

Хомазюк Т.А., Кротова В.Ю.

Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины, Днепр, Украина

Khomazyuk T., Krotova V.

Dnepropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine, Dnepr, Ukraine

Проблемы когнитивных нарушений и медицинской реабилитации при полиморбидной патологии у пожилых

Problems of cognitive disorders and medical rehabilitation in elderly patients with polymorbid pathology

Резюме

В статье представлены данные о лечении когнитивных расстройств у пациентов пожилого возраста с полиморбидной патологией и дисциркуляторной энцефалопатией при применении препарата Олатропил®. Результаты проведенного исследования показали, что применение препарата Олатропил® способствовало нормализации когнитивных функций.

Ключевые слова: полиморбидная патология, когнитивные нарушения, пожилые, Олатропил®.

Abstract

The article presents data on the experience of treating cognitive disorders in elderly patients with polymorbidity pathology and discirculatory encephalopathy in applying the Olatropil®. The results of the study showed that Olatropil® administration contributed to the normalization of cognitive functions.

Keywords: polymorbid pathology, cognitive disorders, elderly, Olatropil® administration.

■ ЦЕЛЬ

Анализ распространенности, структуры когнитивных нарушений и качества жизни пациентов пожилого возраста с полиморбидной патологией и дисциркуляторной энцефалопатией 1–2 ст. с оценкой возможностей оптимизации медицинской реабилитации на основе включения в комплексную терапию комбинированного ноотропного препарата Олатропил® («Олайнфарм», Латвия).

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 60 пациентов пожилого возраста гериатрического отделения многопрофильной больницы 2-го квалификационного уровня оказания медицин-

ской помощи с полиморбидной патологией и дисциркуляторной энцефалопатией 1–2 ст. в феврале – марте 2017 г. после получения информированного согласия на участие в открытом клиническом исследовании. Средний возраст обследованных составил $68,7 \pm 4,3$ года. Структура полиморбидной патологии была следующей: сердечно-сосудистые заболевания – 93,3% (ишемическая болезнь сердца у 49 пациентов, гипертоническая болезнь – у 41), в т.ч. у всех – дисциркуляторная энцефалопатия; заболевания желудочно-кишечного тракта – 96,7% (гастрит – у 28 пациентов, язвенная болезнь 12-перстной кишки – у 4, колит – у 26); желчекаменная болезнь – у 11,7% (7 пациентов), хронический пиелонефрит – у 20,0% (12 пациентов); варикозная болезнь нижних конечностей – у 6,7% (4 пациента); хроническое обструктивное заболевание легких – 23,3% (14 пациентов), у всех были проявления остеоартрита крупных и/либо мелких суставов. У 11,7% обследованных диагностировали 6 заболеваний, протекающих одновременно, у 30,0% – 5; у 41,7% – 4 и у 16,6% – 3.

Всем пациентам провели комплексное обследование в соответствии с протоколами МОЗ Украины по основному заболеванию, приведшему к госпитализации, а также нейропсихологическое обследование с оценкой когнитивных функций (КФ) по методике, валидизированной в отношении додементных КН, – Монреальской шкале оценки КФ (MoCA® Z. Nasreddine с соавторами, Version 7.1, 2004, www.mocatest.org), чувствительность метода – 90%, специфичность – 87%). Тест является очень простым, удобным в проведении и анализе для врачей любой специализации и квалификационного уровня, время работы пациента со шкалой MoCA составляет примерно 7–10 минут. Остроту и точность внимания, ясность мышления изучали с помощью методики «Прогрессивные матрицы Равена». Качество жизни (КЖ) пациентов анализировали по общепринятой шкале The Short Form-36 (SF-36). Для исключения депрессии и изучения уровня тревоги использовали Госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии (HADS).

Критериями не включения в исследование были: ишемический и/или геморрагический инсульт, черепно-мозговая травма в анамнезе, злоупотребление алкоголем и/или наркотическими веществами, онкологические заболевания, оперативные вмешательства на мозге в анамнезе. Пациентов разделили на две группы по 30 человек с помощью простой рандомизации (метод «конвертов»). Вторая группа (30 человек) получала стандартную терапию, согласно протоколам по основному заболеванию, пациенты первой группы (30 человек) дополнительно принимали препарат Олатропил® по 1 капсуле 3 раза в сутки с обязательным условием для вечернего приема не позднее 17 часов. Длительность лечения и наблюдения составила 60 дней в режиме преемственности: то стационар, то поликлиника. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica v.6.1® (StatsoftInc., США), с оценкой средних значений (M), их ошибки (m), критерия Стьюдента и достоверности статистических показателей (p). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Сопутствующее лечение/базовая терапия – персонифицированная (выдержка из протокола КИ 5.2):

- 1) антигипертензивные препараты: ингибиторы АПФ, В – блокаторы, сартаны, антагонисты Са-каналов, мочегонные;
- 2) антиишемические препараты;
- 3) липидоснижающая терапия;
- 4) антиаритмические препараты по показаниям;
- 5) антикоагулянты, дезагреганты;
- 6) симптоматическая терапия коморбидной патологии за исключением препаратов, влияющих на функциональное состояние вегетативной и центральной нервной системы.

■ АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Всемирная статистика в отчете ВОЗ за 2016 г., к сожалению, оправдывает харак-

теристику нашей планеты в XXI веке как «седой» планеты. Популяционное исследование ВОЗ по вопросам глобального старения и здоровья взрослого населения (Study on Global Ageing and Adult Health, SAGE) свидетельствует о том, что во всем мире ожидается рост продолжительности жизни [2]. К 2020 г. впервые в истории человечества численность людей в возрасте 60 лет и старше превысит численность детей младше 5 лет, к 2025 г. – их число удвоится, а к 2050 г. – составит 2 млрд человек по сравнению с 841 млн на данный момент. Упрямая статистика ООН акцентирует внимание на понятии «стареющих государств», в которых доля людей в возрасте старше 65 уже в настоящее время составляет 7% и более, в частности, 14% – в России, 21,4% – в Украине, 22% – в Японии и т.д. Неутешительным является и прогноз: к 2050 г. население Земли в возрасте старше 80 составит 4%, а в 2100 г. – 11%, в сравнении с 1% в 2000 г. [17].

Казалось бы, увеличение продолжительности жизни является естественным стремлением человеческого разума, однако проблема когнитивных нарушений (КН) среди лиц пожилого возраста как проблема естественного «старения» мозга, так и в связи с распространенностью неврологических заболеваний существенно снижает качество жизни общества в целом: пациентов, их родственников, «обедняет» их семейные взаимосвязи, социальную активность и пользу.

У 10–30% пожилых людей имеют место те или иные изменения когнитивных функций. Считается, что в норме постепенное их снижение отмечается уже после 50 лет. Снижение памяти, обусловленное возрастом, наблюдается почти у 40% лиц старше 65 лет. Подобные нарушения прогрессируют в течение года у 1% из них до степени деменции, а в течение от 1 до 5 лет такое прогрессирование отмечается у 12–42% лиц этой когорты [3, 15, 16].

В мире в настоящее время насчитывается 47,5 млн людей с деменцией, и ежегодно отмечается 7,7 млн новых случаев заболевания. К 2030 г. общее число людей с деменцией составит 75,6 млн человек, к 2050 г. почти утроится и составит 135,5 млн [2, 17].

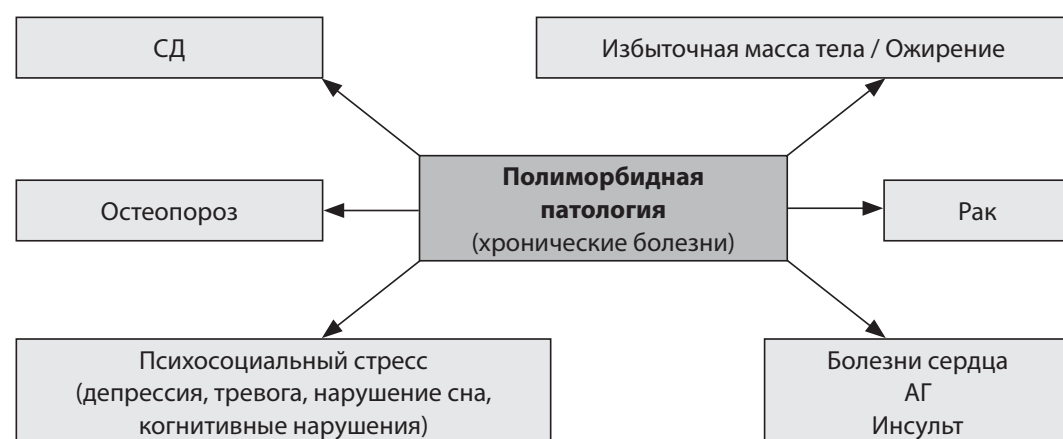


Рис. 1. Европейский профиль полиморбидной патологии

Примечание: адаптировано по Myint P.K. с соавторами, The EPIC-Norfolk Prospective Population Study, 2006 [13].

Однако проблема «старения» Земли является не только и не столько социальной, сколько стратегически – медицинской. Возможности реабилитации пациентов с деменцией в настоящее время весьма ограничены, поэтому важно изучать додементные формы КН, когда лечение может быть более эффективным, а в 15–30% случаев может приводить даже к реверсии симптомов [16].

Сегодня медицинской проблемой тех, кому больше 60, общепризнана проблема «трех П»: полиморбидности, полипрагмазии и плохой приверженности к лечению. Рост числа заболеваний у пациентов с возрастом является одним из факторов ри-

ска развития и прогрессирования КН [4, 12, 13].

Как правило, в перечне полиморбидной патологии у пожилых пациентов называются цереброваскулярные заболевания, которые являются второй по частоте причиной развития приобретенного когнитивного дефицита (КД), в т.ч. сосудистой деменции, и играют значительную роль в развитии нейродегенеративной патологии, включая болезнь Альцгеймера [3, 11, 15]. В медицинском экспертном заключении в общей врачебной практике при хронической ишемии мозга (дегенеративного, сосудистого либо смешенного генеза) чаще всего это засвидетельствовано синдромом дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) – прогрессирующим многоочаговым или диффузным поражением ГМ, проявляющимся клинически неврологическими, нейропсихологическими и/или психическими нарушениями, обусловленными хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения (МКБ). МКБ-10 характеризует ДЭ как синоним терминов: хроническая ишемия мозга, гипертензивная энцефалопатия, церебральный атеросклероз, прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия, цереброваскулярная болезнь неуточненная.

Снижение качества жизни при ДЭ, кроме развития очаговых неврологических синдромов, связано с возникновением когнитивных и эмоциональных расстройств. Коморбидность КН и эмоциональных нарушений при хронической церебральной ишемии обусловлена прежде всего анатомо-физиологическими особенностями развития церебральной дисциркуляции, особенно при артериальной гипертензии, в глубинных структурах мозга, приводящей к развитию феномена разобщения [3, 5, 9]. Эмоциональные нарушения не просто сочетаются с КН, но и могут оказывать неблагоприятное влияние на когнитивную сферу. Наличие эмоциональных нарушений способно усугублять выраженность когнитивных расстройств из-за повышения уровня тревоги и, связанных с этим трудностей сосредоточения, неуверенности и ожидания неудачи.

Клинические особенности и прогрессирование ДЭ (нарастание эмоционально-аффективных нарушений, медленно прогрессирующий КД, постепенное нарастание нарушений координации и ходьбы, темпа и ритма движений, синдром паркинсонизма, псевдобульбарный, пирамидный синдромы), как правило, усугубляют течение соматической патологии и во многом определяют неуспех лечебных мероприятий.

Почему врачи-интернисты и в первую очередь семейные врачи должны уметь диагностировать и лечить додементные КН (легкие (ЛКР) и умеренные (УКР) когнитивные расстройства)? Ответ на этот вопрос формирует упрямая статистика: их чрезвычайная распространенность – не менее 70% среди лиц старше 60 [15]. В отчете ВОЗ (2016) акцентировано, что КН не только существенно снижает качество жизни пациента и его родственников, но вызывает трудности диагностики и лечения сопутствующих заболеваний, снижает приверженность пациентов лечению [2]. Однако сегодня признано, что реверсия симптоматики УКР возможна у каждого третьего пациента [16].

Факторы риска УКР: возраст старше 55 лет; семейный анамнез нарушения памяти; заболевания ССС (мультифокальный атеросклероз, ИБС, АГ, фибрилляция предсердий и др.); заболевания, приводящие к нарушению обмена веществ (ожирение, СД, МС, менопаузальная патология); отсутствие постоянных умственных занятий. Известны факты, когда у пациентов, перенесших ИМ, деменция развивается в 5 раз чаще, а у пациентов с фибрилляцией предсердий – в 2 раза чаще, чем в среднем в популяции, сердечная недостаточность ассоциирована с 80% повышением риска деменции [12, 15].

Как распознать пациента с ЛКР и УКР? Портрет пациента в клинической практике несложно представить при внимательном анализе следующей информации:

- 1) наличие активных жалоб на снижение памяти и трудности концентрации внимания;
- 2) множество неспецифических жалоб у пожилого пациента, суть которых объяснить он не может;

- 3) информация родственников о чрезмерной забывчивости в последнее время;
- 4) невозможность самостоятельно полно изложить анамнез болезни;
- 5) симптом «поворачивающейся головы»;
- 6) непонимание рекомендаций врача;
- 7) невозможность правильно организовать свою деятельность, быстрое наступление усталости, частое допущение ошибок из-за невнимательности;
- 8) неспособность запоминания новых имен, испытывание затруднения при счетных операциях;
- 9) часто нарушение походки, ощущение неустойчивости, «осторожная походка»;
- 10) присуща АГ неуставленной давности.

Стратегия лечения ДЭ в настоящее время основывается на пациенториентированном персонифицированном подходе к лечению основного (ведущего при полиморбидной патологии) заболевания в сочетании с комплексным подходом к улучшению церебральной циркуляции и метаболических процессов в головном мозге, а также специфической терапии психопатологических и КН [1, 3].

Однако проблемой клинической практики является и низкая приверженность пожилых пациентов к терапии ввиду необходимости приема большого количества лекарственных препаратов. Поэтому важным является поиск путей минимизации количества лекарственных средств, которые нужно назначать данной категории пациентов и при этом воздействовать на максимальное количество симптомов для оптимизации лечебных программ [1, 8].

Одной из задач современной нейрофармакологии является разработка высокоэффективных и безопасных нейропротекторов для использования в комплексных программах лечения полиморбидной патологии у пожилых пациентов, а также сохранения и продления их активного творческого долголетия. В этом отношении ноотропы являются оптимальной группой препаратов для лечения неврологических проявлений ДЭ при полиморбидной патологии у пожилых. Их уникальность основана на сочетанном воздействии на различные звенья функционально-метаболических процессов в центральной нервной системе и, вместе с тем, на регулируемые этими процессами психосоматические и психоэмоциональные взаимоотношения [1, 4, 6]. К ноотропам относят лекарственные средства, способные оказывать прямое активирующее влияние на процессы обучения, память, умственную деятельность, повышать устойчивость мозга к любому агрессивному воздействию и улучшать качество коммуникационной жизни пациентов (ВОЗ, 1991).

Препарат Олатропил® («Олайнфарм», Латвия) первый «истинно ноотропный» комбинированный препарат [1]. Фиксированные комбинации в неврологии – путь к повышению эффективности приверженности пациентов лечению. Преимуществами фиксированных комбинированных препаратов сегодня, особенно при наличии у пациента полиморбидной патологии и обоснованной рациональной полипрагмазии, принято считать:

- 1) возможность применения доказанных стандартных эффективных сочетаний биологически активных веществ в одной лекарственной форме (упрощение процедуры выбора лечебного средства для практического врача);
- 2) сокращение вынужденной полипрагмазии при сохранении или повышении эффективности лечения;
- 3) улучшение комплаенса (удобство применения для пациента и взаимопонимание с врачом);
- 4) повышение экономической доступности лечения.

Фиксированная комбинация двух ноотропов в препарате Олатропил® позволяет уменьшить в 2 раза терапевтические дозировки каждого из действующих веществ, что в свою очередь приводит к снижению частоты возникновения и выраженности возможных побочных эффектов; нивелированию возбуждающего действия пираретама и обеспечению более высокой безопасности и эффективности, что особенно важно в гериатрической практике. Вместе с тем, синергизм компонентов обеспечивает комплексное защитное нормализующее воздействие на 3 основ-



Рис. 2. Фармакодинамика и синергизм действия компонентов препарата Олатропил

ных механизма старения мозга: нейромедиаторный, нейрональный, сосудистый. Подобное сочетание определяет и более весомый, чем у обычных ноотропов, фармакологический ноотропный потенциал препарата Олатропил® благодаря наличию поливалентной фармакодинамики: собственно ноотропного, антиастенического, анксиолитического, вегето и сосудостабилизирующего эффектов. В частности, весьма значительным у пожилых пациентов является уменьшение проявления вегетативной дисфункции в 2 раза; снижение выраженности соматоформных симптомов на 17% (рис. 2) [6, 11].

Имеется достаточная доказательная база клинической эффективности препарата Олатропил® в неврологической практике, этому посвящено значительное количество публикаций [4, 5, 7, 9, 10, 12]. Препарат оказался эффективным инструментом терапии различных форм цереброваскулярной патологии, улучшая когнитивные функции, психическую активность, психоэмоциональный статус, вегетативные функции, благоприятно влияя на качество жизни пациентов.

Клинико-фармакологические эффекты препарата Олатропил®:

- 1) консолидация памяти, антиамнестический эффект и повышение умственной работоспособности, коммуникативности более выраженные, чем у каждого из ингредиентов;
- 2) повышение физической работоспособности, лишь в незначительной мере свойственное пирацетаму и несвойственное аминалону при монотерапии;
- 3) уменьшение выраженности соматоформных симптомов, тревоги, социальной дисфункции, улучшение сна, тенденция к ослаблению депрессивной симптоматики;
- 4) стабилизация показателей ЭЭГ;
- 5) снижение и стабилизация САД.

Основные преимущества препарата Олатропил®:

- 1) выраженный нейрогеропротективный эффект, благодаря комплексному действию на три основных механизма старения мозга (нейромедиаторный, нейрональный и сосудистый) обеспечивает нормализацию когнитивных функций;
- 2) снижение риска развития возможных побочных эффектов пирацетама (возбудимости, раздражительности, беспокойства, нарушений сна, приступов стенокардии у пожилых) на фоне уменьшения терапевтических дозировок в 2 раза;
- 3) более быстрый и значимый клинический эффект по сравнению с использованием пирацетама и аминалона в стандартных дозировках в качестве монотерапии;

- 4) расширение терапевтического спектра действия и показаний к применению;
- 5) уменьшение полипрагмазии при повышении эффективности лечения;
- 6) улучшение комплаентности в отношениях между врачом и пациентом, а также приверженности к выполнению лечебных рекомендаций.

Сегодня Олатропил® – препарат с наибольшей степенью доверия в общей врачебной практике, уверенностью врачей в его эффективности и безопасности.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе основных и дополнительных жалоб пациентов выявили определенные закономерности: удрученность, тревожность, ухудшение памяти, внимания, запоминания имен, слов, текущих событий при сохранении долговременной памяти, быструю утомляемость, нарушение сна. Психофизиологический портрет практически всех пациентов гериатрического отделения характеризовался нарушением КФ различной степени выраженности. По данным методики МоСА-теста установлено, что у 15,0% пациентов были легкие КН, у 63,3% – умеренные КН и у 21,7% – деменция легкой степени (рис. 3).

При анализе данных обследования пациентов пожилого возраста по МоСА-тесту оказалось, что баллы были снижены во всех субтестах. При этом наибольшее снижение регистрировали по зрительно-конструктивным/исполнительным навыкам, серийному вычитанию, отсроченному воспроизведению.

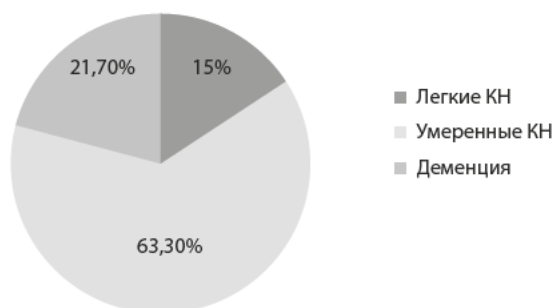


Рис. 3. Когнитивные нарушения в группе обследованных пациентов гериатрического отделения по МоСА-тесту (%; n=60)

До лечения общий балл составлял $23,80 \pm 0,83$. После проведенного лечения общий балл в 1-й группе лечения составил $26,85 \pm 0,86$, во 2-й – $24,0 \pm 0,81$. Таким образом, в 1-й группе наблюдения регистрировали достоверный прирост баллов по субтестам: зрительно-конструктивные/ исполнительные навыки ($4,47 \pm 0,11$), внимание ($2,76 \pm 0,17$), серийное вычитание ($2,44 \pm 0,13$), ориентацию ($5,97 \pm 0,13$) и общего балла по данным МоСА-теста ($26,85 \pm 0,86$). Динамика баллов КН по другим субтестам МоСА-теста отражала позитивные тенденции: отсроченное воспроизведение составило 0,36 балла, абстракция – 0,27, повторение фразы – 0,22 и называние – 0,18 балла (табл. 1).

Субтесты	Макс. балл	До лечения, n=60	После лечения	
			1 группа, n=30	2 группа, n=30
Зрительно-конструктивные/ исполнительные навыки	5	$3,94 \pm 0,19$	$4,47 \pm 0,11^*$	$3,89 \pm 0,13$
Называние	3	$2,57 \pm 0,09$	$2,75 \pm 0,11$	$2,62 \pm 0,11$
Память	нет баллов	–	–	–
Внимание	3	$2,3 \pm 0,15$	$2,76 \pm 0,17^*$	$2,37 \pm 0,13$
Серийное вычитание	3	$1,95 \pm 0,17$	$2,44 \pm 0,13^*$	$1,9 \pm 0,14$
Повторение фразы	2	$1,67 \pm 0,13$	$1,89 \pm 0,13$	$1,68 \pm 0,12$
Беглость речи	1	$0,88 \pm 0,10$	$0,9 \pm 0,53$	$0,9 \pm 0,08$
Абстракция	2	$1,40 \pm 0,11$	$1,67 \pm 0,12$	$1,53 \pm 0,10$
Отсроченное воспроизведение	5	$3,64 \pm 0,19$	$4,0 \pm 0,15$	$3,60 \pm 0,17$
Ориентация	6	$5,43 \pm 0,15$	$5,97 \pm 0,13^*$	$5,51 \pm 0,14$
Общий балл	30	$23,80 \pm 0,83$	$26,85 \pm 0,86^*$	$24,0 \pm 0,81$

Примечание:
* $p \leq 0,05$.

Таблица 2

Динамика изменений показателей качества жизни до и после лечения в 1-й и 2-й группах наблюдения по шкале The Short Form-36 (SF-36)

Показатели, баллы	До лечения, n=60	После лечения	
		1-я группа, n=30	2-я группа, n=30
Социальное функционирование	41,40±14,88	54,51±16,07	44,54±14,90
Ментальное здоровье	50,36±15,11	69,76±14,94	52,83±14,34
Жизненная сила	56,36±15,82	63,87±18,07	58,80±14,90
Роль физическое функционирование	32,18±17,54	80,62±16,44*	49,37±17,06
Физическое функционирование	60,16±10,02	89,97±11,09*	60,41±10,45
Боль	63,54±13,64	57,08±15,68	58,11±14,22
Роль эмоциональное функционирование	48,53±20,23	76,28±24,42	66,51±22,10
Общее здоровье	40,37±9,09	68,44±10,37*	50,70±9,99

Примечание:

* $p \leq 0,05$.

Анализ КЖ по шкале SF-36 выявил следующие закономерности у пожилых пациентов: особенно страдало социальное функционирование, его уровень составил $41,40 \pm 14,88$ баллов, при этом уровни общего здоровья и жизненной силы составили $40,37 \pm 12,09$ и $56,36 \pm 15,82$ баллов (табл. 2).

Показатель ментального здоровья составил $50,36 \pm 15,11$ баллов, уровень эмоционально-ролевого функционирования – $48,53 \pm 20,23$, а ролевое физическое функционирование – $32,18 \pm 17,54$ баллов.

Динамика изменений показателей КЖ до и после лечения в 1-й и 2-й группах наблюдения отражена на рис. 4. В 1-й группе пациентов более высокие баллы положительной динамики были получены при изучении общего ($68,44 \pm 10,37$) и ментального ($69,76 \pm 14,94$) здоровья, физического ($89,97 \pm 11,09$) и ролевого физического функционирования ($80,62 \pm 16,44$).

У пациентов, включенных в исследование, регистрировали достаточно высокий уровень тревоги со средним значением $8,6 \pm 2,3$ баллов (рис. 5). В конце периода наблюдения между двумя исследуемыми Рис. 4. Динамика изменения тревоги до и после лечения в 1-й и 2-й группах наблюдения по шкале HADS (n=60, баллы) группами выявили различия при повторном тестировании. Наиболее выраженными и статистически достоверными были данные, полученные по изменению уровня тревоги в 1-й группе пациентов и составили $2,28 \pm 2,05$ баллов ($p < 0,05$), что свидетельствовало об исчезновении тревоги, в отличие от 2-й группы, не получавшей коррекции препаратом Олатропил®, в которой показатели тревоги снизились лишь незначительно до $7,9 \pm 2,4$ баллов.

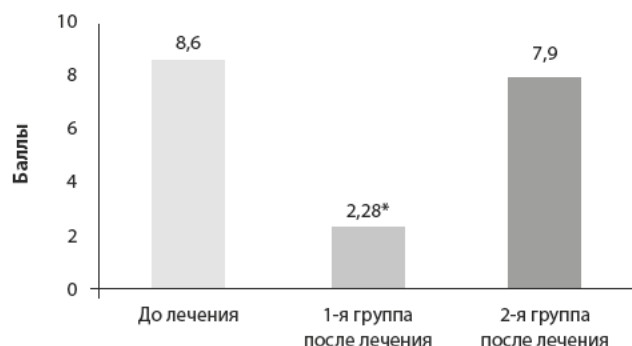


Рис. 4. Динамика изменения тревоги до и после лечения в 1-й и 2-й группах наблюдения по шкале HADS (n=60, баллы)

Примечание:

* $p < 0,05$.

При выполнении заданий по матрицам Равена низкие результаты у пожилых пациентов фиксировали из-за большого количества ошибок, начиная с серии «С» (принцип прогрессивных изменений в фигурах матриц), в серии «Д» (принцип перегруппировки фигур) еще больше снижались и были самыми низкими в серии «Е» (разложение фигур на элементы). Средний бал в серии «А» (принцип взаимосвязи в структуре матриц) составил $8,9 \pm 3,0$; в серии «В» (аналогия между парами фигур) – $7,9 \pm 3,1$; в серии «С» – $4,8 \pm 3,2$; серии «Д» – $3,2 \pm 2,4$ и в серии «Е» – $2,0 \pm 1,6$. Таким

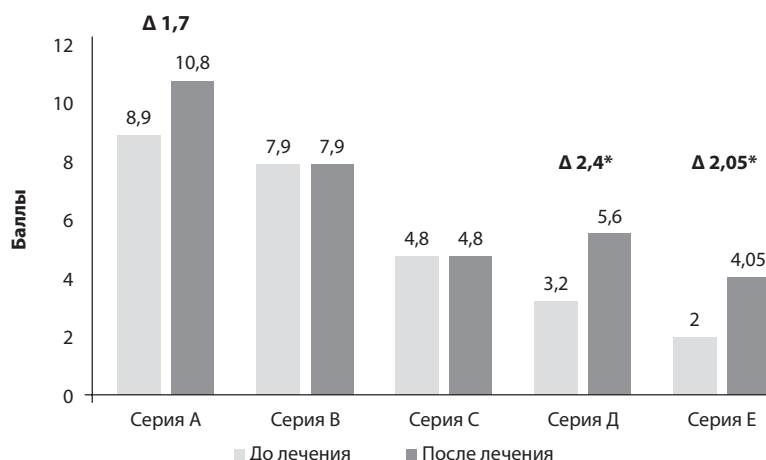


Рис. 5. Динамика остроты, точности внимания, ясности мышления по результатам матрицы Равена в 1-й группе пациентов (n=30, баллы)

Примечание:
* $p \leq 0,05$.

образом, наиболее снижены были функции способности к динамической наблюдательности и прослеживании непрерывных изменений, динамическая внимательность, способность схватывать количественные и качественные изменения в составлении фигур, наблюдать сложное количественное и качественное развитие динамических рядов.

При повторном тестировании пациентов через 60 дней лечения и наблюдения выявили динамику остроты, точности внимания, ясности мышления по результатам матрицы Равена только в 1 группе пациентов (рис. 5). Так, в серии «А» (принцип взаимосвязи в структуре матриц) с психологическим значением в решении, зависящим от уровня внимательности, уровня статистического представления, воображения и уровня визуального различия, регистрировали улучшение результатов на 1,7 балла. В сериях «В» (аналогия между парами фигур) и «С» (принцип прогрессивных изменений в фигурах матриц) изменений не выявили, вероятно из-за недостаточного количества наблюдений. После лечения в 1-й группе пациентов на 2,4 балла выросли показатели серии «Д» (принцип перегруппировки фигур), т.е. улучшилась способность схватывать количественные и качественные изменения в упорядочении (составлении) фигур согласно закономерности используемых изменений. На 2,05 балла регистрировали прирост в серии «Е» (разложение фигур на элементы), что свидетельствовало о повышении способности наблюдать сложное количественное и качественное развитие кинетических, динамических рядов. Во 2-й группе пациентов прироста при выполнении заданий по матрицам Равена после лечения не отмечали. Однако следует отметить, что результаты динамики КН у пожилых пациентов в данном открытом клиническом исследовании, по-видимому, обусловлены небольшой статистической выборкой и участием в исследовании пациентов с легкими, но необратимыми дементными признаками. Вместе с тем, реальный клинический профиль гериатрического отделения стационара требует от врачей вдумчивого отношения к приоритетам рациональной фармакотерапии для эффективной медицинской реабилитации пожилых пациентов с полиморбидной патологией и КН.

Переносимость препарата Олатропил® была хорошей у 96,67% пациентов, у 3,33% – удовлетворительной и лишь 2 пациента отмечали некоторое повышение возбудимости в вечернее время, ухудшение засыпания, что потребовало изменения времени приема вечерней дозы на более раннее время и не потребовало его отмены.

■ ВЫВОДЫ

1. У пациентов пожилого возраста с полиморбидной патологией и дисциркуляторной энцефалопатией 1–2 ст. имеют место когнитивные нарушения, во многом определяющие эффективность медицинской реабилитации, основанной на поведенче-

ских характеристиках пациентов, их комплаентности и приверженности лечению.

2. Для улучшения качества жизни пожилых пациентов, сохранения их социальной функции в семье и обществе необходимо активно проводить раннюю диагностику, коррекцию, а также своевременно планировать профилактику когнитивных нарушений.

3. Клиническая эффективность, хороший профиль переносимости и безопасности препарата Олатропил® («Олайнфарм», Латвия) позволяет рекомендовать его назначение дополнительно к комплексному персонифицированному лечению ведущего заболевания у пациентов пожилого возраста с полиморбидной патологией и дисциркуляторной энцефалопатией 1–2 ст. для коррекции когнитивных нарушений, улучшения качества жизни, приверженности лечению по 1 капсуле 3 раза в сутки, продолжительностью курсового лечения до 60 дней.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Burchinskii S.G. (2006) Novie podhodi k stozdaniyu kombinirovannih nootropnih sredstv: ozhidaniya nevrologov i klinicheskaya praktika [New approaches to creating combined nootropics: the expectations of neurologists and clinical practice]. *Ukrainskii vestnik psihonevrologii*, vol. 14, no 3(48), pp. 59–63.

2. Vsemirnaya organizatsiya zdavoohraneniya. (2016) World report on ageing and health. 1. Aging., 2. Life Expectancy., 3. Aged., 4. Health Services for the Aged., 5. Global Health., 6. Population Dynamics., 7. Delivery of Health Care. I. World Health Organization., ISBN 978 92 4 456504 9 www.who.int

3. Zaharov V.V., Lokshina A.B. (2009) Kognitivnie narusheniya v obsheklinicheskoi praktike [Cognitive impairment in general clinical practice]. M. (in Russian)

4. Zupanets I.A., Shebeko S.K., Otrishko (2016) I.A. Farmakodinamicheskie aspekty neirogeroprotektnogo sinergizma preparata «Olatropil» [Pharmacodynamic aspects of Olatropil neuro-geroprotective synergy]. *Ukrainskii vestnik psihonevrologii*, vol. 24, no 2 (87), pp. 113–116.

5. Korzh A.N., Krasnokutskii S.V. (2008) Effektivnost' i perenosimost' Olatropila v protsesse lecheniya astenicheskikh rasstroist [Efficacy and Tolerability of Olatropil in the Treatment of Asthenic Disorders]. *Problemi suchasnoi medichnoi osviti ta nauki*, vol. 2, pp. 27–30.

6. Kushnir G.M., Miklyaev A.A. (2007) Kombinatsiya nootropov v lechenii rannei tserebrovaskulyarnoi patologii [Combination of nootropics in the treatment of early cerebrovascular pathology]. *Ukrainskii vestnik psihonevrologii*, vol. 3(52), pp. 13–16.

7. Loganovskii K.N., Antipchuk K.YU. (2007) Effektivnost' i perenosimost' Olatropila v lechenii organicheskogo porazheniya golovnogo mozga [Efficacy and Tolerability of Olatropyl in the Treatment of Organic Brain Injury]. *Zhurnal prakticheskogo vracha*, vol. 2:46–53.3.

8. Lukina YU.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.YU. (2017) Priverzhennost' lecheniyu: sovremennii vzglyad na znakomuyu problemu [Adherence to treatment: a modern look at a familiar problem]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*, vol. 16(1), pp. 91–95.

9. Morozova O.G., Yaroshevskii A.A., Lipinskaya YA.V. (2015) Vliyanie Olatropila na kognitivnye, vegetativnye i psihoemotsional'nye pokazateli u lits s hronicheskoi tserebral'noi ishemiei na fone arterial'noi gipertenzii [Effect of Olatropil on cognitive, vegetative and psychoemotional indices in individuals with chronic cerebral ischemia in the presence of hypertension]. *Mezhdunarodnyi nevrologicheskii zhurnal*, vol. 3(73), pp. 61–67.

10. Statinova E.A., Selezneva S.V. (2008) Kombinirovannaya nootropnaya terapiya v lechenii umerennih kognitivnih rasstroistv [Combined Nootropic Therapy in the Treatment of Moderate Cognitive Disorders]. *Ukrains'kii visnik psihonevrologii*, vol. 16,3(56), pp. 21–22.

11. SHkol'nik V.M., Pogorelov A.V. (2008) Vozmozhnosti optimizatsii nootropnoi terapii pri tserebral'nom ateroskleroze kombinirovannim preparatom Olatropil [Possibilities

of optimization of nootropic therapy in cerebral atherosclerosis with the combined preparation Olatropil]. *Ukrainskii vesnik psihonevrologii*, vol. 2(55), pp. 104–107.

12. YArosh A.K., Dudko E.T., Gromov L.A. (2005) Kliniko-eksperimental'naya otsenka tserebroprotektivnogo deistviya Olatropila [Clinical and experimental evaluation of the cerebroprotective effect of Olatropil]. *Klinicheskaya farmatsiya*, vol. 1:12–15.5.

13. Kay-Tee Khaw, Nicholas Wareham, Sheila Bingham, Ailsa Welch, Robert Luben, Nicholas Day. (2008) Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *J.*, vol. 8. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050012>

14 Larrieu S, Letenneur L, Orgogozo JM. (2002) Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort. *Neurology*, 59:1594–99.

15. Myint PK, Luben RN, Surtees PG, Wainwright NW, Welch AA, Bingham SA, Day NE, Wareham NJ, Khaw KT. (2006) Relation between selfreported physical functional health and chronic disease mortality in men and women in the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk): a prospective population study. *Ann Epidemiol*, Jun; 16(6):492–500.

16. Peterson RC. (2011) Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med*, Jun 9; 364(23):2227–2234.

17. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Mortality Report 2013 (United Nations publication). ST/ESA/SER.A/347.

Поступила/Received: 17.08.2017 Контакты/Contacts: vika_krotova@ukr.net

ОЛАТРОПІЛ®



КОМБІНАЦІЯ ДВОХ КЛАСИЧНИХ НООТРОПІВ

ЗАБЕЗПЕЧУЄ ПОЄДНАННЯ НЕЙРОМЕТАБОЛІЧНОЇ ТА НЕЙРОМЕДІАТОРНОЇ ДІЇ
ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ



ВИРАЖЕНИЙ СИНЕРГІЗМ ДІЇ

ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ