

Физиологические возрастные изменения памяти

Нарушение памяти – одна из актуальных медицинских и социальных проблем, а повышенная забывчивость является одной из наиболее распространенных жалоб у пожилых пациентов. Снижение памяти в пожилом возрасте может быть как следствием физиологических возрастных изменений ЦНС, так и патологическим симптомом целого ряда заболеваний. В повседневной врачебной практике различение нормальных и патологических изменений когнитивных функций нередко представляет собой сложную задачу.

Физиологические возрастные изменения когнитивных функций, по данным нейропсихологических методов исследования, происходят в возрасте от 40 до 65 лет. Хорошо известен тот факт, что люди пожилого возраста хуже усваивают новую информацию по сравнению с другими, более молодыми возрастными категориями. Это может несколько затруднять обучение пожилых новым навыкам и усвоение неизвестной ранее информации. В то же время физиологическая забывчивость никогда не распространяется на текущие или отдаленные события жизни, а также на общие знания, полученные в молодом или среднем возрасте. В результате пожилым лицам требуется больше времени для выполнения аналогичного объема умственной работы, что всегда сопровождается выраженной утомляемостью при выполнении упражнений. Визуально представленная информация запоминается ими лучше, чем слухоречевая. Снижение памяти, как правило, сочетается с рядом других изменений со стороны когнитивных функций. Последние касаются прежде всего времени реакции на происходящее, которое имеет тенденцию к увеличению.

В основе физиологических изменений высших мозговых функций – изменения церебральных метаболических процессов, связанные с гормональной перестройкой и энергодефицитом в организме в целом, влекущим за собой развитие регионарной ишемии с явлениями оксидантного стресса, уменьшение активирующих влияний на кору головного мозга со стороны неспецифических активирующих церебральных структур. Накопление повреждений в результате этого процесса приводит к возрастзависимому повреждению тканей, местному воспалению, канцерогенезу и, наконец, к старению. При этом нередко подразумевается, что снижение памяти и других когнитивных функций у пациента с сосудистой мозговой недостаточностью является результатом хронической ишемии головного мозга.

Диагностика

Выявление возрастных нарушений памяти должно проводиться при помощи простейших методик уже

на амбулаторном этапе участковыми врачами и врачами общей практики, что позволит сократить количество пациентов с деменцией, своевременно проводить терапию и профилактику развития тяжелого когнитивного дефицита.

Необходимым является проведение нейропсихологического обследования с целью ранней диагностики когнитивных нарушений еще до возникновения дезадаптации в повседневной жизни. Для точной дифференциальной диагностики используются специальные методики, стимулирующие внимание пациентов на этапе запоминания. Например, больного просят рассортировать предъявляемые слова по смысловым группам (растения, животные и т. д.), а затем название группы используется в качестве подсказки при воспроизведении. При физиологическом снижении памяти подобная стимуляция внимания выравнивает показатели пожилых и молодых лиц.

Однако при относительно мягкой патологической забывчивости (например, на наиболее ранних стадиях органического поражения головного мозга) нейропсихологические методы исследования могут давать ложноотрицательные результаты, поэтому с практических позиций активные жалобы на забывчивость всегда следует считать патологическим симптомом. Этот симптом может иметь как органический, так и функциональный (психогенный) характер, что требует дополнительного исследования.

В медицинской практике используют следующие нейропсихологические тесты: краткую шкалу оценки психического статуса, шкалу деменции Маттиса, батарею тестов для оценки лобной дисфункции, тест рисования часов.

Для оценки степени влияния когнитивных расстройств на повседневную жизнь необходима беседа с родственниками пациента или его сослуживцами.

На этапе легких когнитивных расстройств, не достигающих стадии деменции, точный нозологический диагноз не всегда возможен из-за незначительности нейропсихологической симптоматики, иногда только субъективного характера

расстройств. Нередко, чтобы удостовериться в патологическом характере нарушений и четко определить нозологическую принадлежность случая, необходимо длительное наблюдение за больным.

Дисметаболические нарушения в результате соматического или эндокринного заболевания, нарушения питания, интоксикации также могут быть причиной нарушений памяти и внимания в пожилом возрасте или могут усугублять нарушения, связанные со структурным поражением головного мозга.

Среди дисметаболических причин когнитивных расстройств наиболее важно отметить гипотиреоз, печеночную недостаточность, хроническую гипоксемию в результате дыхательной недостаточности или сонных апноэ, дефицит цианокобаламина и фолиевой кислоты, злоупотребление алкоголем и психотропными препаратами.

В случае нарастания мнестических расстройств необходимо использовать нейровизуализационные методики (КТ, МРТ).

Коррекция

К сожалению, многие врачи-клиницисты считают, что нарушения памяти – возрастная проблема, не требующая коррекции. Отсутствие полной уверенности в патологическом характере нарушений и в конкретном диагнозе не должно быть поводом для бездействия врача, поскольку именно на этапе легких когнитивных нарушений патогенетическая терапия имеет наибольшие шансы на успех.

Врачу-клиницисту необходимо соблюдать следующее правило: лучше предупредить или замедлить патологические нарушения, чем длительно и не всегда эффективно их лечить. После тщательного диагностического обследования физиологические возрастные изменения памяти необходимо корректировать препаратами полимодального действия с комплексными антиоксидантными, антигипоксическими и нейропротекторными свойствами. Одним из таких фармакологических средств является Актотегин – препарат, активирующий обмен веществ в тканях, улучшающий трофику и стимулирующий процессы регенерации.

Помимо неорганических соединений типа электролитов и важных макро- и микроэлементов, таких как натрий, кальций, фосфор, магний, медь и кремний, в препарате содержится до 30% органических компонентов (аминокислоты, промежуточные продукты углеводного и жирового обмена, олигопептиды, нуклеозиды и гликолипиды). Препарат положительно влияет на транспорт и утилизацию глюкозы, стимулирует потребление кислорода, улучшает энергетический статус клеток, стимулируя рост гиппокампальных клеток.

С патофизиологической точки зрения не вызывает сомнения, что обладающий антигипоксическим и антиоксидантным действием препарат Актотегин может использоваться при физиологическом старении. Он совместим с антигипертензивными, антиагрегантными средствами. Препарат имеет минимальное количество побочных эффектов. Отсутствие нежелательных явлений у пациентов пожилого и старческого возраста свидетельствует о безопасности проведения курсового лечения Актотегин. Рекомендованная схема для пожилых пациентов с физиологическими изменениями памяти – 200 мг 2-3 раза в день внутрь длительно (от 3-6 мес). Курсы можно проводить 2 раза в год, лучше весной и осенью.

Это позволит значительно улучшить качество жизни пожилых лиц, продлить время функциональной самостоятельности, уменьшить экономическое и социальное бремя, которое ложится на родственников пациентов с когнитивным дефицитом и общество в целом.

Заключение

Таким образом, в настоящее время происходит накопление новых данных о специфических механизмах эндотелиальной дисфункции при сосудистых когнитивных нарушениях и, следовательно, переосмысление действия традиционных нейропротекторных препаратов с точки зрения воздействия на эндотелий; раскрываются механизмы вазопротекторного и органопротекторного действия этих препаратов. Все это открывает новые горизонты научного поиска, формирует современные терапевтические стратегии при различных цереброваскулярных заболеваниях с когнитивными нарушениями.

Участковый терапевт, 2013, № 4.