

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

DOI: 10.37586/2686-8636-3-2026-326-333

УДК: 626-036

Дудченко Н. Г. *, Мхитарян Э. А. 

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет),
ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр», Москва, Россия

*Автор, ответственный за переписку, Дудченко Надежда Георгиевна.

E-mail: dudchenko_ng@rgnkc.ru

Резюме

Старение населения приводит к неуклонному росту распространенности когнитивных нарушений (КН) и деменции, что представляет собой серьезную медико-социальную проблему. В статье рассмотрены современные представления об этиологии и патогенезе КН у пациентов пожилого и старческого возраста, включая ключевую роль окислительного стресса, митохондриальной дисфункции и феномена инфламейджинга. Особое внимание уделено диагностике и дифференциации недементных когнитивных расстройств (субъективного, легкого и умеренного когнитивного снижения), которые при своевременном выявлении и коррекции факторов риска могут быть стабилизированы или регрессировать. Обоснована необходимость комплексного мультидисциплинарного подхода к ведению таких пациентов, включающего оптимизацию терапии сопутствующих заболеваний, немедикаментозные методы и целенаправленную фармакотерапию. Подчеркнута важность применения препаратов с мультимодальным механизмом действия, таких как этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексидол), обладающий антиоксидантным, антигипоксическим и мембраностабилизирующим эффектами. Включение Мексидола в состав комплексной терапии способствует улучшению когнитивных функций, повышению качества жизни пациентов и замедлению прогрессирования сосудистых когнитивных расстройств, что подтверждено данными рандомизированных клинических исследований и отражено в актуальных клинических рекомендациях.

Ключевые слова: додементные когнитивные нарушения; сосудистые когнитивные расстройства, умеренное когнитивное расстройство; деменция; нейропротекция, этилметилгидроксипиридина сукцинат.

Для цитирования: Дудченко Н. Г., Мхитарян Э. А. Особенности ведения пациентов с когнитивными нарушениями в пожилом возрасте: обзор литературы. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2026 ; 3 (27) : 326–333. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2026-326-333.

Поступила: 13.07.2026. Принята к печати: 23.07.2026. Дата онлайн-публикации: 28.08.2026.

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PRE-DEMENTIA COGNITIVE IMPAIRMENT: LITERATURE REVIEW

Dudchenko N. G. *, Mkhitarian E. A. 

Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

* Corresponding author: Dudchenko Nadezhda Georgievna. E-mail: dudchenko_ng@rgnkc.ru

Abstract

Population aging leads to a steady increase in the prevalence of cognitive impairment (CI) and dementia, posing a significant medical and social challenge. This article reviews current concepts on the etiology and pathogenesis of CI in elderly and senile patients, highlighting the key roles of oxidative stress, mitochondrial dysfunction, and inflammaging. Special attention is given to the diagnosis and differentiation of non-dementia cognitive disorders (subjective, mild, and moderate cognitive impairment), which can be stabilized or even reversed with timely detection and risk factor correction. The necessity of a comprehensive, multidisciplinary approach to managing these patients is substantiated, encompassing the optimization of comorbidity treatment, non-pharmacological interventions, and targeted pharmacotherapy. The importance of using multimodal drugs, such as ethylmethylhydroxypyridine succinate (Mexidol), which exhibit antioxidant, antihypoxic, and membrane-stabilizing effects,

is emphasized. Evidence shows that incorporating Mexidol into complex therapy contributes to the improvement of cognitive functions, enhances patients' quality of life, and slows down the progression of vascular cognitive disorders. This is confirmed by data from randomized clinical trials and reflected in current clinical guidelines.

Keywords: cognitive impairment; mild cognitive impairment; dementia; neuroprotection, mexidol.

For citation: Dudchenko N. G., Mkhitarian E. A. Management of Patients with Pre-Dementia Cognitive Impairment: Literature Review. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2026 ; 3 (27) : 326–333. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2026-326-333.

Received: 13.07.2026. Accepted: 23.07.2026. Published online: 28.08.2026.

ВВЕДЕНИЕ

Старение населения является одной из наиболее значимых особенностей современной демографической ситуации в мире. Согласно актуальным данным ВОЗ, уже к 2030 г. каждый шестой житель планеты будет старше 60 лет, а к 2050 г. численность лиц пожилого и старческого возраста превысит 2 млрд человек, что составит свыше 20 % населения мира [1]. Прогрессирующее старение популяции неизбежно приводит к увеличению распространенности заболеваний и синдромов, ассоциированных с возрастом. Одним из наиболее часто встречающихся гериатрических синдромов, оказывающих значительное влияние на качество жизни пациентов и их семей, являются когнитивные нарушения (КН) и деменция.

В 2021 г. по данным ВОЗ в мире насчитывалось около 57 млн пациентов с деменцией [1, 2]. Согласно прогнозам, этот показатель достигнет 78 млн к 2030 г. и 152,8 млн к 2050 г. [1, 3]. Доказано, что распространенность деменции увеличивается с возрастом: у лиц 60–64 лет она составляет 0,6–0,9 %, в возрасте 70–74 года — 3,3–3,4 %, 75–79 лет — 8–9 % и достигает 21,9–40,8 % у лиц 85 лет и старше [3]. Наиболее часто развитию деменции предшествуют додементные когнитивные нарушения, которые встречаются чаще, чем деменция, и выявляются примерно у 6,7 % лиц в возрасте 60–64 года, у 10,1 % людей в возрасте 70–74 года и примерно у четверти лиц 80–84 лет [4–6].

Наличие деменции у пожилых ассоциировано со снижением качества жизни как напрямую (ухудшение повседневного функционирования, снижение социальной активности, рост зависимости от ухода), так и опосредованно — через увеличение частоты депрессии/тревоги, психотических расстройств, нарушений сна, а также через снижение комплаентности и роста полипрагмазии у коморбидных пациентов [4–7]. В ряде исследований продемонстрировано, что даже недементные когнитивные расстройства, в частности умеренные когнитивные нарушения, у лиц старше 60 лет ассоциированы со снижением качества жизни и приверженности лечению и с увеличением затрат на медицинскую помощь.

СТАРЕНИЕ МОЗГА. ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ

Старение — это универсальный и необратимый биологический процесс, сопровождающийся прогрессирующим снижением функциональных резервов организма и повышением уязвимости к возраст-ассоциированным заболеваниям [8, 9].

Единого понимания, почему организм стареет, в настоящий момент не сформировано. Существует множество теорий, которые принципиально можно разделить на 2 большие группы.

1. Теории, рассматривающие старение как генетически детерминированный процесс, который разворачивается по определенному предсуществующему плану, заложенному в генетическом коде.

2. Теории, постулирующие, что старение является результатом воздействия на организм различных повреждающих факторов, которое повторяется и накапливается в течение всей жизни [10].

Свободнорадикальная теория старения

Среди многочисленных теоретических моделей свободнорадикальная теория старения (СРТС) занимает одно из центральных мест. Согласно ей, возраст-связанное нарушение баланса между оксидантными и антиоксидантными системами приводит к генерации активных форм кислорода (АФК), которые повреждают ДНК, белковые и липидные структуры клеток. Накопление окислительных повреждений сопровождается снижением эффективности репаративных механизмов, активацией апоптоза и развитием возраст-ассоциированных патологических процессов [8].

Митохондриальная теория старения

Развивает положения свободнорадикальной концепции и в качестве центрального механизма старения рассматривает прогрессирующую дисфункцию митохондрий [6, 7]. С возрастом в митохондриях отмечаются снижение эффективности окислительного фосфорилирования, накопление мутаций митохондриальной ДНК и ослабление процессов митофагии, что

приводит, с одной стороны, к энергетическому дефициту, а с другой — к усилению продукции и накопления АФК [8, 9]. Эти изменения формируют самоподдерживающийся патогенетический круг, в котором митохондриальная дисфункция и окислительный стресс взаимно потенцируют друг друга, способствуя активации апоптоза, воспалительных сигнальных путей и клеточного старения.

Инфламейджинг

Наряду со свободнорадикальной, митохондриальной и геномной теориями, все большее внимание уделяется концепции инфламейджинга (inflammaging) — хронического генерализованного низкоинтенсивного воспалительного процесса, развивающегося с возрастом и персистирующего под действием негативных факторов инфекционной и неинфекционной природы [11]. Термин был впервые введен К. Франчески и соавторами в начале 2000-х гг. и отражает ключевую особенность стареющего организма — устойчивое повышение уровней провоспалительных медиаторов, таких как интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухоли- α (TNF- α), интерлейкин-1 β (IL-1 β) и С-реактивный белок [12].

Согласно современным представлениям, инфламейджинг развивается в результате совокупного действия нескольких механизмов: накопления сенесцентных клеток (поврежденные или старые клетки, утратившие способность к делению, но не погибающие), секретирующих провоспалительные факторы; митохондриальной дисфункции; возрастных изменений иммунитета (снижение функциональной активности иммунных клеток); а также нарушения клиренса поврежденных макромолекул и клеточного детрита.

Старение нервной системы является компонентом системного старения организма, и именно оно во многом определяет качество жизни и уровень независимости лиц пожилого и старческого возраста. В процессе нормального или «успешного» старения мозг претерпевает ряд макро- и микроструктурных, а также функциональных изменений, которые, однако, не приводят к клинически значимым нарушениям когнитивного статуса и могут проявляться прежде всего в виде незначительных изменений нейродинамических показателей психической деятельности — снижении скорости обработки информации, замедленном заучивании нового материала. В то же время ранее усвоенные знания и навыки, включая понимание грамматических конструкций, словарный запас, пространственные представления, семантическую

память и двигательные навыки, в целом сохраняются неизменными на протяжении всей жизни [10].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ. ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Развитие у пожилого человека нарушений познавательных функций не является вариантом нормы и всегда требует грамотной клинической оценки для уточнения причины когнитивного снижения. Распространенные ранее концепции «доброкачественной старческой забывчивости» и «возрастных нарушений памяти» (англ. Age-associated memory impairment) в настоящее время считаются ошибочными и не должны использоваться в клинической практике [6, 13].

Для нозологического диагноза, прогноза и определения терапевтической тактики критически важной является оценка степени тяжести когнитивных нарушений. В настоящий момент принято выделять деменцию и недементные когнитивные расстройства, к которым относят субъективные, легкие и умеренные КН [6, 13].

Деменция — синдром, характеризующийся приобретенным, чаще всего прогрессирующим нарушением познавательных функций, возникающим вследствие органического поражения вещества головного мозга и приводящим к выраженному нарушению повседневной активности и утрате бытовой и социальной независимости [6].

Наиболее частой причиной деменции у лиц пожилого и старческого возраста является болезнь Альцгеймера, на долю которой приходится не менее 60–70 % всех случаев деменции [6, 13]. Сосудистая деменция занимает второе место с долей приблизительно 15–25 %, другие нейродегенеративные заболевания, помимо болезни Альцгеймера, (деменция с тельцами Леви, лобно-височные дегенерации и др.) являются причиной деменции в 5–10 % случаев. В последние годы растет распространенность смешанных форм деменции, при которых сосудистые и нейродегенеративные причины сочетаются.

Недементные когнитивные расстройства принципиально отличаются от деменции отсутствием выраженных нарушений повседневной активности и сохранностью независимости пациента [6].

Важной вехой в развитии концепции недементных когнитивных расстройств является введение в 1999 г. R. C. Petersen и соавторами

термина «умеренное когнитивное нарушение» для обозначения состояния, при котором у пациента отмечаются жалобы на снижение памяти, что объективно подтверждается результатами нейропсихологического тестирования (при этом другие когнитивные функции относительно сохранены), но не ограничивает повседневной активности [4, 13]. По сути, авторами были предложены критерии, направленные на выявление ранних додементных стадий болезни Альцгеймера. Однако через некоторое время оказалось, что умеренные когнитивные расстройства (УКР), во-первых, широко распространены в популяции, во-вторых, крайне гетерогенны как клинически (могут затрагивать не только память, но и другие когнитивные сферы), так и нозологически. В связи с этим в 2004 г. сформулированы новые критерии диагностики этого состояния.

Модифицированные диагностические критерии УКР J. Touchon и R. Petersen (2004):

- Жалобы пациента или его родственников на КН.
- Свидетельства снижения когнитивных способностей по сравнению с индивидуальной нормой, полученные от пациента и/или его ближайшего окружения.
- Нейропсихологическое подтверждение КН.
- Отсутствие выраженных нарушений повседневной активности.
- Отсутствие деменции [4].
- В клинической практике УКР классифицируется на следующие подтипы:

Монофункциональный амнестический подтип УКР характеризуется изолированным нарушением памяти при сохранности других когнитивных функций. Этот вариант УКР рассматривается как наиболее типичная продромальная стадия болезни Альцгеймера и в большинстве случаев ассоциирован с высоким риском трансформации в деменцию альцгеймеровского типа.

Полифункциональный амнестический подтип УКР проявляется сочетанным нарушением нескольких когнитивных функций с обязательным вовлечением памяти. Чаще всего данный подтип также соответствует ранним стадиям болезни Альцгеймера либо смешанной (сосудисто-нейродегенеративной) деменции.

Монофункциональный неамнестический подтип УКР характеризуется изолированным нарушением одной когнитивной функции (речи, праксиса, гнозиса, управляющих или зрительно-пространственных функций) при сохранной памяти. Указанный вариант может быть продромальным проявлением различных нейродегенеративных заболеваний, включая

первичную прогрессирующую афазию, кортико-базальную дегенерацию, заднюю корковую атрофию, деменцию с тельцами Леви и лобно-височную дегенерацию.

Полифункциональный неамнестический подтип УКР характеризуется нарушением нескольких когнитивных функций при относительной сохранности памяти [14, 15].

В недавнем исследовании, выполненном под руководством академика Н. Н. Яхно, было показано, что в российской популяции чаще всего встречается именно полифункциональный неамнестический подтип УКР, при котором отмечается в первую очередь ухудшение управляющих функций (планирования и контроля познавательной деятельности и поведения), способности к переключению с одного вида деятельности на другой, навыков планирования повседневной деятельности, адаптации к меняющимся окружающим условиям. Наиболее часто данный подтип нарушений возникает в связи с цереброваскулярными заболеваниями головного мозга, характеризуется достоверно большей представленностью сердечно-сосудистых факторов риска в анамнезе (АГ, гиперхолестеринемия, СД, ожирение и атеросклероз), наличием очаговой неврологической симптоматики, более высоким баллом по шкале Хачинского [16].

Последующее изучение недементных когнитивных расстройств привело к выделению легкого когнитивного снижения (ЛКС), при котором пациента беспокоит снижение когнитивных функций, однако в ходе нейропсихологической оценки отклонения выявляются только при выполнении наиболее сложных тестов [6, 7, 14].

Субъективное когнитивное снижение (СКС) характеризуется наличием жалоб пациента на снижение познавательных функций, при этом указанное снижение не может быть подтверждено данными нейропсихологического обследования. СКС долгое время рассматривалось как проявление тревоги или даже нормального старения. Однако впоследствии оказалось, что оно может являться самым ранним симптомом органического заболевания головного мозга [6, 7, 14].

Систематические обзоры и метаанализы показывают, что недементные когнитивные нарушения являются значимым фактором риска развития деменции — ежегодно у 6,7 % пациентов УКР переходят в деменцию. Однако при соответствующей коррекции факторов риска и адекватной терапии у 40 % пациентов с УКР наблюдается регресс имеющихся нарушений [15].

ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Диагностика КН у лиц пожилого и старческого возраста должна быть комплексной, структурированной и мультидисциплинарной.

В соответствии с клиническими рекомендациями «Когнитивные нарушения у пациентов пожилого и старческого возраста», первичный диагностический этап включает тщательный сбор жалоб пациента, уточнение анамнеза заболевания, оценку неврологического статуса, выполнение скринингового (а при наличии показаний расширенного) нейропсихологического тестирования, направленного на выявление нарушений в различных когнитивных доменах. Для когнитивного тестирования должны использоваться валидированные шкалы и инструменты, такие как Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), Батарея тестов для оценки лобной дисфункции (FAB) и др. [6].

Важнейшим компонентом диагностического процесса является сбор анамнеза не только у самого пациента, но и у родственников и лиц, осуществляющих уход. Сведения, полученные от родственников или ухаживающих лиц, позволяют более точно оценить динамику когнитивного снижения, степень нарушения повседневной активности и наличие поведенческих или аффективных изменений, которые пациент может недооценивать или не осознавать. Анамнез, собранный у информантов, особенно важен на ранних стадиях когнитивных расстройств и при дифференцировании додементных КН и деменции [6, 7, 14].

Диагностический алгоритм предусматривает также обязательную оценку сосудистых факторов риска, сопутствующих соматических и психоэмоциональных расстройств, а также исключение потенциально обратимых причин когнитивного снижения. Всем пациентам с когнитивными нарушениями для уточнения нозологического диагноза должен быть выполнен стандартизированный набор лабораторных анализов, также обязательным является выполнение нейровизуализации (предпочтительнее МРТ головного мозга).

ЛЕЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ

Лечение когнитивных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста должно базироваться на действующих клинических рекомендациях «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого

возраста» — официальном комплексном документе, регламентирующем тактику ведения этой категории пациентов [6].

Рекомендации подчеркивают необходимость комплексного подхода, включающего коррекцию обратимых причин когнитивного дефицита (контроль артериального давления, коррекция метаболических нарушений, устранение дефицита витаминов, ревизия лекарственных схем) и оптимизацию терапии сопутствующих заболеваний. Наличие нескольких хронических заболеваний нередко приводит к полипрагмазии, ассоциированной с повышенным риском ухудшения функционального и когнитивного статуса, развитием нежелательных лекарственных реакций и клинически значимых лекарственных взаимодействий. Дополнительным фактором риска у пожилых пациентов являются возраст-ассоциированные изменения фармакокинетики и фармакодинамики [6].

Важная роль в коррекции когнитивных нарушений у пожилых пациентов отводится немедикаментозным методам: физической активности, когнитивному тренингу, соблюдению диеты с низким содержанием животных жиров и простых углеводов и достаточным количеством клетчатки и витаминов. В последние годы появляется все больше публикаций, подтверждающих эффективность применения для лечения КН транскраниальной магнитной стимуляции [17].

Фармакотерапия когнитивных расстройств должна быть индивидуализирована с учетом степени их выраженности и этиологии. Для лечения деменции используются ингибиторы холинэстеразы и мемантин, которые доказали свою эффективность в многочисленных клинических исследованиях. Эти препараты входят в золотой стандарт лечения деменции и официально рекомендованы американскими, европейскими и российскими регуляторными органами для лечения основных нозологических форм деменции [6].

Подходы к фармакотерапии недементных когнитивных расстройств у пожилых в настоящее время активно разрабатываются. Как следует из сказанного выше, синдром УКР полиэтиологичен, и одним из важнейших принципов его коррекции будет лечение основного заболевания и влияние на основные этапы патогенеза клеточной гибели при старении, нейродегенеративной и сосудистой патологии головного мозга. [6, 15, 17, 18].

Учитывая то, что чаще всего УКР отмечается у полиморбидных пациентов пожилого возраста, назначаемые препараты по возможности должны иметь мультитаргетное воздействие

(с целью снижения полипрагмазии) с минимальным спектром нежелательных влияний [6, 18].

В связи с этим особый интерес представляет препарат с мультимодальным механизмом действия, основанном на реализации антигипоксанта, антиоксидантного и мембраностабилизирующего эффектов — этилметилгидроксипиридина сукцинат (ЭМГПС, Мексидол) [19].

Мексидол воздействует на одно из ключевых звеньев патогенеза старения и нейродегенеративных процессов, способствуя активации церебрального митохондриогенеза и коррекции митохондриальной дисфункции [20]. В экспериментальных моделях показано, что препарат оказывает выраженное протективное воздействие при хроническом введении высоких доз глюкокортикостероидов (ГКС) в стареющем организме, снижая степень ГКС-индуцированной митохондриальной супрессии и ангиостатических эффектов, а также активируя механизмы разрешения воспаления при лечении воспалительных состояний в пожилом и старческом возрасте [21].

В доклинических исследованиях Мексидол демонстрировал статистически значимое улучшение процессов обучения и уменьшение выраженности когнитивного дефицита, ассоциированного со старением. Одновременно отмечалось снижение моторного дефицита, улучшение двигательных функций, мышечного тонуса и координации движений на 18,0 % по сравнению с контрольной группой, повышение судорожного порога на 67,0 %, а также увеличение средней продолжительности жизни экспериментальных животных на 18,2 % [8].

Результаты клинических исследований подтверждают эффективность Мексидола в составе комплексной терапии. В метаанализе 10 проспективных клинических исследований, включавших 482 пациента основной группы и 455 пациентов группы сравнения, было показано статистически значимое улучшение когнитивных функций у больных с хронической ишемией мозга и легкими (умеренными) когнитивными расстройствами на фоне применения Мексидола [22]. Кроме того, длительная последовательная терапия препаратом в сочетании с базисным лечением приводила к достоверному снижению выраженности воспалительного процесса [23].

У пациентов в возрастных группах от 61 года до 90 лет отмечалось улучшение когнитивных функций, тогда как у пациентов в возрасте 40–75 лет наблюдалось уменьшение выраженности астенического синдрома и уровня тревожности [5, 24]. Применение Мексидола также сопровождалось улучшением реологических свойств крови и показателей церебрального кровотока

у пациентов в возрасте 50–75 лет, а также увеличением дистанции, преодолеваемой в течение 6-минутной ходьбы [25]. Дополнительно продемонстрировано положительное влияние препарата на состояние сосудистой стенки, включая эндотелиопротективное действие, улучшение микроциркуляции и вазодилатации [26].

Пациентам с когнитивными нарушениями на фоне хронической ишемии мозга / дисциркуляторной энцефалопатии рекомендуется применение длительной последовательной терапии препаратом Мексидол, включающей парентеральное введение препарата в дозе 500 мг в сутки в течение 14 дней с последующим переходом на пероральную форму (Мексидол ФОРТЕ 250 по 250 мг 3 раза в сутки) в течение 2 месяцев. Для поддержания нейропротективного и прокогнитивного эффекта целесообразно проведение повторных курсов терапии при необходимости [27].

Препарат Мексидол (этилметилгидроксипиридина сукцинат — ЭМГПС) включен в Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» (действуют с 01.01.2025 г.). Препарат представлен в разделе лечения сосудистых недементных расстройств и отнесен к нейропротекторным средствам с антиоксидантным, антигипоксанта и мембраностабилизирующим действием. Его применение ассоциировано со снижением глутамат-индуцированной эксайтотоксичности и улучшением когнитивного, эмоционального, вегетативного и двигательного доменов у пациентов с хроническими цереброваскулярными заболеваниями, что подтверждено результатами рандомизированных клинических исследований [6].

Также Мексидол (ЭМГПС) входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (Перечень ЖНВЛП на 2026 г. утвержден распоряжением Правительства РФ от 18 декабря 2025 г. № 3867-р), в нормативные документы, регламентирующие комплектацию укладок скорой помощи [Требования к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи (приказ от 28.10.2020 № 1165н, ред. от 13.04.2023)], и ряд важнейших стандартов оказания медицинской помощи, что подчеркивает его клиническую и социальную значимость.

ВЫВОДЫ

Своевременное выявление и правильное ведение пациентов с когнитивными расстройствами на ранних стадиях необходимо для

снижения риска прогрессирования таких расстройств в деменцию. Нейропротекция является неотъемлемой частью терапии пациентов пожилого и старческого возраста с ранними сосудистыми КН. Мексидол — важный компонент комплексной терапии пациентов с сосудистыми КН. Благодаря мультимодальному механизму действия препарат способствует замедлению прогрессирования когнитивных расстройств, улучшает когнитивный статус и показатели качества жизни пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ / ADDITIONAL INFORMATION

Финансирование. Работа выполнена с финансовой поддержкой фирмы ООО «НПК «ФАРМАСОФТ».

Funding Sources: This work was supported financially by PHARMASOFT.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Conflict of Interests. The authors declare no conflicts of interest.

Вклад авторов. Все авторы в равной степени участвовали в разработке концепции статьи, получении и анализе фактических данных, написании и редактировании текста статьи, проверке и утверждении текста статьи.

Author contribution. All authors, according to the ICMJE criteria, participated in the development of the concept of the article, obtaining and analyzing factual data, writing and editing the text of the article, and checking and approving the text of the article.

ORCID АВТОРОВ:

Дудченко Н. Г. / Dudchenko N. G. — 0000-0001-8852-8587
Мхитарян Э. А. / Mkhitaryan E. A. — 0000-0003-2597-981X

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. World Health Organization. Ageing and health. Fact sheet. Geneva: WHO; 2023 [Updated on 01.10.2025]. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (accessed 07/29/2026).
2. World Health Organization. Dementia. Fact sheet. Geneva: WHO; 2021 [Updated on 05.07.2026]. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (accessed 07/29/2026).
3. Alzheimer Europe. Dementia in Europe Yearbook 2018. Comparison of national dementia strategies in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe; 2018. Available at: https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2018.pdf (accessed 07/29/2026). ISBN: 978-99959-995-4-4.
4. Petersen R. C. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med.* 2004 ; 256 (3) : 183–194. DOI: 10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x.

5. Захаров В. В., Федин А. И., Мхитарян Э. А. Подходы к фармакотерапии сосудистых умеренных когнитивных нарушений у пациентов различных возрастных групп // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2023. — Т. 123, № 10. — С. 26–32. [Zakharov V. V., Fedin A. I., Mkhitaryan E. A. Pharmacotherapy approaches to vascular mild cognitive impairment in patients of different age groups. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2023 ; 123 (10) : 26–32. (In Russ.)]. DOI: 10.17116/jnevro202312310126.

6. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста»: клинические рекомендации / Российская ассоциация геронтологов и гериатров, Российское общество психиатров, Всероссийское общество неврологов. — 2024. — URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5 (дата обращения: 29.07.2026). [Rossijskaya Federaciya. Ministerstvo zdravooxraneniya. Klinicheskie rekomendatsii «Kognitivnye rasstrojstva u lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta» [Russian Federation. Ministry of Health. Clinical guidelines «Cognitive disorders in the elderly and senile»]. 2024. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5 (accessed 07/29/2026). (In Russ.)].

7. Боголепова А. Н. Особенности фармакотерапии сосудистых когнитивных нарушений у лиц пожилого возраста // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2023. — Т. 123, № 9. — С. 15–20 [Bogolepova A. N. Features of pharmacotherapy of vascular cognitive impairment in the elderly. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2023 ; 123 (9) : 15–20. (In Russ.)]. DOI: 10.17116/jnevro202312309115.

8. Воронина Т. А. Геропротективные эффекты этилметилгидроксипиридина сукцината в экспериментальном исследовании // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2020. Т. 120, № 4. — С. 81–87. [Voronina T. A. Geroprotective effects of ethylmethylhydroxypyridine succinate in an experimental study. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2020 ; 120 (4) : 81–87. (In Russ.)]. DOI: 10.17116/jnevro202012004181.

9. Переверзев А. П., Романовский Р. Р., Шаталова Н. А., Остроумова О. Д. Инфламэйджинг: воспаление и оксидативный стресс как причина старения и развития когнитивных нарушений // *Медицинский совет.* — 2021. — № 4. — С. 48–58. [Pereverzev A. P., Romanovskii R. R., Shatalova N. A., Ostroumova O. D. Inflammaging: inflammation and oxidative stress as a cause of aging and cognitive decline. *Medsinskiy sovet = Medical Council.* 2021 ; (4) : 48–58. (In Russ.)]. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-4-48-58.

10. Чердак М. А. Старение головного мозга // *Проблемы геронтологии.* — 2023. — № 2. — С. 71–79. [Cherdak M. A. Brain Aging. *Problems of Geroscience.* 2023 ; (2) : 71–79 (In Russ.)]. DOI: 10.37586/2949-4745-2-2023-71-79.

11. Fülöp T., Larbi A., Witkowski J. M., et al. Immunology of Aging: the Birth of Inflammaging. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2023 ; 64 (2) : 109–122. DOI: 10.1007/s12016-021-08899-6.

12. Soraci L., Corsonello A., Paparazzo E., et al. Neuroinflammaging: A Tight Line Between Normal Aging and Age-Related Neurodegenerative Disorders. *Aging Dis.* 2024 ; 15 (4) : 1726–1747. DOI: 10.14336/AD.2023.1001.

13. Боголепова А. Н. Основные механизмы развития когнитивных нарушений // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски.* — 2025. — Т. 125, № 4-2. — С. 13–18. [Bogolepova A. N. The main mechanisms of development of cognitive impairment. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2025 ; 125 (4-2) : 13–18. (In Russ.)]. DOI: 10.17116/jnevro202512504213.

14. Локшина А. Б., Захаров В. В., Вахнина Н. В. Современные аспекты диагностики и лечения когнитивных нарушений (обзор литературы) // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* — 2023. Т. 15, № 1. — С. 83–89. [Lokshina A. B., Zakharov V. V., Vakhnina N. V. Modern aspects of diagnosis and treatment of cognitive impairments (literature

review). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023 ; 15 (1) : 83–89. (In Russ.). DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-83-89.

15. Локшина А. Б., Захаров В. В., Гришина Д. А. и др. Гетерогенность синдрома умеренных когнитивных нарушений (анализ работы специализированного амбулаторного приема) // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2021. – Т. 13, № 3. – С. 34–41. [Lokshina A. B., Zakharov V. V., Grishina D. A., et al. Heterogeneity of the mild cognitive impairment syndrome (specialized outpatient service data analysis). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021 ; 13 (3) : 34–41. (In Russ.). DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-34-41.

16. Яхно Н. Н., Локшина А. Б., Захаров В. В. и др. Синдром умеренных когнитивных расстройств в российской популяции // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски*. – 2019. – Т. 119, № 5-2. – С. 179–180 [Yakhno N. N., Lokshina A. B., Zakharov V. V., et al. Mild cognitive impairment syndrome in russian population. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019 ; 119 (5-2) : 179–180 (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201911905S.

17. Zhang T., Sui Y., Lu Q., et al. Effects of rTMS treatment on global cognitive function in Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *Front Aging Neurosci*. 2022 ; 14 : 984708. DOI: 10.3389/fnagi.2022.984708.

18. Мартынов А. И., Танащян М. М., Малявин А. Г. и др. Резолюция Совета экспертов «Возможности нейропротективной терапии у пациентов с артериальной гипертензией и когнитивными нарушениями» // *Терапия*. – 2023. Т. 9, № 10. – С. 148–158. [Martynov A. I., Tanashyan M. M., Malyavin A. G., et al. Resolution of the Expert Council «Possibilities of neuroprotective therapy in patients with arterial hypertension and cognitive disorders». *Terapiya*. 2023 ; 9 (10) : 148–158 (In Russ.). DOI: 10.18565/therapy.2023.10.148-158.

19. Захаров В. В., Остроумова О. Д., Кочетков А. И. и др. Международное многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование оценки эффективности и безопасности последовательной терапии пациентов с хронической ишемией мозга препаратами Мексидол и Мексидол ФОРТЕ 250 (исследование MEMO): результаты субанализа у пациентов с артериальной гипертензией // *Терапия*. – 2023. – Т. 9, № 1. – С. 145–159. [Zakharov V. V., Ostroumova O. D., Kochetkov A. I., et al. International multicenter randomized double-blind placebo-controlled study assessing the efficacy and safety of sequential therapy with Mexidol® and Mexidol® FORTE 250 in patients with chronic brain ischemia (MEMO): subanalysis in patients with arterial hypertension. *Terapiya*. 2023 ; 9 (1) : 145–159. (In Russ.). DOI: 10.18565/therapy.2023.1.145-159.

20. Кирова Ю. И., Шакова Ф. М., Германова Э. Л. и др. Влияние Мексидола на церебральный митохондриогенез в молодом возрасте и при старении // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2020 – Т. 120, № 1. – С. 62–69. [Kirova Yu. I., Shakova F. M., Germanova E. L., et al. The effect of Mexidol on cerebral mitochondriogenesis at a young age and during aging. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020 ; 120 (1) : 62–69. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro202012001162.

21. Терехина О. Л., Кирова Ю. И. Влияние этилметилгидроксипиридина сукцината на параметры хронического нейровоспаления и пластических процессов в мозге старых крыс при курсовом введении дексаметазона // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2024 ; 124 (9) : 115–121 [Terekhina O. L., Kirova Yu. I. The effect of ethylmethylhydroxypyridine succinate on the parameters of chronic neuroinflammation and plastic processes in the brain of old rats during course of dexamethasone administration. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024 ; 124 (9) : 115–121 (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro2024124091115.

22. Захаров В. В., Вахнина Н. В. Применение Мексидола у пациентов с легкими (умеренными) когнитивными нарушениями: результаты метаанализа // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2024. – Т. 124, № 1. – С. 82–88. [Zakharov V. V., Vakhnina N. V. The use of Mexidol in patients with mild (moderate) cognitive impairment: results of a meta-analysis. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024 ; 124 (1) : 82–88. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro202412401182.

23. Толкачева В. В., Казахмедов Э. Р., Кобалава Ж. Д. и др. Влияние Мексидола на качество жизни и функциональный статус пациентов с хронической ишемией головного мозга и хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса // *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2021. – Т. 14, № 1. – С. 80–89. [Tolkacheva V. V., Kazakhmedov E. R., Kobalava Z. D., et al. Effect of Mexidol on the quality of life and functional status of patients with chronic cerebral ischemia and chronic heart failure with reduced left ventricular ejection fraction. *Russian Journal of Cardiology and Cardiovascular Surgery*. 2021 ; 14 (1) : 80–89. (In Russ.). DOI: 10.17116/kardio20211401180.

24. Захаров В. В., Ткачева О. Н., Мхитарян Э. А., Федин А. И. Эффективность Мексидола у пациентов разных возрастных групп с хронической ишемией головного мозга с когнитивными нарушениями (результаты субанализа международного многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования MEMO) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски*. – 2022. – Т. 122, № 11-2. – С. 73–80. [Zakharov V. V., Tkacheva O. N., Mkhitarian E. A., Fedin A. I. Efficacy of Mexidol in patients with chronic brain ischemia and cognitive impairment of different age groups (results of sub-analysis of the international multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study of sequential therapy in patients with chronic brain ischemia MEMO). *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022 ; 122 (11-2) : 73–80 (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro202212211273.

25. Юркина Л. В. Опыт применения препарата Мексидол при дисциркуляторной энцефалопатии // *Фарматека*. – 2013. – № 13 (266). – С. 105–107. [Yurkina L. V. Experience of use of Mexidol in dyscirculatory encephalopathy. *Farmateka*. 2013 ; (13) : 105–107. (In Russ.).]

26. Громова О. А., Торшин И. Ю., Стаховская Л. В. и др. Опыт применения мексидола в неврологической практике // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2018. – Т. 118, № 10. – С. 97–107. [Gromova O. A., Torshin I. Yu., Stakhovskaya L. V., et al. Experience with mexidol in neurological practice. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2018 ; 118 (10) : 97–107. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201811810197.

27. Федин А. И., Захаров В. В., Танащян М. М. и др. 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 MEMO) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2021. – Т. 121, № 11. – С. 7–16. [Fedin A. I., Zakharov V. V., Tanashyan M. M., et al. Results of an international multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study assessing the efficacy and safety of sequential therapy with Mexidol and Mexidol FORTE 250 in patients with chronic brain ischemia (MEMO). *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021 ; 121 (11) : 7–16. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro20211211117.