



сочетание, деменция с тельцами Леви. На долю восстановимых деменций приходится 5%.

Причины развития деменции на фоне цереброваскулярных заболеваний могут быть связаны с поражением сосудистой стенки (атеросклероз, артериосклероз, амилоидная ангиопатия, васкулиты, сосудистые аномалии), с кардинальными причинами (фибрилляция предсердий, эндокардиты, кардиомиопатия), а также с заболеваниями крови (гемоглобинопатии, коагулопатии).

## **Сосудистые деменции: на что обратить внимание**

Профессор Т. Н. Слободин остановилась на двух вариантах сосудистой деменции: атеросклеротической энцефалопатии и церебральной амилоидной ангиопатии, которые клинически проявляются сходными когнитивными нарушениями подкоркового типа в сочетании с нарушениями походки и равновесия, мочеиспускания по центральному типу и эмоционально-мотивационными расстройствами.

При прогрессирующей подкорковой энцефалопатии пациент без проблем справляется с так называемым тестом 3 слов (повтор 3 названных слов сразу и через 10 мин), тогда как тест на рабочую память (в течение 1 минуты назвать как можно больше животных или слов на определенную букву (норма – 12) вызывает затруднения. Причины нарушения внимания и рабочей памяти зачастую кроются и в других патологических состояниях (например, тревожное расстройство, нарушения сна, синдром обструктивного апноэ сна).

Профилактикой цереброваскулярной патологии атеросклеротического генеза, которая могла бы предотвратить или отсрочить наступление когнитивных нарушений, является гипотензивная, антитромбоцитарная, антикоагулянтная (при необходимости), ангиопротекторная терапия, а также лечение заболеваний сердца.

При церебральной амилоидной ангиопатии на МРТ-снимках можно увидеть маленькие черные очаги гемосидероза – следы мелких кровоизлияний. Фактором риска развития крупных геморрагических очагов при амило-

идной ангиопатии, кроме артериальной гипертензии, черепно-мозговых травм, является как раз тромболитическая, антикоагулянтная, антитромбоцитарная терапия (Rosand et al., 2000). Поэтому, используя методы нейровизуализации, необходимо обязательно дифференцировать атеросклеротическую энцефалопатию от амилоидной ангиопатии.

Критерии, которые подвергают сомнению диагноз сосудистых когнитивных нарушений, – это раннее и неуклонно прогрессирующее нарушение памяти, отсутствие других неврологических симптомов, отсутствие цереброваскулярных очагов по данным МРТ. При этом наличие атрофии гиппокампа и коры, семейный анамнез деменции позволяют предположить болезнь Альцгеймера.

Наличие сосудистых изменений по данным МРТ, нарушений равновесия и мочеиспускания у пациентов с выраженными нарушениями памяти свидетельствует о том, что скорее всего к сосудистой энцефалопатии присоединилась БА.

Лечение БА подразумевает пожизненный прием антихолинэстеразных препаратов (галантамина, донепезила или ривастигмина), ингибиторов NMDA-рецепторов (мемантина). Терапевтический эффект начинает отмечаться на протяжении 2-6 нед от начала курса (лучше наблюдать пациента в течение нескольких месяцев). Продолжать лечение следует, учитывая прогрессирующее заболевание, при этом целесообразно ограничивать назначение седативных препаратов; параллельно следует проводить коррекцию других расстройств (например, воспалительных процессов в мочевыводящей системе, метаболических нарушений).

## **Ортостатическая гипотензия как фактор риска деменции**

Связь ортостатической гипотензии и когнитивных нарушений у пожилых пациентов крайне актуальна сегодня, поскольку ортостатическая гипотензия является фактором риска деменции в возрасте старше 65 лет (Mahgarian S., 2010; Ashton Q., 2012).

Это обусловлено тем, что у пожилых пациентов развивается кардиоваскулярная нестабильность.

Проявляется ортостатическая гипотензия такими симптомами, как утомляемость, головокружение, нарушение концентрации внимания и памяти, падения, предсинкопальные и синкопальные состояния в ситуациях, когда пациент долго стоит, либо при переходе из горизонтального положения в вертикальное.

Если пожилой пациент жалуется на головокружение, обязательно следует уточнить, при каких обстоятельствах оно появляется и как проявляется. Также следует измерить артериальное давление (АД) у пациента в положении лежа и стоя (через 5 мин). Падение систолического АД на 30 мм рт. ст. и диастолического АД на 20 мм рт. ст. свидетельствует об ортостатической гипотензии, которая может присоединяться к любому виду когнитивных нарушений, усугубляет их и постепенно приводит к деменции. К лекарственным средствам, которые могут усиливать это состояние, относятся бета-блокаторы, неконтролируемый прием других гипотензивных препаратов, а также антихолинэстеразные препараты, которые пациент принимает в рамках терапии болезни Альцгеймера.

Ингибиторы холинэстеразы, улучшая когнитивные функции у пациентов с БА и деменцией с тельцами Леви и другими вариантами паркинсонизма, могут увеличивать риск и усугублять проявления ортостатической гипотензии, поэтому должны назначаться после тщательного обследования пациента (Masuda Y., 2011).

## Холин в реабилитации пациентов с когнитивными нарушениями

Профессор Т. Н. Слободин отметила, что у всех пожилых пациентов, в том числе у лиц с цереброваскулярными нарушениями и БА, обнаруживается дефицит холина. Последний является источником для синтеза ацетилхолина и пластическим материалом для оболочки нейрона.

Результаты исследования ASCOMALVA, проведенного в Италии с участием 210 пациентов в возрасте от 56 до 91 года, показали, что назначение холина альфосцерата (Глиатилин)

в дозе 1200 мг/сут совместно с донепезилом (ингибитором холинэстеразы) в дозе 10 мг/сут у лиц с БА и ишемическими поражениями головного мозга способствовало замедлению прогрессирования когнитивного угасания по оценке нейропсихологического тестирования, восстановлению социальной активности и способности к самообслуживанию (Amenta F., 2012; Amenta F., 2014).

Глиатилин в сочетании с донепезилом в исследовании ASCOMALVA продемонстрировал достоверное улучшение когнитивных функций в сравнении с изолированно принимаемым донепезилом в той же дозе. Сочетание глиатилина с антихолинэстеразными препаратами позволяет, не увеличивая дозу последних, добиться благоприятного эффекта в отношении когнитивных функций, при этом снижая риск побочных эффектов у пациентов, склонных к ортостатической гипотензии или уже имеющих ее проявления.

Было отмечено, что Глиатилин является эффективным и наиболее изученным предшественником холина в лечении когнитивных нарушений: европейская доказательная база основывается на результатах терапии более чем 4300 пациентов. (Amenta F., 2010; Amenta F., 2014).

Он обладает пробуждающим эффектом у пациентов с нарушенным сознанием (внутривенно до 4 г/сут за 2-4 инъекции), а также способствует восстановительному лечению после инсульта, черепно-мозговой травмы (3-6 мес, 400 мг 2-3 р/сут).

*Подготовила Александра Демецкая*



# ГЛИАТИЛИН®



Холина альфосцерат

Проникает через ГЭБ<sup>1,2</sup>

**ОРИГИНАЛЬНЫЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ ДОНОР АЦЕТИЛХОЛИНА<sup>3</sup>**

**НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРОНИКАЕТ ЧЕРЕЗ ГЭБ<sup>1,2</sup>**

(ишемический инсульт<sup>3,6</sup>, черепно-мозговая травма<sup>7</sup>, деменция<sup>8</sup>)

Р/с МЗ Украины для: Глиатилин, раствор для инъекций, 1000 мг./4 мл № UA/2196/01/01 от 06.03.2015 г. №123;  
Глиатилин, капсулы по 400 мг № UA/2196/02/01 от 29.12.2014 г. №1019.



✓ Защищает мозг от повреждения<sup>6</sup>

✓ Повышает уровень сознания при сопоре и коме<sup>4,7</sup>

✓ Восстанавливает продуктивное мышление, движение, речь<sup>3,5,7</sup>

✓ Уменьшает частоту инвалидизации<sup>7,8</sup>

**Краткая характеристика лекарственного средства Глиатилин в ампулах и капсулах.**

Глиатилин относится к группе центральных холиномиметиков с преимущественным влиянием на ЦНС. Глиатилин улучшает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах, положительно влияет на пластичность нейрональных мембран и функцию рецепторов. Применяется в острый период тяжелой черепно-мозговой травмы (раствор для инъекций), а также при дегенеративно-инволюционных мозговых психоорганических синдромах, при нарушениях мозговой деятельности, характеризующихся нарушением памяти, спутанностью сознания, дезориентацией. Как правило, Глиатилин хорошо переносится даже при длительном применении. Возможно возникновение тошноты, очень редко возможны абдоминальная боль и кратковременная спутанность сознания. Для более детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения. Производитель лекарственных средств Глиатилин: Италфармако С.п.А., Виале Фульвио Тести, 330-20126 Милан, Италия.

1. Саватеева Т.Н., Якуцени П.П., Лукьянова И.Ю., Афанасьев В.В. «...Структура – функция – терапевтический эффект...» (к вопросу о лечебных свойствах генериков и инновационных препаратов на примере центральных холинергических веществ). Атмосфера. Нервные болезни. 2011; 27-36.

2. Tayebati S. K. et al. Effect of choline-containing phospholipids on brain cholinergic transporters in the rat. J Neurol Sci. 2011 Mar 15;302 (1-2):49-57.

3. Barbagallo S. G. et al. Glycerophosphocholine in the mental recovery of cerebral ischemic attacks//An Italian multicenter clinical trial. Ann NY Acad. 1994; 717: 253-269.

4. Афанасьев В.В. и соавт. Нейропротекция при остром инсульте на догоспитальном этапе. Неотложные состояния в неврологии, 2009; 144-147.

5. Bergamaschi M., Piccolo O. Deacylated phospholipids: Chemistry and therapeutic potential. Phospholipids: characterization, metabolism, and novel biological applications/Ed. by G. Cvec, F. Paltauf. AOCs Press, USA 1995: 228-247.

6. Одинак М.М., Вознюк И.А., Пирадов М.А. и соавт. Многоцентровое (пилотное) исследование эффективности глиатилина при остром ишемическом инсульте. Анализы клинической и экспериментальной неврологии, 2010; 4(1): 20-28.

7. Ніконов В.В., Кривобок В.І., Білецький О.В. Гліатилін у комплексі інтенсивної терапії раннього післяопераційного періоду хворих на травматичну хворобу в клініці політравми. Журнал «Медицина неотложных состояний», 2011.

8. Amenta F., Carotenuto A., Fasanaro AM., Rea R., Traini E. The Effect of the Association between Donepezil and Choline Alphoscerate on Behavioral Disturbances in Alzheimer's Disease: Interim Results of the ASCOMALVA Trial. Journal of Alzheimer's Disease vol. 56, no. 2, pp. 805-815, 2017 26 January 2017.

Информация о лекарственном средстве. Информация для специалистов здравоохранения с целью использования в профессиональной деятельности.