

## «Чи будете ви пам'ятати своє ім'я у 90 років?», або проблеми когніції у старечому віці

**Тривалість життя збільшується, частка осіб старечого віку серед населення швидко зростає і, відповідно, катастрофічно підвищується поширеність вікових когнітивних порушень. На науково-практичній конференції «Психоневрологія – 21 століття», що проходила 31 березня – 2 квітня у Львові, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор, психіатр, психотерапевт і клінічний психолог Олег Созонтович Чабан присвятив цій проблемі свій виступ. Представляємо вашій увазі огляд його доповіді.**

Європа старіє: за прогнозами, до 2050 р. чисельність населення ЄС віком від 65 років збільшиться на 60% і перевищить 100 млн. За даними дослідження PSICOTARD, ще станом на 2005 р. поширеність психічних розладів серед осіб після 65 років становила 46% (Kessler et al., 2005). Рейтинг психічних розладів у старших вікових групах очолюють когнітивні порушення, сягаючи, за даними Olvera et al. (2008) та інших дослідників, ≥20%.

Ризик розвитку нейродегенеративних хвороб достовірно корелює з віком. У тих, хто дожив до 90 років, імовірність втрати пам'яті через хворобу Альцгеймера (ХА) становить 50%, а якщо додати інші нейродегенеративні патології, зокрема хворобу Паркінсона, – 70%. Ризик когнітивно-мнестичних порушень підвищують також серцево-судинні, легеневі, ендокринні, метаболічні захворювання, новоутворення, лікарська/інфекційна інтоксикація, алкоголізація тощо. З урахуванням цього імовірність когнітивного зниження в осіб після 90 років сягає 80%. Отже, перспектива людства виглядає сумно: зі збільшенням у світі кількості осіб старечого віку на нас чекає нейродегенеративна епідемія, справжній нейрогенний колапс.

### «Соціальний мозок»

У 2011 р. були оприлюднені результати дослідження, що мало на меті з'ясувати, які фактори дозволяють людині дожити до 90 років, та яку роль у цьому відіграє спадковість. У 1963 р. Wilhelmsen et al. залучили до нього 973 чоловіків, народжених у Гетеборзі (Швеція) в 1913 р. Вчені дійшли цікавих висновків, головним став такий: для тривалості життя та повноти функціонування людини соціально-психологічні фактори є більш значущими, ніж біологічні та генетичні; при цьому важливими є постійні стимули так званого соціального мозку (нейромереж, що забезпечують функціонування людини в соціумі): соціальне задоволення, контакти, життя без стресів, робота до вподоби, друзі, позитивні емоції тощо.

Американський психолог та нейробіолог, доктор М. Lieberman, що активно розвивав концепцію «соціального мозку», зазначив: «Старіння та його психологія, інволюційна деменція нерозривно пов'язані з поняттям „соціального мозку“ людини».

Зони мозку, залучені до соціальної поведінки, – амигдала, префронтальна кора тощо – еволюційно «наймолодші» ділянки, що страждають першими при віковій нейродегенерації. Звідси соціальні проблеми: певна аморальність поведінки, втрата самоконтролю та соціально-гігієнічних навичок.

Чому для мозку такі важливі постійні стимули? Ми живемо в парадоксальній ситуації: час із віком суб'єктивно пришвидшується, а можливості людини зменшуються. Якщо хтось каже: «Як швидко летять роки!», це є ознакою старіння його мозку. Ілюзія пришвидшення часу пояснюється зниженням швидкості обробки сигналів. У молодості кожна мить наповнена безліччю сигналів, що поширюються нейронними мережами. З віком життя часто стає стереотипним і монотонним – кожного дня ті самі рухи, дії, маршрути. Мозку нічого опрацьовувати, час минає швидко.

Серед факторів ризику нейродегенеративних хвороб – вік, генетична схильність (зокрема носії алеля АРОЕ-Е4, що підвищує ризик ХА), серцево-судинні, легеневі, ендокринні захворювання, черепно-мозкові травми, когнітивне зниження, малорухомий спосіб життя, самотність, стреси, схильність до песимізму тощо. Слід звернути особливу увагу на соціальні фактори, що залежать від самої людини: оточення, освіту, спосіб життя. Саме вони можуть підказати відповідь на запитання: «Чи будете ви пам'ятати своє ім'я у 90 років?». Адже соціальна сфера – порятунком для мозку від старечої деградації, можливість «амортизувати» біологічні фактори ризику. На практиці це означає, що треба покинути несприятливе депресивне середовище, налагодити соціальні контакти, завжди чомусь учитися, практикувати аеробні фізичні заняття.

### Діагностика й терапія пацієнтів із нейрокогнітивними розладами

Для діагностики когнітивно-мнестичних порушень використовують різні тести. Це, зокрема, короткий тест на орієнтацію, пам'ять, увагу (Katzman et al., 1983), тест на повторення цифр (Wechsler, 1945; Wade, 2000), тест Mini-Cog для швидкої оцінки короткотривалої пам'яті та зорово-просторової координації, тест малювання годинника, коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE), тест самооцінки когнітивної здатності (SAGE) тощо.

Сучасна терапія нейрокогнітивних розладів спрямована на стабілізацію об'єму нейронних ансамблів. Ефект досягається приблизно в 60% випадків і полягає переважно у сповільненні процесу «вихолощення» нейронів та реалізації можливості випереджаючого пристосування пацієнта. Слід, однак, зазначити, що ефект є тимчасовим.

Метою лікування є: відновлення/збереження рівня незалежності й функціонування пацієнта; зменшення симптомів когнітивних та інших психічних порушень (галюцинації, марення, депресія, тривожність); контроль агресії та розладів харчової, сексуальної поведінки тощо.

Провідним нейрохімічним механізмом розвитку деменції є виразна дегенерація холінергічних нейронів і, відповідно, значне зниження рівня ацетилхоліну в корі та підкіркових структурах. Виразність холінергічних порушень корелює зі ступенем деменції та загибеллю нейронів. Збільшення концентрації ацетилхоліну в мозку сприяє зростанню нейронів та збільшенню числа синапсів. Тому холінергічна фармакотерапія може розглядатися як патогенетичний вплив на механізми розвитку ХА та інших форм нейрокогнітивних розладів.

Фармакологічна стимуляція холінергічної нейромедіації передбачає активацію біосинтезу і виводу ацетилхоліну, гальмування його розпаду в синаптичній щільності (інгібітори ацетилхолінестерази [iAChE]), активацію рецепторного зв'язування.

Згідно з консенсусом Британської асоціації психофармакологів (ВАР), нині для терапії ХА рекомендовані iAChE (донепезил, ривастигмін, галантамін) та антагоністи рецепторів N-метил-D-аспартату (мемантин) (O'Brien et al., 2017). Перші схвалені для лікування легкої та середньої, а мемантин – середньотяжкої та тяжкої форм ХА. Ефективність ліків доведено в рандомізованих контрольованих дослідженнях. Спочатку призначають комбіновану терапію iAChE, потім додають мемантин. Таку схему застосовують у багатьох країнах, особливо при прогресуючій деменції. Аналогічну схему рекомендує протокол Національного інституту здоров'я і клінічного вдосконалення Великої Британії (NICE) (Pink et al., 2018).

До центральних холіноміметиків із переважною дією на ЦНС належить, наприклад, препарат Цереглія ПАТ «Київський вітамінний завод» (холіну альфосцерат). Це парасимпатоміметик, який за рахунок холіну чинить потрібну дію: поліпшує обмін інформацією між нейронами, мембранну пластичність і функцію рецепторів. Цереглія посилює метаболічні процеси та покращує церебральний кровоток, відновлює свідомість при травматичному ушкодженні мозку. Показання до призначення: дегенеративно-інволюційні мозкові психоорганічні синдроми або вторинні наслідки цереброваскулярної недостатності; порушення пам'яті, сплутаність свідомості, дезорієнтація, зниження мотивації, ініціативності та здатності до концентрації; зміни в емоційній та поведінковій сферах: емоційна нестабільність, дратівливість, байдужість до оточення; псевдомеланхолія у людей літнього віку. Препарат Цереглія застосовують по 1 капсулі (400 мг) два або три рази на добу, тривалість лікування визначають індивідуально (мінімум 3 місяці, при нейродегенерації – довічно).

Pink et al. (2018) вказують на фармакологічні втручання, визнані нині неефективними у лікуванні нейрокогнітивних розладів: біостимулятори, вітамін Е, БАДи, вітаміни групи В, фолати, статини, НПЗП, аспірин, голкорексфотерапія,

магнітна стимуляція мозку. Серед ліків, що посилюють когнітивний дефіцит і тому не застосовуються в осіб із такими порушеннями, – всі бензодіазепіни, більшість нейролептиків, зопіклон.

Слід підкреслити, що в лікуванні деменції визнані неефективними ноотропи та судинні засоби. Застосування останніх може бути доцільним лише на ранніх стадіях, до початку розвитку деменції.

Дослідження можливих шляхів терапії деменції сьогодні сфокусовані на таких механізмах: антагонізм Н<sub>3</sub>-гістамінових рецепторів, дія неселективних антигістамінових препаратів, імунотерапія, дія на нікотинові А<sub>7</sub>- та мускаринові рецептори, зменшення концентрації та агрегація гіперфосфорильованого τ-білка, пригнічення β- та γ-секретаз, стимуляція α-секретаз, зниження токсичної активності амілоїд-β-олігомерів, вплив на везикулярний транспорт, оптогенетика.

### Психосоціальні фактори у профілактиці та лікуванні когнітивних розладів

Результати дослідження упродовж 13 років за участю 20 тис. осіб показали: у збільшенні тривалості життя ключову роль відіграють відмова від куріння та алкоголю, вживання овочів і фруктів, фізична активність (Kaw, 2008). Але важливо не лише довго жити, а й зберігати ясний розум. Особам похилого віку для профілактики нейрокогнітивних розладів слід рекомендувати певні зміни способу та ставлення до життя, які б забезпечували постійні стимули «соціальному мозку».

У дослідженні, проведеному на базі лікарні Mayo Clinic (США), визначали зв'язок між особистими якостями людини, психічним станом, ступенем оптимізму/песимізму та загальною смертністю. Виявилось, що такі психологічні аспекти, як проживання в постійній тривозі та депресії, цинізм і песимізм, брак мети, асоціальність, «життя з телевизором», постійне лікування, життя без віри, об'єкта любові та турботи, відкладання життя «на майбутнє» пришвидшують процеси старіння,



О.С. Чабан

підвищують ризик когнітивних порушень та смерті через будь-які причини. Виразний песимізм збільшує ймовірність деменції на 30%, а депресивний склад особистості – на ≥40% (Grossardt et al., 2009).

Схожих висновків дійшли у дослідженні Harvard Study of Adult Development, в якому близько 80 років вивчають вплив різних факторів на стан здоров'я, якість і тривалість життя. Спостереження за другим поколінням учасників доводить: щасливими нас роблять соціальні зв'язки, а самотність шкідлива; щастя корелює з якістю та наповненням соціальних зв'язків, а гарні стосунки з оточенням захищають тіло (зменшення ризику соматичних хвороб) та психіку (зниження рівня вікової деменції).

Британський нейропсихолог D. Lewis радить для подовження активного життя читати книжки: «Читання зменшує рівень стресу за рахунок ефективного включення префронтальної кори ГМ».

На закінчення, кілька порад: негативні думки про старість, безпорадність погано впливають на самопочуття, корелюють із високою ймовірністю серцевих та мозкових катастроф. Навіть хворіючи, не слід почуватися хворим, необхідно мати об'єкт любові та піклування, бажано стабільний шлюб, треба вміти прощати. Слід завжди чомусь навчатися та працювати із задоволенням.

Підготувала Тетяна Ткаченко



**ВІДНОВЛЮЄ  
СВІДОМІСТЬ**

Choline alfoscerate  
**Цереглія®**  
При дегенеративно-інволюційній патології мозку

30 капсул м'яких по 400 мг

КІЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД  
Якість без компромісів!

Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, а також для поширення в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики.  
Рестрація посвідчення МОЗ України №УА/16976/01/01 від 04.10.2014.