# НЕВРОЛОГІЯ

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

А.А. Скоромец, К.Т. Алиев, Т.В. Лалаян, Е.Л. Пугачева, Д.Г. Смолко, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, РФ

# Когнитивные функции и лечение их нарушений при хронической недостаточности кровообращения в вертебрально-базилярной системе у лиц пожилого возраста

нарушения когнитивных функций изучали у 180 пациентов в возрасте 56-74 лет, которые имели хронические расстройства кровообращения в вертебрально-базилярной системе. В процессе обследования, помимо оценки неврологического статуса, использовали показатели нейровизуализации головного мозга, шейного отдела позвоночника, магнитно-резонансной ангиографии, ультразвуковой допплерографии (УЗДГ), электроэнцефалографии (ЭЭГ), электрокардиографии (ЭКГ), клинического и биохимического анализов крови. При изучении когнитивных функций применяли основные скрининговые нейропсихологические тесты (тест запоминания и воспроизведения 3-5 фраз, краткая шкала оценки психического статуса, батарея тестов лобной дисфункции, проба Шульте, тест Ландольдта, тест Векслера, Висконсинский тест сортировки карточек и др.). Нейропсихологические показатели оценивали до и после лечения больных Кавинтоном (25 мг внутривенно в течение 10 дней, затем по 10 мг рег оз 3 раза в день на протяжении 3 мес). Было установлено, что лечение Кавинтоном приводит к редуцированию нарушений когнитивных функций, и этот эффект сохраняется более 3 мес.

Современный этап развития большинства стран мира характеризуется увеличением в обществе доли лиц пожилого возраста, поддержание физического и интеллектуального здоровья которых на надлежащем уровне является первоочередной задачей органов здравоохранения.

Существенной проблемой в области охраны здоровья пожилых людей является проблема когнитивных нарушений, в патогенезе которых большую роль играет сосудистая патология, в частности патология вертебральнобазилярной системы. Вертебрально-базилярная система обеспечивает деятельность функционально значимых структур мозга: его ствола, мозжечка, гипоталамических отделов, медиальной поверхности височных долей, зрительной коры затылочных долей. При острой или хронической недостаточности кровообращения в этих зонах головного мозга развивается целая гамма клинических проявлений: от легких расстройств зрения, слуха, вегетососудистых, дискоординаторных расстройств до нарушения глотания и сердечно-дыхательной деятельности, вплоть до летального исхода. Вместе с тем для нормальной интеллектуально-мнестической деятельности необходима гармоничная работа практически всех зон головного мозга, снабжаемых как вертебрально-базилярной, так и каротидной системами. Исходя из особенностей анатомического расположения в структурах подвижного шейного отдела позвоночника, вертебрально-базилярная система артерий страдает чаще, чем

В литературе достаточно подробно освещены нарушения когнитивных функций при расстройстве мозгового кровообращения в каротидной системе либо при дисциркуляторной энцефалопатии вообще. Имеется общирная литература по исследованию деменции, в частности дифференциальная диагностика заболевания при сосудистом поражении головного мозга и болезни Альцгеймера. Отдельные работы посвящены изучению нарушений когнитивных функций у пожилых людей.

В настоящее время большое внимание исследователей привлекает концепция умеренных когнитивных нарушений (УКН). Этот термин был предложен в 1997 г. американским неврологом R. Petersen (англ. - mild cognitive impairment, MCI) для обозначения преддементных расстройств высших мозговых функций, обусловленных преимущественно болезнью Альцгеймера. По данным длительных наблюдений, риск развития деменции в течение 5 лет после установления диагноза УКН составляет 55-70%. Согласно классификации когнитивных нарушений по тяжести, предложенной Н.Н. Яхно, УКН представляют собой моно- или полифункциональные расстройства когнитивных функций, явно выходящие за пределы возрастной нормы и отражающиеся в жалобах больного и его окружения, которые не приводят к существенным затруднениям в повседневной жизни, но могут препятствовать более сложным видам интеллектуальной деятельности. Клиническая картина синдрома УКН гетерогенна. Диагноз УКН подтверждается данными нейропсихологических методов исследования.

В недавно выполненном рандомизированном исследовании СОКОЛ с изучением эффективности Кавинтона при остром нарушении мозгового кровообращения отмечена необходимость исследования роли нейропротекции не только при острых, но и хронических нарушениях мозгового кровообращения.

Цель настоящего исследования — изучение когнитивных функций при патологии вертебрально-базилярной системы у пожилых людей и возможности улучшения этих функций и качества жизни пациентов пожилого возраста. В задачи работы входили определение алгоритма диагностики недостаточности кровообращения в позвоночных артериях, оценка состояния когнитивных функций в соответствующей группе пациентов, изучение динамики восстановления когнитивных функций под влиянием лечения Кавинтоном с антиагрегантами и другими препаратами у пациентов с сочетанной патологией.

### Материалы и методы

Обследовали 180 пациентов (107 мужчин и 73 женщины) в возрасте 56-74 лет с хронической недостаточностью кровообращения в вертебрально-базилярной системе, у которых были выявлены нарушения когнитивных функций. По профессиональной принадлежности лица, занимающиеся физическим трудом, составляли 36%, умственным — 64%.

Критериями включения были пожилой возраст (от 56 до 74 лет), хроническая сосудисто-мозговая недостаточность в вертебрально-базилярной системе.

Нарушения когнитивных функций выявлялись при выполнении теста воспроизведения вслух фраз, описанного в руководствах А.А. Скоромца и соавт. В исследование включали пациентов, которые испытывали затруднения при повторении второй или третьей фразы.

В исследование не включались пациенты, перенесшие ишемический или геморрагический инсульты, гипертонические кризы с проводниковыми расстройствами; имеющие любые расстройства в сфере сознания, судорожные пароксизмы в анамнезе; пациенты с деменцией и наличием грубых интеллектуально-мнестических расстройств; наличием очаговой патологии головного мозга по данным нейровизуализации; онкологических заболеваний; недавно (менее 6 мес) перенесшие черепно-мозговую травму; пациенты с острым инфарктом миокарда; тяжелыми формами ишемической болезни сердца; пароксизмами аритмий в анамнезе; неконтролируемым повышением артериального давления и повышением его свыше 200/100 мм рт. ст., застойной сердечной недостаточностью, интервалом QT более 500 мс по данным ЭКІ; имеющие отклонения по данным лабораторных исследований (уровень печеночных ферментов, в 3 раза превышающий норму, и/или уровни щелочной фосфатазы и билирубина, в 2 раза превышающие норму); больные с хроническим алкоголизмом или наркоманией; обладающие повышенной чувствительностью к винпоцетину либо с непереносимостью лактозы; пациенты, участвующие в других клинических исследованиях; не способные выполнять обязательные тесты; получающие сопутствующую терапию вазоактивными препаратами, блокаторами кальциевых и калиевых каналов (амиодароном, соталолом), ингибиторами цитохрома Р450 (циметидином, кларитромицином, флуоксетином).

В процессе обследования детально изучали неврологический статус и проводили общесоматическое обследование, включающее лабораторные тесты крови, мочи, функциональную диагностику (по данным истории болезни); ЭКГ, ЭЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга. Всем больным были выполнены магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга с сосудистой

программой, МРТ или компьютерная томография (КТ) шейного отдела позвоночника.

Всем участникам исследования было проведено скрининговое обследование для исключения деменции, включающее тестирование по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС), батарее тестов лобной дисфункции (БЛД), тесту рисования часов, общей шкале нарушений. Кроме того, проводилось расширенное нейропсихологическое тестирование, направленное на обследование функций внимания (тест Ландольдта, методики Горбова-Шульте и цифровых символов, отсчитывание по Креппелину), памяти (тест 10 слов, тест Векслера, методика прямого и обратного счета) и исполнительных функций (Висконсинский тест сортировки карточек).

Дизайн исследования включал рандомизацию и сравнительную оценку эффективности Кавинтона при наблюдении за пациентами в течение 6 мес, первые 3 мес из которых больные получали Кавинтон по схеме. Для этого пациенты были разделены на 2 группы: основная – 100 человек (средний возраст – 63,74 года), которые получали Кавинтон по схеме и при необходимости допустимую сопутствующую терапию (гипотензивные препараты, антиагреганты, гиполипидемические, противодиабетические, антибактериальные и противовирусные препараты, аналгетики и нестероидные противовоспалительные препараты), и контрольная группа – 80 человек (средний возраст 64,75 года), у которых выявлялись легкие и умеренные нарушения когнитивных функций на фоне другой патологии (пациенты с артериальной гипертензией, диабетической энцефалопатией, полинейропатией, шейным спондилоартрозом, миофасциальным синдромом шейно-грудной локализации и т. д.), по поводу чего больные получали патогенетическую терапию, но без Кавинтона. Обследования пациентов проводили в течение 5 визитов. Эти визиты перечислены при изложении результатов работы.

Методом стандартизации показателей тестирования группы контроля определена норма в формате среднее  $\pm 25$ . Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета Statistica 8.0. Сравнение результатов нейропсихологических тестов проводилось с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни, показателей мозгового кровотока — с помощью однофакторного дисперсионного анализа AN OVA. Показателем статистической значимости являлось p<0,01.

### Результаты и обсуждение

Все пациенты жаловались на снижение работоспособности, головную боль в утренние часы (тяжесть в голове, ощущение пульсации в голове при наклонах тела, натуживании), снижение внимания, памяти на текущие события, повышенную раздражительность, поверхностный и прерывистый сон, частые сновидения (чернобелые или цветные). Сниженное настроение отмечали более половины пациентов. Практически у каждого были боли в области шейного отдела позвоночника (миофасциального характера — у всех, корешковые — более чем у половины) либо в области грудного отдела (между лопаток) и поясницы.

В неврологическом статусе выявлялись легкая асимметрия мимической мускулатуры, особенно при улыбке у 43,1%, оживление рефлексов орального автоматизма у 37,9%, асимметрия мягкого неба и язычка - у 49,3%, умеренная гипотрофия мышц плечевого пояса со снижением мышечной силы в миотомах (С4-С6) до 4-3 баллов, миофасциальный синдром (уплотнение и болезненность при глубокой пальпации трапециевидных, грудино-ключично-сосцевидных мышц, мышц шеи и спины), анизорефлексия на верхних и нижних конечностях, оживление коленных рефлексов — у 79,5%, снижение ахилловых рефлексов – у 68,5%, отсутствие или резкое снижение рефлекса с длинного разгибателя большого пальца ноги (признак нарушения функции корешка L5, что подтверждалось корешковой гипестезией в соответствующем дерматоме, укорочением вибрационного чувства на лодыжках) - у 91,5%. Симптом Бабинского выявлялся у 13,5% обследованных больных и обычно был у пациентов со скрытым левшеством.

24 № 19 (320) • Жовтень 2013 р.

## НЕВРОЛОГІЯ

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Первый визит — рандомизация пациентов. На этом этапе проводили сбор анамнеза, исследование неврологического статуса, дополнительные исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭЭГ, МРТ головного мозга с сосудистой программой КТ или МРТ шейного отдела позвоночника, УЗДГ), тестирование по нейропсихологическим шкалам. Определялось соответствие пациента критериям включения/исключения. Все включенные в исследование пациенты подписывали информированное согласие на участие в программе. Рандомизация занимала от 5 до 10 дней. Завершался первый визит назначением схемы лечения Кавинтоном: внутривенно капельно медленно (по 80 капель в 1 мин) 1 раз в день 25 мг концентрата Кавинтона на 200 мл физиологического раствора в течение 10 дней.

Данные дополнительных методов исследования на этапе рандомизации были следующие: клинические и биохимические анализы крови были практически в норме: холестерин  $-5,7\pm1,24$  ммоль/л; триглицериды -1,82±0,99 ммоль/л; липопротеиды низкой плотности –  $3,13\pm1,15$  ммоль/л; липопротеиды высокой плотности —  $1,50\pm1,21$  ммоль/л. Артериальное давление (АД) было повышенным до 150/95 мм рт. ст. без появления субъективных ощущений в виде головной боли или каких-либо неприятных ощущений в области сердца у 47,3%. По результатам ЭКГ гипертрофия предсердий была выявлена у 98,3%; гипертрофия желудочков – у 53,3%. ЭЭГ: диффузные изменения биоэлектрической активности со снижением вольтажа α-ритма выявлялись у 75,9%, пароксизмальная активность – у 31,7%. УЗДГ: атеросклероз общих сонных артерий определялся у 73,8%; участки стеноза магистральных артерий – у 23,9%; патологическая извитость сонных артерий – у 15,8%, извитость позвоночных артерий – у 13,7%; уменьшение диаметра одной позвоночной артерии по сравнению с другой на 1 мм и более — у 39,5% (из них гипоплазия правой позвоночной артерии — у 67,4%, левой — у 32,6%). Цветное дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий и вен и церебральных (интракраниальных) артерий было выполнено более чем у половины больных основной группы. Почти у всех обследованных были выявлены признаки атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий (комплекс интима-медиа 1,2 мм, неравномерно утолщен, с нарушением дифференцировки); гемодинамически значимых стенозов выявлено не было. Кровоток по интракраниальным артериям (средней мозговой, передней мозговой, задней мозговой) не всегда было возможно оценить вследствие непроницаемости височных окон для локации с обеих сторон. Позвоночные артерии обычно входили в костный канал в типичном месте (на уровне CVI) без гемодинамически значимой деформации хода на уровне превертебрального и костного сегментов (диаметр позвоночных артерий в среднем был 3,4-3,5 мм), кровоток по интракраниальному отделу позвоночных артерий и основной артерии был компенсирован.

МРТ головного мозга: умеренная диффузная атрофия коры головного мозга (расширение борозд конвекситальной поверхности больших полушарий мозга) — у 37,9%; аномалия Арнольда-Киари 1-2-й степени — у 14,7%; расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робина — у 67,3%, гипотрофия мозжечка — у 18,3%. При МРТ головного мозга с использованием ангиорежима выявлены патологическая извитость одной или обеих позвоночных артерий у 9,3%, гипоплазия одной позвоночной артерии — у 47,9%, патологически высокое вхождение позвоночной артерии (в поперечный отросток выше 5-го шейного позвонка) с одной или обеих сторон — у 7,9%.

МРТ шейного отдела позвоночника практически у всех обследованных пациентов выявляла дегенеративно-дистрофические изменения в виде деформирующего спондилоартроза, остеохондроза нескольких межпозвонковых дисков (чаще CV-CVI и CVI-CVII). У 67,3% пациентов выявлены грыжи межпозвонковых дисков, которые суживали позвоночный канал на соответствующем уровне.

Второй визит (через 10-12 дней от начала лечения). Во время визита проводили исследование неврологического статуса, анализ жалоб, нейропсихологическое тестирование, определение эффективности терапии и появления нежелательных явлений. Осуществлялось назначение Кавинтона форте перорально по 10 мг после еды, 3 раза в день.

**Третий визит** (через 30 дней перорального приема Кавинтона форте): исследование неврологического статуса, анализ жалоб, измерение АД, заполнение шкал, оценка эффективности терапии и ее переносимости.

**Четвертый визит** (через 2 мес перорального приема Кавинтона форте по 10 мг 3 раза в день): исследование

неврологического статуса, анализ жалоб, измерение АД, заполнение шкал, оценка эффективности терапии и ее переносимости.

Пятый визит (через 3 мес перорального приема Кавинтона форте по 10 мг 3 раза в день): исследование неврологического статуса, анализ жалоб, измерение АД, ЭКГ, клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, заполнение шкал, оценка эффективности терапии и ее переносимости.

За время наблюдения из исследования выбыли 14 человек (5 из основной группы и 9 из контрольной) по независимым от лечения причинам.

По результатам тестирования когнитивных функций с использованием скрининговых шкал, признаков деменции у включенных в основную и контрольную группу больных выявлено не было. При исследовании когнитивных функций с помощью расширенного нейропсихологического тестирования отмечено статистически значимое снижение показателей по большинству методик. Больше были снижены показатели скорости переработки информации, средней продуктивности, средней точности; снижены шкальные оценки по тесту «Шифровка», эквивалентные показатели памяти, показатели логической, оперативной и зрительной памяти. Выявлено увеличение времени переключения внимания по методике Горбова, количества персевераций и среднего количества персевераций за одну категорию, числа категорий в Вискон-

синском тесте сортировки карточек. Обнаружено уменьшение количества воспроизведенных слов после первого повторения, увеличение числа повторений, необходимых для полного воспроизведения 10 слов в тесте Лурия (табл. 1).

У пациентов, имевших в анамнезе гипертоническую болезнь, выявлены более низкие показатели количества воспроизведенных слов после первого повторения по методике заучивания 10 слов (p=0,007) и среднего количества персевераций за одну категорию в Висконсинском тесте сортировки кар-

точек (р=0,006). При анализе результатов нейропсихологического тестирования снижение памяти выявлено у 68,3% пациентов, нарушения внимания — у 77,2%, нарушения исполнительных функций — у 74,5%, нейродинамические нарушения в виде снижения скорости переработки информации — у 69,3%.

Статистическая обработка данных основных шкал при повторных исследованиях во время плановых визитов приведена в последующих таблицах и рисунках.

Анализ частоты пациентов с нарушениями памяти показывает, что на фоне использованной схемы лечения Кавинтоном и Кавинтоном форте наблюдалось существенное снижение таковых (с 68,3% при первом визите до 26,5% спустя 3 мес лечения Кавинтоном и Кавинтоном форте). Этот терапевтический эффект Кавинтона сохранялся и в течение 3 мес последующего диспансерного наблюдения (рис. 1).

Анализ пациентов с нарушением внимания показал, что при первом визите на этапе рандомизации этот вариант когнитивных дисфункций отмечался у 87,9% пациентов основной группы и 61,4% контрольной группы. В результате лечения Кавинтоном ситуация

Таблица 1. Показатели когнитивных функций у пациентов основной и контрольной групп по результатам расширенного нейропсихологического тестирования при первом визите

при первом визите					
Тест	Раздел	Основная группа	Контрольная группа	р	
Тест Ландольдта	Ѕл	1,56 [1,41; 1,58]	1,25 [0,92; 1,44]	0,000811*	
	Рт	334 [303; 363]	272 [208; 316]	0,001528*	
	Ат	0,95 [0,94; 0,97]	0,91 [0,87; 0Д95]	0,002530*	
	Ta	1 [0,9; 1,2]	1Д [0,9; 1,4]	0,598337	
Методика Горбова «Красно-черная габлица»	впв	91 [61,6; 135,8]	145,9 [86,3; 246,5]	0,001785*	
Гест «Шифровка»	ШО	11 [10; 11]	8 [7; 9,5]	0,000004*	
Методика «Отсчитывание»	OE	0 [0; 0]	0 [0; 2]	0,016628	
	од	0 [0; 1]	0 [0; 1]	0,625368	
Шкала памяти Векслера	ЭПП	120 [110; 129]	100 [94; 105]	0,000014*	
	ШПВ4	12 [10; 14]	9,5 [6,5; 12]	0,007121*	
	ШПВ5	13 [12; 14]	10 [9; 11]	0,000121*	
	ШПВ6	12 [10; 12]	8,5 [6; 11]	0,001664*	
	ШПВ <i>7</i>	13 [11; 15]	12 [10,5; 15]	0,242422	
Методика заучивания 10 слов	МЗДС1	7 [6; 7]	5 [4; 6]	0,000929*	
	МЗДСкп	4 [3; 4]	6 [4; 10]	0,000029*	
Висконсинский тест сортировки карточек	ΚП	13,8 [8,9; 21,5]	28,3 [16,5; 48,6]	0,000034*	
	СКП	2,3 [1,9; 3,2]	4,4 [2,5; 7,9]	0,000056*	
	KK	6,5 [4; 9]	9 [9; 9]	0,000509*	

Примечание. Sл — показатель скорости переработки информации; Pт — показатель средней продуктивности за 10 мин; Aт — показатель средней точности за 10 мин; Та — коэффициент точности; ВПВ — время переключаемости внимания; ШО — шкальная оценка; ОЕ — ошибки в единицах; ОД — ошибки в десятках; ЭПП — эквивалентный показатель памяти; ШПВ4, ШПВ5, ШПВ6, ШПВ7 — субтесты 4, 5, 6, 7 соответственно шкалы памяти Векслера; МЗДС1 — количество воспроизведенных слов после первого повторения; МЗДСкп — количество повторений, необходимых для полного воспроизведения 10 слов; КП — количество персевераций; СКП — среднее количество персевераций за одну категорию; КК — количество категорий; р — показатель статистической значимости различий между группами.

Достоверно значимые различия.

заметно улучшилась. Количество пациентов с нарушением внимания уменьшилось в основной группе до 26,0%, а в контрольной группе — до 40,1% (рис. 2).

Была проведена также оценка по шкале «Впечатления клинициста» о динамике нарушений когнитивных функций, основанная на интервью с пациентом и его близкими. Субъективная оценка эффективности лечения врачом в основной группе значительно отличалась

Продолжение на стр. 26.



### ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ГИПЕРТОНИИ

Устранение головокружения и головной боли<sup>3</sup>

архиваютарителническия рутил. Поизольнутружные и неогропные содествы. Код. ЛТС NOSS X16. Показания и, принятично. Напримента развитаеми формы изрушения могодом реаконобращения транстирами вышенноской и писта, и сестоями потом емерител прилугие и денежности прилугие достоями потом потом и пото

представлятельство Geeoon исплет в экраине: 010-9, кнев, ун. 19preнвеская, 17b. Ien: (044) 492-99-1; теп./факс (1944) 492-99-10, www.ncretz.ia (Усупкна 3.A. и свят Кавинтов на ченения больных с ишемическими вырушениями можногоого кровообращения // PMK, 2002, том 10, №25, с. 1170-1174 Nagy 2. / Jurgha P., Kovacs L. et al. Meta-analysis of cavinton // Paxis - 1998-V.7 - 6, 65-68.







### НЕВРОЛОГІЯ

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

А.А. Скоромец, К.Т. Алиев, Т.В. Лалаян, Е.Л. Пугачева, Д.Г. Смолко, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, РФ

# Когнитивные функции и лечение их нарушений при хронической недостаточности кровообращения в вертебрально-базилярной системе у лиц пожилого возраста

Продолжение. Начало на стр. 24.

от таковой в группе контроля. Так, у пациентов, которые получали Кавинтон форте на протяжении 3 мес, оценки «отлично» и «хорошо» были выставлены в 93,4% случаев, соответственно, оценка «удовлетворительно» была в 7%, а «без эффекта» — 0%. В то же время в группе контроля оценки «отлично» и «хорошо» были только у 55,0%, «удовлетворительно» — у 44%, «без эффекта» — у 1% больных.

Анализ субъективной оценки эффективности лечения самими пациентами указывает на заметное совпадение между впечатлением клинициста и оценками пациентов: оценки «хорошо» и «отлично» среди пациентов, получавших Кавинтон, были в 94,5% случаев; оценка «удовлетворительно» — в 6%, «без эффекта» — в 1%.

Нежелательные явления в основной группе были выявлены у 4.8% пациентов, в группе контроля — у 2.3% (табл. 2).

Эти нежелательные явления были вызваны нарушением режима питания и несистемным приемом лекарственных препаратов.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при хронической вертебрально-базилярной

Таблица 2. Удельный вес различных нежелательных явлений во время исследования (частота, %)						
Нежелательное явление	Основная группа	Контрольная группа	р			
Нарушения сна	1,3	0,3	0,01			
Сердцебиение	1,2	0,3	0,01			
Диспептические явления	1,1	0,6	0,01			
Головная боль	0,4	0,0	0,01			
Снижение АД	0,3	0,6	0,01			
Повышение АД	-	0,6	0,01			
Боль в области сердца	0,2	-	0,01			
Головокружение	0,2	-	0,01			
Крапивница	0,1		0,01			

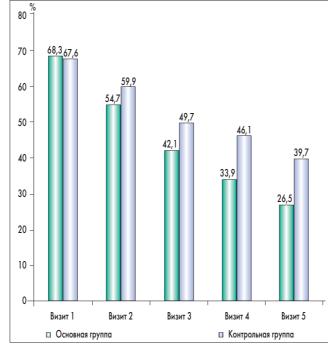


Рис. 1. Количество пациентов с нарушениями памяти в процессе наблюдения. %

недостаточности практически у всех пожилых людей развиваются нарушения когнитивных функций, которые характеризуются расстройствами памяти, внимания, уменьшением скорости переработки информации, зрительно-пространственными нарушениями и др. Это связано с зонами васкуляризации этого бассейна, включающими медиальную поверхность височных долей, гипоталамическую область и другие структуры круга Папеца — хранителя памяти информации в головном мозге. Лечение Кавинтоном и Кавинтоном форте улучшает когнитивные функции у таких больных.

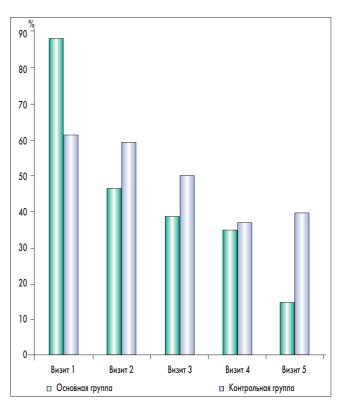


Рис. 2. Количество пациентов с нарушениями внимания в основной и контрольной группах в процессе наблюдения, %

Клинический эффект Кавинтона (25 мг внутривенно) наблюдается уже со 2-й недели терапии, что отражает выраженность его нейропротекторного действия. Терапевтический эффект после курсового лечения Кавинтоном в дозах 25 мг внутривенно и 30 мг перорально в течение 3 мес сохраняется более 3 мес, и при этом не увеличивается частота нежелательных явлений.

Список литературы находится в редакции. Журнал неврологии и психиатрии, 2013, № 4







26 № 19 (320) • Жовтень 2013 р.