


# Недементные когнитивные расстройства на примере разбора клинических случаев

**Д.Х. Хайбуллина** , <https://orcid.org/0000-0001-6883-7649>, dina.khaibullina@mail.ru

**Ю.Н. Максимов**, <https://orcid.org/0000-0002-1430-9741>, yuri\_maximov@mail.ru

**М.В. Белоусова**, <https://orcid.org/0000-0002-8804-8118>, belousova.marina@mail.ru

**Б.Э. Губеев**, <https://orcid.org/0000-0002-7072-7729>, bulat.g@list.ru

Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Бултерова, д. 36

## Резюме


Когнитивные расстройства (КР) могут развиваться при различных неврологических, психических, соматических заболеваниях, включают в себя спектр нейропсихологических изменений от недементных (легких когнитивных) расстройств до деменции. Клиническая картина определяется основным заболеванием, вызывающим развитие КР, и степенью его выраженности, проявляясь ухудшением когнитивных функций (внимания, памяти, речи, праксиса, гнозиса, управляющих функций) по сравнению с исходным уровнем. Обследование пациентов с КР включает сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование с неврологическим статусом, нейропсихологическое исследование с оценкой когнитивных функций, нейровизуализационные, лабораторные и инструментальные диагностические методы. Наиболее часто приходится проводить дифференциальную диагностику с астеническим синдромом (синдромом хронической усталости), тревожными и депрессивными расстройствами, синдромом утомляемости после перенесенной вирусной болезни, хронической ишемией головного мозга. С целью иллюстрации процесса диагностики в статье представлены три клинических наблюдения. Эффективность и безопасность для достижения указанной цели показал комбинированный препарат Винпотропил®. Терапия недементных КР должна быть направлена как на уменьшение их выраженности, так и на профилактику возможного развития деменции. Значимая роль в терапии отводится немедикаментозным методам лечения.

**Ключевые слова:** когнитивные нарушения, нарушения исполнительных функций, астения, цереброваскулярные заболевания, память, комбинированный препарат винпоцетина с пирарцетамом

**Для цитирования:** Хайбуллина ДХ, Максимов ЮН, Белоусова МВ, Губеев БЭ. Недементные когнитивные расстройства на примере разбора клинических случаев. *Медицинский совет*. 2026;20(3):65–74. <https://doi.org/10.21518/ms2026-044>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Mild cognitive impairment: A case study

**Dina Kh. Khaibullina** , <https://orcid.org/0000-0001-6883-7649>, dina.khaibullina@mail.ru

**Yuriy N. Maksimov**, <https://orcid.org/0000-0002-1430-9741>, yuri\_maximov@mail.ru

**Marina V. Belousova**, <https://orcid.org/0000-0002-8804-8118>, belousova.marina@mail.ru

**Bulat E. Gubeev**, <https://orcid.org/0000-0002-7072-7729>, bulat.g@list.ru

Kazan State Medical Academy; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia

## Abstract

Cognitive impairment can develop in various neurological, psychiatric, and somatic diseases and encompass a spectrum of neuropsychological changes from mild cognitive impairment to dementia. The clinical picture is determined by the underlying disease causing the cognitive impairment and its severity, manifesting as a deterioration in cognitive functions (attention, memory, speech, praxis, gnosis, and executive functions) compared to baseline. Examination of patients with cognitive impairment includes collecting complaints and anamnesis, a physical examination with neurological status, a neuropsychological examination with an assessment of cognitive functions, neuroimaging, laboratory, and instrumental diagnostic methods. The most common differential diagnoses include asthenic syndrome (chronic fatigue syndrome), anxiety and depressive disorders, fatigue syndrome after a viral illness, and chronic cerebral ischemia. To illustrate the diagnostic process, this article presents three clinical cases. The combination drug Vinpotropile has demonstrated efficacy and safety in achieving this goal. Treatment of mild cognitive impairment should be aimed at both reducing their severity and preventing the potential development of dementia. Non-pharmacological treatments play a significant role in therapy.

**Keywords:** cognitive impairment, executive dysfunction, asthenia, cerebrovascular disease, memory, combination drug of vinpocetine and piracetam

**For citation:** Khaibullina DKh, Maksimov YuN, Belousova MV, Gubeev BE. Mild cognitive impairment: A case study. *Meditsinskiy Sovet*. 2026;20(3):65–74. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-044>.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Когнитивные расстройства (КР) – «субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций (внимания, памяти, речи, праксиса, гнозиса, управляющих функций) по сравнению с исходным индивидуальным и образовательными уровнями вследствие заболеваний головного мозга и нарушения его функции различной этиологии, влияющее на эффективность обучения, профессиональной, социальной и бытовой деятельности» [1]. КР могут развиваться при различных неврологических, психических, соматических заболеваниях и включают в себя спектр нейропсихологических изменений от недементных (легких когнитивных) расстройств до деменции. Встречающиеся в мировой литературе сведения о распространенности КР в основном относятся к пациентам пожилого возраста и имеют широкий диапазон оценок из-за различий в изучаемых популяциях, критериях и методологии. Так, по результатам некоторых исследований, частота КР в возрастной группе 60 лет и старше составляет от 15 до 50% [2–8]. В 2022 г. был представлен систематический обзор и метаанализ распространенности в мире легких КР среди населения старше 50 лет. В исследование было включено 66 статей, охватывающих 242 804 участника. Общая распространенность легких КР составила 15,56% (95% ДИ: 13,24–18,03%), имея прямую связь с увеличением возраста и обратную – с уровнем образования [9]. Одной из причин КР является цереброваскулярная патология. В Северной Америке и Европе на долю сосудистой деменции приходится от 15 до 20% клинически диагностированных случаев [10]. В странах Азии бремя сосудистой деменции приближается к 30%, являясь ведущей причиной КР [11, 12]. При смешанной патологии распространенность КР возрастает. Так, в некоторых исследованиях было обнаружено, что КР при сочетании болезни Альцгеймера с цереброваскулярной патологией встречается в 20–38%, тогда как при чистой сосудистой патологии лишь в 12% [13–18]. Также было показано, что вероятность смешанной деменции увеличивается с возрастом [17–22]. Представить полную картину распространенности КР в РФ не представляется возможным в связи с отсутствием национальных эпидемиологических исследований и регистра пациентов [23].

Основное заболевание, вызывающее развитие КР и степень его выраженности, определяет клиническую картину [24–30]. Обследование пациентов с КР включает сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование с неврологическим статусом, нейропсихологическое исследование с оценкой когнитивных функций, нейровизуализационные, лабораторные и инструментальные диагностические методы. При сборе анамнеза обязательно следует выявить прием препаратов, способных оказывать негативное влияние на когнитивные функции.

Основным методом диагностики КР является нейропсихологическое исследование с использованием различных тестов и шкал (*табл. 1*).

Методика проведения указанных тестов описана в многочисленных источниках, что делает подробное

описание каждого из них нецелесообразным в рамках данной статьи.

Лабораторные методы исследования (*табл. 2*) проводятся с целью исключения заболеваний, которые могут являться причиной развития КР либо усугублять их течение [1].

Обязательным в диагностике КР является применение методов нейровизуализации – МРТ, КТ головного мозга. При необходимости они могут быть дополнены другими инструментальными методами (*табл. 3*) [1].

Методы лабораторной и инструментальной диагностики позволяют не только установить причину развития КР, но также выявить наличие потенциально курабельных состояний, усугубляющих их течение.

Кодирование КР может осуществляться по классам V «Психические расстройства и расстройства поведения» (F), VI «Болезни нервной системы» (G) и IX «Болезни системы кровообращения» (I) (*табл. 4*) [1].

Лечение пациента с КР зависит от основного заболевания, вызвавшего развитие когнитивных нарушений, степени их выраженности, а также имеющейся коморбидной патологии. Терапия недементных КР должна быть направлена как на уменьшение их выраженности, так и на профилактику возможного развития деменции. Убедительные доказательства, подтверждающие преимущества того или иного медикаментозного препарата в лечении недементных форм КР, на сегодняшний день отсутствуют, значимая роль в терапии отводится немедикаментозным методам лечения [1].

Примеры диагностики и лечения недементных форм КР приведены ниже.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка Н., 58 лет. Обратилась с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тревожность, снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, повышенную потливость, нарушение сна в виде трудности при засыпании и частых пробуждений, «летучие» боли в суставах ноющего характера выраженностью до 3–4 баллов по ВАШ. Описанные жалобы появились около 4 мес. назад вскоре после перенесенной коронавирусной инфекции. Хронические заболевания: гипертоническая болезнь 1-й ст., ожирение алиментарное 2-й ст. Аллергологический анамнез неотягощен.

*Данные физикального осмотра.* Общее состояние удовлетворительное. Соматический статус не изменен. Функция ходьбы не нарушена. Неврологический статус: черепные нервы без особенностей; в позе Ромберга устойчива; координаторные пробы выполняет удовлетворительно; рефлексы с верхних и нижних конечностей симметричные, оживлены; сила мышц верхних и нижних конечностей не изменена; поверхностная чувствительность – легкая гипестезия по типу «коротких носков» и «коротких перчаток»; глубокая чувствительность не изменена; дермографизм красный, широкий, разлитой, стойкий; менингеальные симптомы отрицательные; нарушение функций тазовых органов нет.

- **Таблица 1.** Тесты и шкалы для выявления когнитивных расстройств
- **Table 1.** Tests and scales used to identify cognitive disorders

Тесты и шкалы	Оцениваемые когнитивные функции	Назначение	Заболевания
Краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE)	Ориентировка во времени и месте, восприятие, память, устный счет, узнавание предметов, письменная и разговорная речь	Выявление (скрининг) и оценка тяжести когнитивного расстройства	Болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви, смешанная деменция
Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест)	Управляющие функции, внимание, зрительно-пространственные функции, гнозис, память	Выявление (скрининг) и оценка тяжести когнитивного расстройства	Сосудистые когнитивные расстройства, болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви, смешанная деменция
Тест пяти слов	Память, внимание	Скрининговая оценка типа мнестических нарушений	Болезнь Альцгеймера, сосудистые когнитивные расстройства, смешанная деменция
Тест рисования часов	Управляющие функции, зрительно-пространственные функции	Оценка зрительно-пространственных и управляющих функций	Сосудистые когнитивные расстройства, болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви, смешанная деменция
Методика вербальных ассоциаций	Речь, семантическая память, управляющие функции	Выявление нарушений речевой активности различного генеза	Болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви, сосудистые когнитивные расстройства, лобно-височная деменция
<b>Батарея тестов для оценки лобной дисфункции</b>	Управляющие функции, внимание	Определение выраженности когнитивных нарушений, связанных с нарушением функции передних отделов головного мозга и лобно-подкорковых связей	Лобно-височная деменция, сосудистые, посттравматические, дисметаболические когнитивные расстройства
Повторение цифр в прямом и обратном порядке	Внимание	Оценка способности к концентрации внимания	Сосудистые, посттравматические, дисметаболические когнитивные расстройства, болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви
Тест слежения	Внимание, управляющие функции, скорость психических процессов	Оценка внимания, скорости мыслительных процессов, зрительно-моторной координации, управляющих функций	Сосудистые, посттравматические, дисметаболические когнитивные расстройства, лобно-височная деменция, болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви
Методика таблицы Шульце	Внимание	Диагностика свойств переключения и распределения внимания, темпа и сенсомоторных реакций	Сосудистые, посттравматические, дисметаболические когнитивные расстройства, деменция с тельцами Леви
Символьно-цифровой тест	Внимание, зрительно-пространственные функции, управляющие функции, скорость психических процессов	Оценка скорости мыслительных процессов и концентрации внимания	Сосудистые, посттравматические, дисметаболические когнитивные расстройства, деменция с тельцами Леви
Тест свободного и ассоциированного селективного распознавания	Память	Диагностика нарушений памяти, в т. ч. амнестического синдрома гиппокампального (альцгеймеровского) типа	Болезнь Альцгеймера, амнестический вариант умеренных когнитивных расстройств
Бостонский тест называния	Речь, гнозис	Оценка номинативной функции речи и зрительного восприятия	Болезнь Альцгеймера, лобно-височная деменция, деменция с тельцами Леви, сосудистые когнитивные расстройства

- **Таблица 2.** Методы лабораторного исследования лиц с когнитивными расстройствами
- **Table 2.** Laboratory tests for individuals with cognitive disorders

Вид исследования	УУР*	УДД**
Общий (клинический) анализ крови и мочи	В	2
Анализ крови биохимический общетерапевтический: глюкоза, общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, уровень натрия и калия	В	2
Гликированный гемоглобин	С	4
Исследование тиреоидного профиля (свободный Т4, ТТГ)	В	2
Витамин В12, фолиевая кислота	В	2
Гомоцистеин	В	3
Определение содержания антител к NMDA-рецепторам в крови	С	4
<b>Для исключения потенциально курабельных состояний у всех пациентов с быстрым прогрессированием когнитивных расстройств</b>		
Серологический скрининг крови и ликвора на нейроинфекции (с определением суммарных антител к возбудителям иксодовых клещей <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> , к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2, к бледной трепонеме	С	4

Примечание: \* Уровень убедительности рекомендации; \*\* Уровень доказательности данных.

- **Таблица 3.** Инструментальные диагностические исследования
- **Table 3.** Diagnostic imaging investigations

Обязательные методики	
Вид исследования	Цель исследования
КТ, МРТ головного мозга	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выявление потенциально курательных заболеваний (нормотензивная гидроцефалия, хроническая субдуральная гематома, опухоль головного мозга, артериовенозная мальформация)</li> <li>• Установление локализации и выраженности патологических изменений мозговой ткани</li> </ul>
Дополнительные методики	
фМРТ, ПЭТ с фтор18-дезоксиглюкозой, однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика ранних форм когнитивных расстройств</li> <li>• Выявление лиц с высоким риском развития деменции</li> <li>• Проведение дифференциального диагноза между различными типами деменций</li> <li>• Быстрое прогрессирование деменции</li> <li>• Подтверждение органической природы заболевания в отсутствие изменений при структурной нейровизуализации</li> <li>• Прогнозирование течения заболевания</li> <li>• Оценка эффективности проводимой терапии</li> </ul>
ЭЭГ	Не имеет самостоятельного значения в рутинной диагностике хронически протекающих КР и может быть использована при остром или подостром развитии когнитивного дефицита
Эхокардиография, исключение нарушений ритма (при подозрении на сосудистые КР)	Исключение/выявление возможной сопутствующей патологии сердца
Дуплексное сканирование экстра- и интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий	Для исключения патологии магистральных артерий головы

- **Таблица 4.** Варианты кодирования когнитивных расстройств по МКБ-10
- **Table 4.** ICD-10 coding variants for cognitive disorders

Заболевания	Класс «Болезни нервной системы» (G), раздел «Цереброваскулярные заболевания» (I)	Класс «Психические расстройства и расстройства поведения» (F)
Болезнь Альцгеймера	G30.0 – Болезнь Альцгеймера с ранним началом G30.1 – Болезнь Альцгеймера с поздним началом G30.8 – Другие формы болезни Альцгеймера G30.9 – Болезнь Альцгеймера неуточненная	F00.0 – Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом F00.1 – Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом F00.2. – Деменция при болезни Альцгеймера атипичная или смешанного типа F00.9 – Деменция при болезни Альцгеймера неуточненная
Умеренное когнитивное расстройство	Кодируется в зависимости от нозологии	F06.7 – Легкое когнитивное расстройство
Сосудистые когнитивные расстройства	I69 – Последствия цереброваскулярных заболеваний I68 – Поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках I67.3 – Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия I67.8 – Другие уточненные цереброваскулярные заболевания	F01.0 – Сосудистая деменция с острым началом F01.1 – Мультиинфарктная деменция F01.2 – Подкорковая сосудистая деменция F01.3 – Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция F01.8 – Другая сосудистая деменция F01.9 – Сосудистая деменция неуточненная
Смешанная деменция	G30.8 – Другие формы болезни Альцгеймера.	F00.2. – Деменция при болезни Альцгеймера атипичная или смешанного типа
Деменция с тельцами Леви	G31.8 – Другие уточненные дегенеративные болезни нервной системы	F02.8 – Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других рубриках
Лобно-височная деменция	G31.0 – Ограниченная атрофия головного мозга	F02.0 – Деменция при болезни Пика

**Результаты проведенных диагностических тестов:** ВАШ астении – 7 баллов; оценка состояния вегетативной нервной системы (субъективная/объективная шкалы) – 18/27 баллов; тест Спилбергера (реактивная/личностная тревога) – 47/40 баллов; опросник Бека – 15 баллов; шкала MFI-20: общий балл – 74, общая астения – 13 баллов, физическая астения – 17 баллов, пониженная активность – 13 баллов, снижение мотивации – 15 баллов, психическая астения – 16 баллов; МоСА-тест – 24 балла; MMSE – 27 баллов.

Проведенная лабораторная и инструментальная диагностика, включая методы нейровизуализации (МРТ головного мозга), значимых изменений не выявили.

На основании анализа жалоб, анамнеза, данных физического и параклинических методов исследования, а также проведенных нейропсихологических тестов был выставлен диагноз: «Легкое когнитивное расстройство (F06.7). Синдром утомляемости после перенесенной вирусной болезни (G93.3). Состояние после COVID-19 неуточненное (U09.9). Полиневропатия неуточненная

(G62.9). Гипертоническая болезнь 1-й ст. (I10). Ожирение 2-й ст. (E66.0)».

Назначено лечение: комбинированный препарат Винпотропил® (винпоцетин 5 мг + пирацетам 400 мг) по 1 капсуле 3 раза в день, высокодозный комбинированный препарат витаминов группы В, препарат из группы НПВС, немедикаментозные методы терапии (лечебная гимнастика, массаж, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), низкокалорийная диета). Назначение препарата Винпотропил® было обусловлено тем, что он снижает резистентность сосудов головного мозга, вызывает незначительное снижение общего артериального давления, улучшает энергетический обмен клеток мозга, оказывает антиоксидантное и нейропротекторное действие, а также улучшает память и когнитивные функции. Рекомендованное лечение пациентка получала на протяжении 1 мес. На контрольном осмотре через 2 нед. от начала терапии пациентка отметила полное купирование болевого синдрома в суставах при сохранении других описанных жалоб, что позволило исключить препарат группы НПВС из дальнейшей терапии. Второй контрольный осмотр был проведен через 1 мес. от начала терапии. Пациентка выразила удовлетворение проведенной терапией в связи со значительным улучшением общего самочувствия, памяти, полным исчезновением тревожности, что было подтверждено результатами повторного тестирования. Динамика показателей тестирования представлена в *табл. 5*.

При этом продолжала сохраняться легкая гипестезия в дистальных отделах верхних и нижних конечностей, что послужило поводом рекомендовать проведение ЭНМГ с целью уточнения формы полиневропатии для проведения коррекции лечения. Кроме того, пациентке была рекомендована консультация психотерапевта в связи с сохранением субдепрессии (по шкале депрессии Бека) и эндокринолога.

● **Таблица 5.** Динамика показателей тестирования

● **Table 5.** Changes in lab test results

Тесты	Показатели до лечения	Показатели через 30 дней
ВАШ астении	7 баллов	3 балла
Оценка состояния вегетативной нервной системы		
• по субъективной шкале	18 баллов	14 баллов
• по объективной шкале	27 баллов	22 балла
Тест Спилбергера		
• реактивная тревога	47 баллов	43 балла
• личностная тревога	40 баллов	37 баллов
Шкала депрессии Бека	15 баллов	14 баллов
Шкала MFI-20		
• общий балл	74 балла	52 балла
• общая астения	13 баллов	10 баллов
• физическая астения	17 баллов	13 баллов
• пониженная активность	13 баллов	10 баллов
• снижение мотивации	15 баллов	9 баллов
• психическая астения	16 баллов	10 баллов
МоСА-тест	24 балла	27 баллов
MMSE	26 баллов	28 баллов

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациент К., 41 год, обратился к нейропсихологу, желая «протестировать» память и внимание, поскольку был обеспокоен их неоптимальным функционированием. На момент обращения предъявлял жалобы на затруднения при выполнении интеллектуальных задач («не сразу могу понять суть задания»), снижение концентрации внимания («не могу удержать внимание на деталях разговора по рабочим вопросам», «повторно задаю вопросы, на которые уже получал ответ», «не могу долго читать журналы, книги, отвлекаюсь после 3–4 абзацев»), забывчивость («забываю где оставил вещи, о предварительных договоренностях, плане действий на ближайшие полдня»), повышенную раздражительность («излишне эмоционально реагирую на несущественные моменты»), снижение мотивации к деятельности и к социальной активности («нет желания работать и общаться с людьми»).

**Анамнез.** Указанные жалобы появились 1–2 года назад и постепенно нарастают, что, по мнению пациента, отражается на его профессиональной эффективности (работает менеджером по продажам, что сопряжено с необходимостью конкурировать с другими сотрудниками и постоянным стрессом). В возрасте 35 лет перенес ишемический инсульт в бассейне передней мозговой артерии (левая лобная доля). После выписки был вынужден быстро вернуться к работе, не смог должным образом пройти курс нейрореабилитации. Иные возможные причины снижения когнитивного функционирования (перенесенные нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, операции, прием запрещенных психоактивных веществ и т. д.) пациент отрицает.

При беседе: сознание ясное, контакт сохранен; полностью ориентирован в месте, времени, собственной личности. Эмоциональный фон несколько снижен. Речь связная, но слегка замедлена, с паузами для поиска и подбора слов. На вопросы отвечает по существу, кратко, без инициативы к развернутому описанию.

Нейропсихологическое исследование (по методике А.Р. Лурии) выявило нарушения программирования и контроля (ошибки в пробе «100 минус 7», трудности удержания инструкции); снижение устойчивости и переключения внимания (падение темпа в корректурных пробах на 35%); нейродинамическую истощаемость (резкое снижение продуктивности к концу серии заданий).

Проведенные тесты показали следующие результаты: батарея тестов для оценки лобной дисфункции (The Frontal Assessment Battery) – 12 баллов (умеренная лобная дисфункция, снижение исполнительных функций), MMSE – 27 баллов (недементные когнитивные нарушения), ВАШ астении – 7 баллов (умеренно выраженная астения).

По результатам проведенного тестирования нейропсихологом была рекомендована консультация невролога и психиатра с целью постановки клинического диагноза и проведения адекватного лечения.

**Данные физического осмотра.** Общее состояние удовлетворительное. Соматический статус не изменен.

Функция ходьбы не нарушена. Неврологический статус: черепные нервы без особенностей; в позе Ромберга – покачивание; координаторные пробы выполняет удовлетворительно; рефлексы с верхних и нижних конечностей симметричные, живые; сила мышц верхних и нижних конечностей не изменена; поверхностная чувствительность не нарушена; глубокая чувствительность не изменена; менингеальные симптомы отрицательные; нарушений функций тазовых органов нет.

Проведенная лабораторная диагностика изменений не выявила.

Данные нейровизуализации (МРТ головного мозга) подтвердили органическое поражение лобных структур слева в бассейне передней мозговой артерии (очаг глиоза в медиальной части левой лобной доли, умеренная локальная атрофия лобной коры слева, расширение переднего рога бокового желудочка слева), что согласуется с выявленным профилем нейропсихологических нарушений: снижением инициативы, трудностями программирования речи и исполнительных функций.

Диагноз: «Легкое когнитивное расстройство (F06.7). Последствия перенесенного ишемического инсульта в бассейне передней мозговой артерии (I69.4)».

Рекомендовано: Винпотропил® (винпоцетин 10 мг + пирацетам 800 мг) по 1 таблетке 3 раза в день независимо от приема пищи (последний прием – за 4 ч до сна) в течение 3 мес. с последующим переходом на Винпотропил® (винпоцетин 5 мг + пирацетам 400 мг) по 1 капсуле 3 раза в день в течение 1 мес.; ацетилсалициловая кислота 100 мг в сутки постоянно; курс нейропсихологической коррекции (тренировка внимания, рабочей памяти, исполнительных функций); КПТ; ЛФК; динамическое наблюдение.

В описанном клиническом примере пациенту был назначен курсовой прием комбинированного препарата Винпотропил® в течение 4 мес. (согласно инструкции к препарату). Препарат повышает резистентность церебральных клеток к кислородному голоданию, облегчая доставку кислорода и энергетических субстратов к тканям. Это достигается за счет активизации потребления и метаболизма глюкозы, а также перехода на аэробные пути энергообразования. Улучшается микроциркуляция в головном мозге благодаря снижению агрегации тромбоцитов, уменьшению вязкости крови и повышению эластичности эритроцитов. Винпотропил® не вызывает феномена обкрадывания, направляя кровоток в ишемизированные участки мозга, при этом не затрагивая кровоснабжение здоровых зон. Активизируется интегративная функция мозга, улучшается память, ускоряется процесс обучения.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

Пациентка З., 62 года, обратилась с жалобами на повышенную утомляемость («быстро устаю»), снижение памяти на текущие события, забывчивость («забываю слова», «захожу в комнату и не помню, зачем пришла»), затруднения с концентрацией внимания, тревогу, нарушение сна в форме частых пробуждений, отсутствие ощущения

отдыха после сна, периодические головные боли ноющего характера в лобно-височной области.

*Анамнез:* жалобы появились около 5 лет назад без явной причины. Клинические проявления имеют тенденцию к нарастанию. Хронические заболевания: дегенеративное заболевание позвоночника, гастрит вне стадии обострения.

*Данные физического осмотра.* Общее состояние удовлетворительное. Соматический статус не изменен. Функция ходьбы не нарушена. Неврологический статус: черепные нервы – нистагмозид при крайних отведениях глазных яблок; в позе Ромберга – покачивание; легкий тремор пальцев вытянутых рук, уменьшающийся при выполнении пальценосовой пробы, координаторные пробы выполняет с легким мимопаданием; рефлексы повышены без разницы сторон, положителен рефлекс Россолимо – Вендеровича с обеих рук; сила мышц верхних и нижних конечностей не изменена; поверхностная и глубокая чувствительность не изменены; менингеальные симптомы отсутствуют; нарушений функций тазовых органов нет.

Результаты тестирования: MMSE – 25 баллов (легкое когнитивное расстройство); MoCA-тест – 24 балла; госпитальная шкала тревоги/депрессии (HADS) – 11/9 (клинически выраженная тревога, субклинически выраженная депрессия).

Анализ крови общий в пределах референсных значений. Биохимический анализ крови: холестерин общий – 8,2 ммоль/л, ЛПВП – 1,7 ммоль/л, ЛПНП – 4,4 ммоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, МНО – 1,2, АЧТВ – 27.

МРТ головного мозга: множественные сосудистые очаги, локализующиеся преимущественно перивентрикулярно, умеренное расширение субарахноидального пространства в лобной области. УЗИ сосудов интракраниальных и экстракраниальных: стеноз 30% правой ВСА и 45% левой ВСА за счет атеросклеротических бляшек, гипоплазия левой позвоночной артерии.

Диагноз: «Легкое когнитивное расстройство (F06.7). Дисциркуляторная энцефалопатия (хроническая ишемия головного мозга (I67.8)). Атеросклероз БЦА (I67.2). Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)».

В дополнение к получаемой на постоянной основе по рекомендации кардиолога терапии (розувастатин 20 мг в сутки и ацетилсалициловая кислота 100 мг в сутки), пациентке был назначен Винпотропил® (винпоцетин 10 мг + пирацетам 800 мг) по 1 таблетке 3 раза в день независимо от приема пищи (последний прием – за 4 ч до сна) в течение 4 мес. с последующим переходом на Винпотропил® по 1 капсуле (винпоцетин 5 мг + пирацетам 400 мг) 3 раза в день в течение 2 мес. (общий курс – 6 мес.). Выбор препарата Винпотропил® обусловлен фармакологическими свойствами его составляющих: винпоцетина и пирацетама. Показанием к применению препарата Винпотропил® является недостаточность мозгового кровообращения, сопровождающаяся снижением интеллектуально-мнестических функций. На контрольном осмотре через 3 мес. от начала терапии препаратом Винпотропил® пациентка отметила возрастание

концентрации внимания и способности к запоминанию новой информации, повышение активности, снижение тревожности и улучшение качества сна, что объективно подтверждалось результатами динамических изменений тестов.

## ОБСУЖДЕНИЕ

КР могут быть представлены в диапазоне от недементных нарушений до деменции. Выраженность недементных КР варьирует от субъективного ощущения когнитивного дефицита до умеренных когнитивных нарушений. Граница между недементными расстройствами и начальными проявлениями деменции весьма размыта, уровень чувствительности имеющихся нейропсихологических тестов пропорционален степени выраженности деменции. Пациенты с КР и их родственники часто не отмечают наличие этих расстройств, считают их проявлением возрастных изменений, не обращаются за медицинской помощью, поэтому большинство (76%) случаев КР диагностируются на стадии умеренной или выраженной деменции [31]. Имеются данные, что период от момента появления патоморфологических изменений головного мозга до клинической манифестации КР может достигать 20 лет [32]. Легкие когнитивные нарушения можно рассматривать как переходную стадию между здоровым старением и деменцией, которая может быть потенциальной целью для вмешательств, направленных на замедление прогрессирования деменции.

Диагностика недементных КР в основном базируется на анализе результатов нейропсихологического тестирования. Дифференциальный диагноз приходится проводить с астеническим синдромом (синдромом хронической усталости), тревожными и депрессивными расстройствами, синдромом утомляемости после перенесенной вирусной болезни, хронической ишемией головного мозга. Наибольшую сложность представляет дифференциальная диагностика с астеническим синдромом, который в англоязычной литературе традиционно обозначается как «синдром хронической усталости» [33, 34]. Астения также не имеет единой классификации, четких диагностических критериев и кодировки в МКБ-10 [35]. Общими для КР и астенического синдрома являются жалобы (быстрая утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение памяти, затруднения с концентрацией внимания, невозможность сосредоточиться на выполнении интеллектуальных задач и т. д.) и клиническая симптоматика (эмоциональные, когнитивные, мотивационные расстройства, нарушения сна) [36, 37]. Физикальное исследование позволяет выявить первопричину развития астении, не являясь при этом инструментом диагностики самого астенического синдрома. Диагностика, так же как и при КР, основывается на анализе результатов шкал и опросников. Нейропсихологическое обследование выявляет признаки нейродинамической истощаемости: при выполнении серии корректурных проб отмечается достоверное снижение темпа работы и увеличение числа ошибок; фиксируются трудности в переключении

внимания (например, по данным пробы «Красно-черная таблица») и снижение регуляторных функций (например, по Frontal Assessment Battery). Полученные данные согласуются с клинической картиной астенического синдрома и нередко указывают на первопричину развития астении.

В приведенных клинических наблюдениях пациенты обращались к разным специалистам со схожими жалобами. Ведущая роль в постановке диагноза принадлежала тщательному анализу полученной информации, в результате чего стало возможным выявить причину развития клинической симптоматики и сформулировать различные диагнозы для последующего проведения адекватного лечения. В комплексную терапию целесообразно включать когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) с акцентом на образовательную программу, обучение стратегиям компенсации когнитивных трудностей и эмоциональной регуляции. Цель КПТ – коррекция деструктивных мыслей, работа с реакциями на когнитивные трудности. Может быть применена терапия принятия и осознанности (Acceptance and Commitment Therapy), сфокусированная на принятии возникших ограничений, планировании своей активности в соответствии с собственными возможностями, осознанность в проживании момента. Рекомендуется вовлечение в процесс поддержки лиц близкого окружения – членов семьи, друзей.

Как уже отмечалось выше, в настоящее время отсутствуют убедительные доказательства преимуществ одних медикаментозных препаратов перед другими. Медикаментозная составляющая лечения пациентов с КР должна отвечать основным задачам: улучшать гемодинамику головного мозга, стимулировать обменные процессы, повышать устойчивость клеток головного мозга к гипоксии. Этим требованиям отвечает комбинированный препарат Винпотропил®. Винпоцетин и пирацетам, входящие в его состав, взаимно дополняют друг друга и усиливают клинический эффект при совместном применении (табл. 6), что показано в имеющихся исследованиях [38–45].

Показания и противопоказания к применению препарата Винпотропил® представлены в табл. 7.

Препарат Винпотропил® выпускается в двух формах: 1 таблетка содержит винпоцетин 10 мг и пирацетам 800 мг; 1 капсула содержит винпоцетин 5 мг и пирацетам 400 мг, принимается внутрь, независимо от приема пищи, 2–3 раза в день. Последний прием препарата рекомендуется не позднее чем за 4 ч до сна. Длительность курса лечения составляет от 2 нед. до 6 мес. в зависимости от клинической картины. Рекомендована постепенная отмена препарата путем снижения дозировки.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Распространенность недементных когнитивных нарушений среди населения превышает 15% и зависит от возраста, уровня образования и региона проведения исследования. КР могут наблюдаться при различных патологических состояниях, а также их сочетании. Важным моментом в процессе диагностики КР является исключение

● **Таблица 6.** Комбинированный эффект препарата Винпотропил®  
 ● **Table 6.** Combined effect of Vinpotropil®

Эффекты	Винпоцетин	Пирацетам
Гемореологическое действие	Снижает агрегацию тромбоцитов	Повышает способность эритроцитов к прохождению через сосуды за счет улучшения текучести их мембраны, снижает агрегацию тромбоцитов
Улучшение кровоснабжения головного мозга	Улучшает кровоснабжение ишемизированных участков	Усиливает мозговой кровоток
Улучшение энергетического обмена клеток мозга	Поддерживает мембранный потенциал митохондрий (связываясь с транслаторным белком TSP0), что необходимо для эффективного синтеза АТФ	Изменяет текучесть митохондриальной мембраны, повышает проницаемость для субстратов цикла Кребса, увеличивает синтез АТФ
Антиоксидантное действие	Снижает концентрацию активных форм кислорода, блокирует перекисное окисление липидов	Повышает устойчивость мембран к оксидативному стрессу, активирует ферменты антиоксидантной системы
Нейропротекторное действие	Предотвращает апоптоз нейронов	Усиливает утилизацию кислорода в мозге, предотвращает апоптоз нейронов, обладает мембраностабилизирующим действием, стимулирует альтернативные механизмы поддержания энергетического обмена
Улучшение памяти и когнитивных функций	Активация волокон <i>locus coeruleus</i>	Воздействует на вещества, которые потенцируют нейрогенез

● **Таблица 7.** Показания и противопоказания к применению препарата Винпотропил®  
 ● **Table 7.** Indications and contraindications of Vinpotropil®

Показания	Противопоказания	Особые указания
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интеллектуально-мнестические нарушения</li> <li>• Последствия ишемического инсульта</li> <li>• Сосудистая вертебробазилярная недостаточность</li> <li>• Сосудистая деменция</li> <li>• Атеросклероз сосудов головного мозга</li> <li>• Посттравматическая энцефалопатия</li> <li>• Гипертоническая энцефалопатия</li> <li>• Хронические сосудистые заболевания сетчатки и сосудистой оболочки глаза</li> <li>• Снижение слуха перцептивного типа</li> <li>• Болезнь Меньера</li> <li>• Шум в ушах</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышенная чувствительность к винпоцетину, пирацетаму или производным пирролидона, а также другим компонентам препарата</li> <li>• Беременность</li> <li>• Период грудного вскармливания</li> <li>• Выраженные нарушения ритма сердца</li> <li>• Ишемическая болезнь сердца (тяжелое течение)</li> <li>• Острая стадия геморрагического инсульта</li> <li>• Почечная и/или печеночная недостаточность</li> <li>• Болезнь Гентингтона</li> <li>• Дети до 18 лет (в связи с недостаточностью данных)</li> </ul>	<p>Пациенты с редкими наследственными заболеваниями, такими как непереносимость лактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция, не должны принимать препарат</p>

потенциально курабельных состояний. Терапевтические подходы к ведению пациентов с легкими КР требуют дальнейшей разработки. Использование в лечении комбинированных препаратов позволяет снизить риск полипрагмазии и повышает приверженность пациентов к терапии. Обосновано включение в схемы лечения немедикаментозных методов. Наличие в составе препарата Винпотропил® двух компонентов – винпоцетина,

улучшающего кровообращение и метаболизм головного мозга, и ноотропа пирацетама позволяет рекомендовать его широкому кругу пациентов с когнитивными нарушениями сосудистого и смешанного генеза различной степени выраженности.



Поступила / Received 03.12.2025  
 Поступила после рецензирования / Revised 19.01.2026  
 Принята в печать / Accepted 24.02.2026

— **Список литературы / References** —

1. Ткачева ОН, Яхно НН, Незнанов НГ, Шпорт СВ, Шамалов НА, Левин ОС и др. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2025;125(3-3):7–149. <https://doi.org/10.17116/jnevro2025125337>.  
 Tkacheva ON, Yakhno NN, Neznanov NG, Shport SV, Shamalov NA, Levin OS et al. Clinical guidelines "Cognitive disorders in the elderly and senile persons". *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2025;125(3-3):7–149. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2025125337>.
2. Jia L, Du Y, Chu L, Zhang Z, Li F, Lyu D et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study. *Lancet Public Health*. 2020;5(12):e661–e671. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30185-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30185-7).
3. Ward A, Arrighi HM, Michels S, Cedarbaum JM. Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. *Alzheimers Dement*. 2012;8(1):14–21. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.01.002>.
4. Яхно НН, Преображенская ИС, Захаров ВВ, Степкина ДА, Локшина АВ, Мхитарян ЕА и др. Распространенность когнитивных нарушений при неврологических заболеваниях (анализ работы специализированного амбулаторного приема). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2012;4(2):30–35. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2012-378>.  
 Yakhno NN, Preobrazhenskaya IS, Zakharov VV, Stepkina DA, Lokshina AB, Mkhitarayan EA et al. Prevalence of cognitive impairments in neurological diseases: Analysis of the activities of a specialized outpatient reception office. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2012;4(2):30–35. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2012-378>.
5. Ткачева ОН, Мхитарян ЭА, Исаев РИ, Рунихина НК, Шарашкина НВ, Котовская ЮВ и др. Распространенность когнитивных нарушений у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей. *Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений*. 2022;(2):200–202. <https://doi.org/10.24412/2226-079X-2022-12466>.  
 Tkacheva ON, Mkhitarayan EA, Isaev RI, Runikhina NK, Sharashkina NV, Kotovskaya SE et al. Prevalence of cognitive impairment in elderly, senile people and centenarians. *Bulleten Natsionalnogo Obshchestva po Izucheniyu Bolezni Parkinsona i Rasstroystv Dvizheniy*. 2022;(2):200–202. (In Russ.) <https://doi.org/10.24412/2226-079X-2022-12466>.

6. Мхитарян ЭА, Воробьева НМ, Ткачева ОН, Котовская ЮВ, Коберская НН, Селезнева ЕВ, Овчарова ЛН. Распространенность когнитивных нарушений и их ассоциация с социально-экономическими, демографическими и антропометрическими факторами и гериатрическими синдромами у лиц старше 65 лет: данные российского эпидемиологического исследования ЭВКАЛИПТ. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(3):44–53. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-3-44-53>.
7. Mkhitarian EA, Vorobieva NM, Tkacheva ON, Kotovskaya YV, Koberskaya NN, Selezneva EV, Ovcharova LN. The prevalence of cognitive impairment and their association with socioeconomic, demographic and anthropometric factors and geriatric syndromes in people over 65 years of age: data from the Russian epidemiological study EVKALIPT. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(3):44–53. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-3-44-53>.
8. Sachdev PS, Lipnicki DM, Kochan NA, Crawford JD, Thalamuthu A, Andrews G et al. The Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Diverse Geographical and Ethnocultural Regions: The COSMIC Collaboration. *PLoS ONE*. 2015;10(11):e0142388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142388>.
9. Bai W, Chen P, Cai H, Zhang Q, Su Z, Cheung T et al. Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older: a meta-analysis and systematic review of epidemiological studies. *Age Ageing*. 2022;51(8):afac173. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac173>.
10. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, Decarli C, Greenberg SM, Iadecola C et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42(9):2672–2713. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3182299496>.
11. Chan KY, Wang W, Wu JJ, Liu L, Theodoratou E, Car J et al. Epidemiology of Alzheimer's disease and other forms of dementia in China, 1990–2010: a systematic review and analysis. *Lancet*. 2013;381(9882):2016–2023. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60221-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60221-4).
12. Jhoo JH, Kim KW, Huh Y, Lee SB, Park JH, Lee JJ et al. Prevalence of dementia and its subtypes in an elderly urban Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(3):270–276. <https://doi.org/10.1159/000160960>.
13. Brayne C, Richardson K, Matthews FE, Fleming J, Hunter S, Xuereb JH et al. Neuropathological correlates of dementia in over-80-year-old brain donors from the population-based Cambridge city over-75 s cohort (CC75C) study. *J Alzheimers Dis*. 2009;18(3):645–658. <https://doi.org/10.3233/JAD-2009-1182>.
14. Matsui Y, Tanizaki Y, Arima H, Yonemoto K, Doi Y, Ninomiya T et al. Incidence and survival of dementia in a general population of Japanese elderly: the Hisayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80(4):366–370. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2008.155481>.
15. Suemoto CK, Ferretti-Rubustini RE, Rodriguez RD, Leite RE, Soterio L, Brucki SM et al. Neuropathological diagnoses and clinical correlates in older adults in Brazil: a cross-sectional study. *PLoS Med*. 2017;14(3):e1002267. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002267>.
16. Troncoso JC, Zonderman AB, Resnick SM, Crain B, Pletnikova O, O'Brien RJ. Effect of infarcts on dementia in the Baltimore longitudinal study of aging. *Ann Neurol*. 2008;64(2):168–176. <https://doi.org/10.1002/ana.21413>.
17. Azarpazhooh MR, Avan A, Cipriano LE, Munoz DG, Sposato LA, Hachinski V. Concomitant vascular and neurodegenerative pathologies double the risk of dementia. *Alzheimers Dement*. 2018;14(2):148–156. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.07.755>.
18. Schneider JA, Arvanitakis Z, Bang W, Bennett DA. Mixed brain pathologies account for most dementia cases in community-dwelling older persons. *Neurology*. 2007;69(24):2197–2204. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000271090.28148.24>.
19. Kapasi A, DeCarli C, Schneider JA. Impact of multiple pathologies on the threshold for clinically overt dementia. *Acta Neuropathol*. 2017;134(2):171–186. <https://doi.org/10.1007/s00401-017-1717-7>.
20. Power MC, Mormino E, Soldan A, James BD, Yu L, Armstrong NM et al. Combined neuropathological pathways account for age-related risk of dementia. *Ann Neurol*. 2018;84(1):10–22. <https://doi.org/10.1002/ana.25246>.
21. Chang Wong E, Chang Chui H. Vascular Cognitive Impairment and Dementia. *Continuum*. 2022;28(3):750–780. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001124>.
22. Levine DA, Springer MV, Brodtmann A. Blood Pressure and Vascular Cognitive Impairment. *Stroke*. 2022;53(4):1104–1113. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.036140>.
23. Чердак МА, Мхитарян ЭА, Шарашкина НВ, Остапенко ВС, Исаев РИ, Сейфединова АБ и др. Распространенность когнитивных расстройств у пациентов старшего возраста в Российской Федерации. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(4):5–11. <https://doi.org/10.17116/jnevro20241240425>.
24. Cherdak MA, Mkhitarian EA, Sharashkina NV, Ostapenko VS, Isaev RI, Seyfedinova AB et al. Prevalence of cognitive impairment in older adults in the Russian Federation. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2024;124(4):5–11. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro20241240425>.
25. Парфенов ВА, Силина ЕВ, Даниелян АР. Диагноз и лечение когнитивных нарушений в амбулаторной практике. *Медицинский совет*. 2025;19(13):48–54. <https://doi.org/10.21518/ms2025-266>.
26. Parfenov VA, Silina EV, Danielyan AR. Diagnosis and treatment of cognitive impairment in outpatient practice. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(13):48–54. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-266>.
27. Парфенов ВА, Силина ЕВ. Когнитивные нарушения у пациентов с хронической ишемией головного мозга (дисциркуляторной энцефалопатией). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2025;17(3):120–126. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-3120-126>.
28. Parfenov VA, Silina EV. Cognitive impairment in patients with chronic cerebral ischemia (discirculatory encephalopathy). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(3):120–126. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/20742711-2025-3-120-126>.
29. Камчатнов ПР, Митяева ЕВ, Чугунов АВ, Евзельман МА. Болезнь мелких церебральных артерий. *Поведенческая неврология*. 2021;(1):52–58. [https://doi.org/10.46393/2712-9675\\_2021\\_1\\_52-58](https://doi.org/10.46393/2712-9675_2021_1_52-58).
30. Kamchatnov PR, Mityaeva EV, Chugunov AV, Evzelman MA. Small cerebral artery disease. *Behavioral Neurology*. 2021;(1):52–58. (In Russ.) [https://doi.org/10.46393/2712-9675\\_2021\\_1\\_52-58](https://doi.org/10.46393/2712-9675_2021_1_52-58).
31. Есин РГ, Горобец ЕА, Шарафеев ЭФ, Маштакова АИ. Болезнь церебральных мелких сосудов и рассеянный склероз: сходства и различия. *Медицинский совет*. 2025;19(12):22–29. <https://doi.org/10.21518/ms2025-222>.
32. Esin RG, Gorobets EA, Sharafееv EF, Mashtakova AI. Cerebral small vessel disease and multiple sclerosis: Similarities and differences. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(12):22–29. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-222>.
33. Хабиров ФА, Рахматуллина ЭФ, Кочергина ОС, Хайбуллина ДХ. Диагностика и терапия когнитивных нарушений при хронической ишемии мозга. *Медицинский совет*. 2025;19(3):71–80. <https://doi.org/10.21518/ms2025-102>.
34. Khabirov FA, Rakhmatullina EF, Kochergina OS, Khaibullina DKh. Diagnosis and therapy of cognitive impairment in chronic cerebral ischemia. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(3):71–80. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-102>.
35. Есин РГ, Горобец ЕА, Есин ОР, Маштакова АИ. Хроническая травматическая энцефалопатия. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2025;125(8):16–24. <https://doi.org/10.17116/jnevro202512508116>.
36. Esin RG, Gorobets EA, Esin OR, Mashtakova AI. Chronic traumatic encephalopathy. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2025;125(8):16–24. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202512508116>.
37. Ковальчук ВВ, Баранцевич ЕР, Дроздова МС, Нестерин КВ. Когнитивная недостаточность как проявление различных нейродегенеративных и ангионеврологических заболеваний. *Эффективная фармакотерапия*. 2023;19(54):46–54. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2023-19-54-46-54>.
38. Kovachuk VV, Barantsevich ER, Drozdova MS, Nesterin KV. Cognitive failure as a Manifestation of Various Neurodegenerative and Angioneurological Diseases. *Effective Pharmacotherapy*. 2023;19(54):46–54. (In Russ.) <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2023-19-54-46-54>.
39. Woods B, Arosio F, Diaz A, Gove D, Holmerová I, Kinnaird L et al. Timely diagnosis of dementia? Family carers' experiences in 5 European countries. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(1):114–121. <https://doi.org/10.1002/gps.4997>.
40. Dubois B, Hampel H, Feldman HH, Scheltens P, Aisen P, Andrieu S et al. Preclinical Alzheimer's disease: Definition, natural history, and diagnostic criteria. *Alzheimers Dement*. 2016;12(3):292–323. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.02.002>.
41. Котова ОВ, Акарачкова ЕС. Астенический синдром в практике невролога и семейного врача. *РМЖ*. 2016;(13):824–829. Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Astenicheskiy\\_sindrom\\_v\\_praktike\\_nevrologa\\_i\\_semejnogo\\_vracha](https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Astenicheskiy_sindrom_v_praktike_nevrologa_i_semejnogo_vracha).
42. Kotova OV, Akarachkova ES. Asthenic syndrome in neurological and family doctor practice. *RMJ*. 2016;(13):824–829. (In Russ.) Available at: [https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Astenicheskiy\\_sindrom\\_v\\_praktike\\_nevrologa\\_i\\_semejnogo\\_vracha](https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Astenicheskiy_sindrom_v_praktike_nevrologa_i_semejnogo_vracha).
43. Хайбуллина ДХ, Максимов ЮН. Астенический постковидный синдром. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(3):61–69. <https://doi.org/10.17116/jnevro202312303161>.
44. Khaibullina DKh, Maksimov YN. Asthenic post-COVID syndrome. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2023;123(3):61–69. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202312303161>.
45. Young P, Finn BC, Bruetman J, Pellegrini D, Kremer A. The chronic asthenia syndrome: a clinical approach. *Medicina*. 2010;70(3):284–292. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20529781>.
46. Stormorken E, Jason LA, Kirkevold M. From good health to illness with post-infectious fatigue syndrome: a qualitative study of adults' experiences of the illness trajectory. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):49–52. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0614-4>.
47. Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wright D. The prevalence and morbidity of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospec-

- tive primary care study. *Am J Public Health*. 1997;87(9):1449–1455. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.9.1449>.
38. Захаров ВВ, Локшина АВ, Стаховская ЛВ, Тимирбаева СЛ. Опыт применения комбинированного препарата винпотропил при дисциркуляторной энцефалопатии I–II стадии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2007;107(9):76–78. Режим доступа: <https://medi.ru/info/2210/>.
  - Zakharov VV, Lokshina AV, Stakhovskaya LV, Timerbaeva SL, Lagoda OV. Vinpotropil in the treatment of dyscirculatory encephalopathy with cognitive impairment without dementia. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2007;107(9):76–78. (In Russ.) Available at: <https://medi.ru/info/2210/>.
  39. Филимонов ВА, Ключева ВН, Кондрашова ИН. Винпотропил в лечении сосудистых заболеваний головного мозга. *Психофармакология и биологическая наркология*. 2005;5(1):827–831. Режим доступа: <https://elibrary.ru/hspbrv>.
  - Filimonov VA, Klyueva VN, Kondrashova IN. Vinpotropile in therapy of vascular diseases of the brain. *Psychopharmacology and Biological Narcolology*. 2005;5(1):827–831. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/hspbrv>.
  40. Иванова НЕ, Панунцев ВС. Опыт применения винпотропила при хронической ишемии мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2008;108(1):73–75. Режим доступа: <https://elibrary.ru/ijrupf>.
  - Ivanova NE, Panuntsev VS. The use of vinpotropile in chronic brain ischemia. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2008;108(1):73–75. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/ijrupf>.
  41. Яхно НН, Захаров ВВ. Применение винпотропила при дисциркуляторной энцефалопатии с недементными когнитивными нарушениями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2010;110(11):13–16. Режим доступа: <https://medi.ru/info/2210>.
  - Yakhno NN, Zakharov VV. Vinpotropil in the treatment of dyscirculatory encephalopathy with cognitive impairment without dementia. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2010;110(11):13–16. (In Russ.) Available at: <https://medi.ru/info/2210>.
  42. Камчатнов ПР, Евзельман МА, Морозова ЮА. Возможности комбинированной терапии пациентов с хроническими расстройствами мозгового кровообращения. *Поликлиника*. 2017;2(2):73–78. Режим доступа: [https://poliklin.ru/article2017\\_2\(2\)\\_73.php](https://poliklin.ru/article2017_2(2)_73.php).
  - Kamchatnov PR, Evzelman MA, Morozova YuA. Possibilities of combination therapy for patients with chronic cerebrovascular disorders. *Poliklinika*. 2017;2(2):73–78. (In Russ.) Available at: [https://poliklin.ru/article2017\\_2\(2\)\\_73.php](https://poliklin.ru/article2017_2(2)_73.php).
  43. Zhang J, Wei R, Chen Z, Luo B. Piracetam for Aphasia in Post-stroke Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *CNS Drugs*. 2016;30(7):575–587. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0348-1>.
  44. Котова ОВ, Акарачкова ЕС. Сосудистые когнитивные нарушения. Роль оригинальной комбинации Винпотропил в их коррекции. *Поликлиника*. 2017;3(1):17–20. Режим доступа: [https://poliklin.ru/article2017\\_1\(1\)\\_17.php](https://poliklin.ru/article2017_1(1)_17.php).
  - Kotova O.V., Akarachkova E.S. Vascular cognitive impairment. The role of the original combination of Vinpocetropil in their correction. *Poliklinika*. 2017;3(1):17–20. (In Russ.) Available at: [https://poliklin.ru/article2017\\_1\(1\)\\_17.php](https://poliklin.ru/article2017_1(1)_17.php).
  45. Хабаров ИЮ, Таранцова МС, Раев ВК. Современная фармакотерапия астенических расстройств при сочетанной травме. *Известия Российской военно-медицинской академии*. 2020;39(S3-4):278–285. Режим доступа: <https://elibrary.ru/ftnthb>.
  - Khabarov IYu, Tarantsova MS, Raev VK. Modern pharmacotherapy of asthenic disorders in concomitant trauma. *Russian Military Medical Academy Reports*. 2020;39(S3-4):278–285. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/ftnthb>.

#### Вклад авторов:

Концепция статьи – Д.Х. Хайбуллина, Ю.Н. Максимов

Написание текста – Д.Х. Хайбуллина, Ю.Н. Максимов, М.В. Белоусова

Сбор и обработка материала – Д.Х. Хайбуллина, М.В. Белоусова, Б.Э. Губеев

Обзор литературы – Д.Х. Хайбуллина, Ю.Н. Максимов, М.В. Белоусова

Анализ материала – Д.Х. Хайбуллина, Ю.Н. Максимов

Редактирование – Д.Х. Хайбуллина, Ю.Н. Максимов

Утверждение окончательного варианта статьи – Д.Х. Хайбуллина, Ю.Н. Максимов, М.В. Белоусова, Б.Э. Губеев

#### Contribution of authors:

Concept of the article – Dina Kh. Khaibullina, Yuriy N. Maksimov

Text development – Dina Kh. Khaibullina, Yuriy N. Maksimov, Marina V. Belousova

Collection and processing of material – Dina Kh. Khaibullina, Marina V. Belousova, Bulat E. Gubeev

Literature review – Dina Kh. Khaibullina, Yuriy N. Maksimov, Marina V. Belousova

Material analysis – Dina Kh. Khaibullina, Yuriy N. Maksimov

Editing – Dina Kh. Khaibullina, Yuriy N. Maksimov

Approval of the final version of the article – Dina Kh. Khaibullina, Yuriy N. Maksimov, Marina V. Belousova, Bulat E. Gubeev

**Согласие пациентов на публикацию:** пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

**Basic patient privacy consent:** patients signed informed consent regarding publishing their data.

#### Информация об авторах:

**Хайбуллина Дина Хамитовна**, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36; [dina.khaibullina@mail.ru](mailto:dina.khaibullina@mail.ru)

**Максимов Юрий Николаевич**, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36; [yuri\\_maximov@mail.ru](mailto:yuri_maximov@mail.ru)

**Белоусова Марина Владимировна**, к.м.н., доцент кафедры детской неврологии имени профессора А.Ю. Ратнера, заведующая кафедрой психотерапии и наркологии, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36; [belousova.marina@mail.ru](mailto:belousova.marina@mail.ru)

**Губеев Булат Эдуардович**, к.м.н., доцент кафедры неврологии, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36; [bulat.g@list.ru](mailto:bulat.g@list.ru)

#### Information about the authors:

**Dina Kh. Khaibullina**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia; [dina.khaibullina@mail.ru](mailto:dina.khaibullina@mail.ru)

**Yuriy N. Maksimov**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia; [yuri\\_maximov@mail.ru](mailto:yuri_maximov@mail.ru)

**Marina V. Belousova**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Child Neurology named after Professor A.Yu. Ratner, Head of the Department of Psychotherapy and Narcology, Kazan State Medical Academy; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia; [belousova.marina@mail.ru](mailto:belousova.marina@mail.ru)

**Bulat E. Gubeev**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Neurology, Kazan State Medical Academy; 36, Butlerov St., Kazan, 420012, Russia; [bulat.g@list.ru](mailto:bulat.g@list.ru)