов. Поэтому от появления симптомов до установления диагноза в среднем проходит два-три года<sup>2</sup>. Среди причин КН у лиц молодого и среднего возраста пальму первенства удерживает болезнь Альцгеймера (34%)<sup>1</sup>. Реже встречаются сосудистая (18%), лобно-височная (12%) и алкогольная деменции (10%), болезнь телец Леви (7%). К наиболее частым сосудистым факторам риска относятся курение, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД)<sup>3</sup>.

Распространенность АГ в России, в том числе среди лиц молодого возраста, остается на стабильно высоком

уровне. Это продемонстрировали результаты наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ, в котором оценивали распространенность АГ среди 5563 мужчин и 9737 женщин в возрасте 25–64 лет, обследованных в девяти регионах РФ<sup>4</sup>. Установлено, что каждый четвертый мужчина и каждая десятая женщина 25–34 лет имеют АГ. Между тем АГ сопровождается риском бессимптомного поражения головного мозга, которое выявляется при проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ). Клиническими признаками поражения головного мозга при АГ являются когнитивные нарушения. Гиперинтенсивные изменения белого вещества, лакунарные инфаркты и микрокровоизлияния представляют собой самую частую находку при выполнении МРТ головного мозга таким пациентам.

Профессор В.В. Захаров привел клинический пример. Пациент, 54 года, с многолетним анамнезом неконтролируемой АГ обратился за помощью к специалисту по поводу общей слабости, повышенной утомляемости, трудностей с концентрацией внимания, забывчивости. Симптомы возникли после перенесенной весной 2020 г. коронавирусной пневмонии. АГ с 18 лет, с подъемом артериального давления (АД) до 200/100 мм рт. ст.

В возрасте 51 года у пациента случился пароксизм фибрилляции предсердий. Выполнены коронарография, стентирование коронарных артерий. На момент осмотра: MMSE – 25 баллов, МРТ головного мозга – диффузный лейкоареоз. Диагноз: сосудистая деменция легкой степени.

В исследовании Т.М. Остроумовой и соавт. (2018) изучались когнитивные функции у не леченных ранее пациентов среднего возраста с неосложненной АГ 1–2-й степени<sup>5</sup>. В исследование были включены 41 пациент с АГ в возрасте от 40 до 59 лет и 41 здоровый доброволец с нормальным уровнем АД. Всем пациентам проводили МРТ головного мозга, по результатам которой у не леченных ранее пациентов с АГ установлены гиперинтенсивные изменения белого вещества по Фазекас 1 – 44% случаев, по Фазекас 2 – 4,9% случаев, что статистически значимо превышало частоту их выявления у здоровых добровольцев (9,7% по Фазекас 1). Оценка когнитивных функций также показала статистически значимые различия между группой пациентов с АГ и пациентами контрольной группы по данным Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), теста запоминания десяти слов, теста связи цифр (ТМТ А), теста связи цифр и букв (ТМТ А и В) и др.

<sup>1</sup> Harvey R.J., Skelton-Robinson M., Rossor M.N. The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2003; 74 (9): 1206–1209.

<sup>2</sup> Harris P.B., Keady J. Living with early onset dementia. Alzheimers Care Quarterly. 2004; 5 (2): 111–122.

<sup>3</sup> Maaijwee N.A., Rutten-Jacobs L.C., Schaapsmeeders P, et al. Ischaemic stroke in young adults: risk factors and long-term consequences. Nat. Rev. Neurol. 2014; 10 (6): 315–325.

<sup>4</sup> Бойцов С., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 13 (4): 4–14.

<sup>5</sup> Парфенов В.А., Остроумова Т.М., Остроумова О.Д. и др. Когнитивные функции, эмоциональный статус и показатели магнитно-резонансной томографии у не леченных пациентов среднего возраста с неосложненной артериальной гипертензией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018; 118 (8): 23–32.

XIX Междисциплинарная конференция с международным участием  
«Вейновские чтения»

Важным этиологическим фактором, лежащим в основе развития атеросклероза коронарных артерий и сосудов головного мозга, считается метаболический синдром (МС), проявляющийся нарушением обмена жиров и углеводов, повышением АГ. МС преимущественно страдают пациенты мужского пола. Согласно оценке распространенности МС в европейских странах, это заболевание имеют 15% мужчин моложе 40 лет<sup>6</sup>.

Резюмируя сказанное, профессор В.В. Захаров констатировал, что многие лица молодого и среднего возраста живут с сосудистыми заболеваниями, при этом начальные признаки цереброваскулярного поражения часто игнорируются и врачами, и самими пациентами. Это может приводить к инсультам и сосудистой деменции в возрасте 50–60 лет и ранее.

Диагностика хронической ишемии мозга (ХИМ) требует полноценного обследования сердечно-сосудистой системы для выявления основной причины поражения головного мозга и всех имеющихся факторов сосудистого риска. Именно выявление и контроль факторов сосудистого риска лежат в основе лечения ХИМ. Для воздействия на изученные аспекты патогенеза цереброваскулярного поражения применяется патогенетическая терапия. С патогенетической целью пациентам с ХИМ назначают нейрометаболические и вазотропные препараты.

Винпотропил – препарат, не имеющий аналогов на современном фармацевтическом рынке, представляет собой комбинацию пирацетама и винпоцетина. Препарат разработан с участием одного из ведущих неврологов России академика Н.Н. Яхно. Винпоцетин, входящий в состав препарата, улучшает мозговой кровоток, а пирацетам оказывает ноотропный эффект. Винпотропил выпускается в капсулах

(5 мг винпоцетина и 400 мг пирацетама) и в таблетках, в удобной делимой форме с оптимальной дозой (10 мг винпоцетина и 800 мг пирацетама). Винпотропил производится в соответствии со стандартом GMP из субстанций мировых лидеров, что гарантирует высокое качество препарата. Причина синергических эффектов входящих в состав Винпотропила активных веществ заключается в том, что и пирацетам, и винпоцетин действуют однонаправленно на кальциевый сигнальный путь, путь регулирования дофаминергического синапса и сигнальный путь циклического аденозинмонофосфата<sup>7</sup>.

В исследовании О.А. Громовой и соавт. (2021) проведен сравнительный хемореактомный анализ синергизма молекул винпоцетина, пирацетама и циннаризина на культурах нейронов человека, модельных организмах (мышь, крысы) современными методами интеллектуального анализа данных<sup>8</sup>. Результаты хемореактомного анализа показали, что рассмотренные фармакологические эффекты комбинирования действующих веществ в составе препарата Винпотропил существенно дополняют друг друга. Анализ балльных оценок синергизма по семи разделам балльной шкалы продемонстрировал, что значения баллов синергизма для комбинации «винпоцетин + пирацетам» (Винпотропил) превосходят значения баллов синергизма для комбинации «пирацетам + циннаризин» по шести из семи разделов шкалы, а для комбинации «винпоцетин + циннаризин» – по каждому из семи разделов шкалы. На основании полученных результатов авторы исследования сделали вывод, что сочетание винпоцетина и пирацетама в составе фиксированной комбинации Винпотропил более предпочтительно для комбинированного использования, чем сочетание

пирацетама и циннаризина. Преимущество комбинации «винпоцетин + пирацетам» также обусловлено лучшим профилем безопасности.

Эффективность и безопасность Винпотропила подтверждены в ряде клинических исследований. Так, А.Н. Кузнецов и соавт. (2007) сравнивали эффективность комбинированной терапии Винпотропилом и монотерапии винпоцетином или пирацетамом в восстановительном лечении больных, перенесших церебральный инсульт<sup>9</sup>. Согласно полученным данным, лечение Винпотропилом сопровождалось достоверным значительным регрессом субъективных жалоб. Получено также статистически значимое и более выраженное улучшение показателей церебрального кровотока на фоне применения Винпотропила. Пациентам с более тяжелыми когнитивными расстройствами назначается терапия антидементными препаратами. Проверенным средством для лечения деменции умеренной и тяжелой степени является препарат Мемантин Канон – стимулятор глутаматергической системы. Мемантин (Мемантин Канон) защищает от патологической тонической активации, оказывая потенциал-зависимое и неконкурентное ингибирование NMDA-рецепторов. Важно, что в исследованиях Мемантин Канон демонстрирует полную биоэквивалентность оригинальному препарату. Мемантин Канон применяют один раз в сутки по следующей схеме: первая неделя – 5 мг/сут, вторая неделя – 10 мг/сут, третья – 15 мг/сут, с четвертой недели – 20 мг/сут.

Мемантин включен в клинические рекомендации Минздрава России по лечению когнитивных расстройств у лиц пожилого возраста. Мемантин рекомендуется назначать для коррекции когнитивного дефицита и улучшения общего функционирования пациентам с сосудистой деменцией. \*

<sup>6</sup> Balkau B., Charles M.A., Drivsholm T., et al. Frequency of the WHO metabolic syndrome in European cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome. *Diabetes Metab.* 2002; 28 (5): 364–376.

<sup>7</sup> Лиманова О.А., Громова О.А., Федотова Л.Э. Терапия хронической ишемии мозга на фоне гипертонической болезни: препараты выбора. *Нервные болезни.* 2020; 4.

<sup>8</sup> Громова О.А., Торшин И.Ю. Сравнительный хемореактомный анализ синергизма молекул винпоцетина, пирацетама и циннаризина. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2021; 121 (12): 69–76.

<sup>9</sup> Кузнецов А.Н., Даминов В.Д. Применение Винпотропила в восстановительном лечении больных, перенесших церебральный инсульт. *Инсульт.* 2007; 21: 52–56.