

Л.М. АНТОНЕНКО, к.м.н., В.А. ПАРФЕНОВ, д.м.н., профессор

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, кафедра нервных болезней и нейрохирургии

# КОГНИТИВНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ В СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Жалобы на снижение памяти и другие когнитивные расстройства часто предъявляют люди среднего возраста. Только у небольшой части из них эти жалобы связаны с дегенеративным и/или сосудистым поражением головного мозга. В средней возрастной группе преобладают когнитивные расстройства, связанные с нарушениями эмоциональной сферы: патологическими изменениями настроения и тревожным расстройством. Диагностика этих расстройств требует оценки как когнитивных функций, так и эмоционального состояния. Лечение основывается на терапии эмоционального расстройства (депрессии, тревожные расстройства), включает психотерапию и психотропные средства (антидепрессанты и транквилизаторы) при выраженных расстройствах. При легкой степени расстройств, которая преобладает в клинической практике, отмечена эффективность EGb 761 (Танакан), способного улучшить не только когнитивные функции, но и эмоциональное состояние пациентов. Собственный опыт показывает эффективность Танакана у пациентов с головокружением, сочетающимся с легкими когнитивными и эмоциональными расстройствами.

## Ключевые слова:

когнитивные нарушения  
депрессия  
тревога  
Танакан

**К**огнитивные и эмоциональные нарушения, сопровождающиеся снижением памяти, внимания, нарушением фона настроения, тревожностью, являются серьезной социальной проблемой для лиц средней возрастной группы, поскольку приходится на наиболее работоспособную часть населения. Повышенная отвлекаемость, снижение уровня внимания, ослабление памяти замедляют процессы обучения и приобретения новых профессиональных навыков человека, влияя тем самым на профессиональную деятельность и карьерный рост.

Когнитивные и эмоциональные нарушения являются одними из самых распространенных патологических состояний. Поскольку высшие мозговые функции связаны с интегрированной деятельностью головного мозга в целом, когнитивная недостаточность закономерно развивается при самых разнообразных очаговых и диффузных поражениях головного мозга [1]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), всего в мире нервно-психическими нарушениями страдают около 450 млн человек [2].

## ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ

Своевременное выявление когнитивных нарушений позволяет начать лечение на ранней стадии и предупредить или замедлить развитие деменции. Диагностика когнитивных и эмоциональных нарушений основана на

проведении рутинного исследования состояния когнитивной и эмоциональной сферы на приеме невролога в амбулаторной практике. Включение в стандартную схему неврологического осмотра тестов на когнитивную и эмоциональную дисфункцию, наряду с анализом двигательных, чувствительных и других неврологических функций, позволяет значительно повысить уровень диагностики большого числа заболеваний головного мозга. В настоящее время достигнуты значительные успехи в разработке методов диагностики, изучении патогенеза и создании новых лекарственных препаратов для терапии когнитивных и других нервно-психических расстройств. Своевременная диагностика и подбор адекватного лечения когнитивных и эмоциональных нарушений позволяют значительно улучшить качество жизни пациентов с нервно-психическими расстройствами.

**Чаще всего причиной тяжелых и умеренных когнитивных нарушений является нейродегенеративный процесс, сосудистая мозговая недостаточность или их сочетание**

Наиболее распространенными нарушениями эмоциональной сферы являются патологические изменения настроения. Распространенность нарушений настроения в течение жизни составляет 10–25% у женщин и до 12% у мужчин [3]. Под депрессией принято понимать снижение фона настроения и/или утрату чувства удовольствия от жизни [2, 4]. Депрессивные расстройства различной степени выраженности занимают второе место по частоте среди хронических нарушений здоровья после артериальной гипертензии, встречающихся в медицинской практике [3]. Распространенность тревожных расстройств

составляет от 2,5 до 19% [4]. Тревожные нарушения являются одной из наиболее частых причин обращения к врачам [3, 4]. Тревога представляет собой чувство немотивированного страха, беспокойство, внутреннее напряжение, нередко сопровождающееся вегетативными проявлениями [1, 3, 4].

Депрессия и тревожные расстройства, как правило, приводят к нарушениям внимания, памяти, снижению работоспособности, повышенной утомляемости, нарушениям сна. Развивается целый комплекс нервно-психических расстройств, клинические проявления которого значительно снижают качество жизни пациентов. Прогрессирование нервно-психических расстройств у пациентов приводит к развитию социальной дезадаптации, потере занятости, нередко к разводам, что, в свою очередь, усиливает выраженность эмоциональных и когнитивных нарушений [4–7].

Проведенные исследования показали, что нарушения когнитивных функций отмечаются у 19% пациентов с тревожным расстройством и 21% пациентов с депрессией [7]. По результатам одного из крупных эпидемиологических исследований была выявлена достоверная положительная корреляционная связь депрессивных и тревожных расстройств с нарушениями краткосрочной памяти и внимания [5].

Важную роль в развитии нарушений памяти, нейродинамических функций у лиц среднего возраста играет воздействие хронического психосоциального стресса, что тесно связано с патофизиологией депрессивных и тревожных расстройств [6–8].

Под когнитивными функциями принято понимать наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира [9]. К когнитивным функциям относится память, гнозис, речь, праксис и интеллект.

Когнитивные нарушения представляют собой субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем вследствие органической патологии головного мозга и нарушения его функции различной этиологии, влияющее на эффективность обучения, профессиональную, социальную и бытовую деятельность [1, 10].

Для диагностики когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов среднего возраста важно определить их тяжесть, качественные характеристики, остроту развития когнитивного дефицита, характер течения, связь с состоянием других мозговых функций. В зависимости от тяжести выделяют тяжелые, умеренные и легкие когнитивные расстройства [1, 10]. Под тяжелыми когнитивными расстройствами понимают стойкие или преходящие нарушения когнитивных функций различной этиологии, которые выражены столь существенно, что приводят к бытовой и социальной дезадаптации. К тяжелым когнитивным расстройствам относятся деменция, делирий, депрессивная псевдодеменция, а также выраженные в значительной степени монофункциональные нарушения (т. е. изолированная амнезия, афазия, апраксия или агнозия) [1, 10].

Умеренные когнитивные расстройства – это нарушения в одной или нескольких когнитивных сферах, выходящие за рамки возрастной нормы, не приводящие к утрате независимости и самостоятельности в повседневной жизни, но вызывающие затруднения при осуществлении сложных видов деятельности, приобретении новых навыков и обучении. Чаще всего причиной тяжелых и умеренных когнитивных нарушений является нейродегенеративный процесс, сосудистая мозговая недостаточность или их сочетание [1, 10].

***Каждый пациент с жалобами когнитивного характера должен подвергаться нейропсихологическому исследованию. Объем нейропсихологического тестирования и выбор конкретных методик могут подбираться индивидуально в зависимости от особенностей клинического случая***

В клинической практике у лиц среднего возраста преобладают легкие когнитивные расстройства – нарушения одной или нескольких когнитивных функций, которые формально остаются в пределах среднестатистической возрастной нормы или отклоняются от нее незначительно [1]. Они не оказывают какого-либо влияния на повседневную активность, но представляют собой снижение когнитивных способностей по сравнению с более высоким исходным уровнем (индивидуальной нормой). При этом когнитивные расстройства выражены минимально, и их объективизация требует применения весьма чувствительных нейропсихологических методик [1]. Чаще всего легкие когнитивные нарушения проявляются снижением концентрации внимания и нарушениями кратковременной памяти. Самой частой причиной жалоб на снижение памяти у лиц среднего возраста являются эмоциональные расстройства в виде повышенной тревожности или снижения фона настроения [1, 7–9]. Поэтому всем пациентам с жалобами на снижение памяти следует тщательно оценивать эмоциональную сферу. Для объективизации эмоциональных и поведенческих нарушений можно использовать специальные психометрические шкалы, которые представляют собой опросники для пациента (госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник Бека, невропсихиатрический опросник) или рейтинговые шкалы, по которым тяжесть симптомов оценивает лечащий врач (например, шкала депрессии Гамильтона) [1, 5–7, 11]. Каждый пациент с жалобами когнитивного характера должен подвергаться нейропсихологическому исследованию [1]. Объем нейропсихологического тестирования и выбор конкретных методик могут подбираться индивидуально в зависимости от особенностей клинического случая. Во врачебной практике для проведения нейропсихологического тестирования, помимо стандартных методик, целесообразно использовать тесты на символно-цифровое кодирование.

Важно при обследовании пациентов с когнитивными нарушениями выявлять потенциально курабельные нару-

шения, связанные с осложнениями различных эндокринных или соматических заболеваний. Чаще всего когнитивные расстройства дисметаболической природы связаны с гипотиреозом, заболеваниями печени или почек, дефицитом витамина B12 или фолиевой кислоты. Поэтому выявление когнитивных нарушений требует всесторонней оценки состояния здоровья пациента и лечения сопутствующих соматических и эндокринных заболеваний [1]. При своевременной диагностике когнитивные нарушения в рамках дисметаболической энцефалопатии могут быть полностью обратимыми, и, напротив, при значительной продолжительности дисметаболические расстройства могут приводить к необратимым структурным повреждениям мозга [1]. Минимальный объем лабораторных исследований, который необходимо выполнять всем пациентам с когнитивными нарушениями, включает: общий анализ крови и мочи; биохимическое исследование крови с определением концентрации креатинина, азота мочевины, активности печеночных ферментов (АСТ, АЛТ, гамма-ГТ); определение концентрации в плазме крови витамина B12 и фолиевой кислоты; лабораторное исследование функции щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ, АТ к ТГ) [1, 12].

Следует учитывать проводимую медикаментозную терапию пациента, поскольку многие лекарственные средства: холинолитики, трициклические антидепрессанты, нейролептики, бензодиазепины – могут ухудшать когнитивные функции. При наличии когнитивных нарушений от этих препаратов следует по возможности отказаться.

***При своевременной диагностике когнитивные нарушения в рамках дисметаболической энцефалопатии могут быть полностью обратимыми, и, напротив, при значительной продолжительности дисметаболические расстройства могут приводить к необратимым структурным повреждениям мозга***

Большое значение для выявления этиологии когнитивных нарушений имеет проведение нейровизуализации головного мозга. Результаты магнитно-резонансной и компьютерной томографии головного мозга позволяют исключить угрожающие жизни состояния, такие как опухоль головного мозга, ишемический и геморрагический инсульт [1, 13]. Нейровизуализация играет важную роль в диагностике одной из потенциально обратимых форм деменции – нормотензивной гидроцефалии, при которой выявляется преимущественно внутренняя гидроцефалия, максимально выраженная в области передних рогов боковых желудочков. В целом нозологический диагноз базируется на особенностях когнитивных расстройств, характере сопутствующей очаговой неврологической симптоматики и данных нейровизуализации [1, 9, 10, 12].

Очень важно диагностировать когнитивные расстройства на ранних этапах. Своевременная диагностика лег-

ких и умеренных когнитивных расстройств повышает возможности вторичной профилактики и терапевтического воздействия, которое может отсрочить или предотвратить наступление деменции.

***Своевременная диагностика легких и умеренных когнитивных расстройств повышает возможности вторичной профилактики и терапевтического воздействия, которое может отсрочить или предотвратить наступление деменции***

## ЛЕЧЕНИЕ

Выбор тактики ведения пациентов определяется тяжестью когнитивных нарушений и их этиологией. При деменции легкой и умеренной выраженности, связанной с болезнью Альцгеймера, цереброваскулярной патологией или смешанной сосудисто-дегенеративной этиологией когнитивной дисфункции, препаратами первого выбора являются ингибиторы ацетилхолинэстеразы и/или мемантин [1, 10, 12]. Опыт применения данных препаратов показывает положительное влияние на память и другие когнитивные функции, а также уменьшение поведенческих нарушений. На стадии умеренных и легких когнитивных нарушений эффективность ингибиторов ацетилхолинэстеразы и мемантина на сегодняшний день не доказана [1, 10, 12]. Учитывая, что синдром умеренных когнитивных расстройств полиэтиологичен, своевременное выявление и назначение адекватной терапии факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (артериальной гипертензии, гиперлипидемии, нарушения свертываемости крови и т. д.) приводит к значительному уменьшению выраженности когнитивных нарушений у пациентов. Эффективность антигипертензивных лекарственных препаратов для снижения риска развития инсульта и когнитивных расстройств была доказана в ряде исследований [14–16]. В качестве антигипертензивных средств целесообразно применять блокаторы кальциевых каналов, блокаторы рецепторов к ангиотензину II, комбинацию ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и диуретика [14–17].

В настоящее время предполагается, что блокаторы рецепторов ангиотензина II способствуют предупреждению развития и прогрессирования когнитивных нарушений как сосудистого, так и нейродегенеративного характера у пациентов с артериальной гипертензией [17, 18]. В ходе многолетнего исследования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями было показано статистически значимое снижение частоты развития болезни Альцгеймера и темпа прогрессирования этого заболевания у пациентов, получавших блокаторы рецепторов к ангиотензину II 1-го типа. Эти результаты связаны, вероятно, не только с прямым антигипертензивным действием препарата, но и с возможными антигипоксическим и нейропротективным эффектами, замедляющими прогрессирование поражения белого вещества головного мозга,

а также снижающими риск развития инсульта [18]. Согласно данным анализа результатов магнитно-резонансной томографии пациентов с артериальной гипертензией длительная антигипертензивная терапия способствует снижению частоты развития немых лакунарных инфарктов и замедлению прогрессирования лейкоареоза [15]. При подборе антигипертензивной терапии важно учитывать, что чрезмерное снижение артериального давления может способствовать прогрессированию когнитивных нарушений, особенно у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами церебральных артерий [14].

Из нелекарственных методов в лечении пациентов с когнитивными нарушениями используют упражнения по тренировке памяти и внимания. Они включают в себя обучение специальным приемам, облегчающим запоминание и воспроизведение, и упражнения, направленные на повышение концентрации внимания. Данные методики наиболее эффективны на стадии умеренных когнитивных нарушений и легкой деменции.

При сочетании когнитивных нарушений и депрессии терапию следует начинать с лечения депрессии, т. к. когнитивные расстройства в таком случае могут иметь вторичный характер по отношению к эмоциональным нарушениям [1, 10, 12]. Для лечения депрессии целесообразно использовать препараты без дополнительного холинолитического эффекта, т. к. последний крайне нежелателен для лиц с когнитивными расстройствами. Наиболее предпочтительны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина [1, 6, 10, 12]. При выраженных тревожных расстройствах можно использовать атипичные нейролептики, которые реже вызывают экстрапирамидные побочные эффекты. Для симптоматического лечения нарушений сна могут быть показаны препараты мелатонина.

Нелекарственными способами лечения депрессивных и тревожных расстройств являются различные

психотерапевтические методики. По мнению многих специалистов, наиболее эффективна в процессе лечения депрессии и тревоги когнитивно-поведенческая терапия, фокусирующаяся на коррекции особенностей мышления пациентов, страдающих психо-эмоциональными расстройствами. Когнитивно-поведенческая психотерапия направлена на нормализацию мыслительных искажений депрессивной природы, которые лежат в основе болезненных переживаний и мешают потенциально полезной активности. Хороший эффект отмечается от сочетания медикаментозных и психотерапевтических методик лечения эмоциональных расстройств [19].

Многим пациентам, у которых легкие когнитивные расстройства возникают на фоне легких и умеренных эмоциональных расстройств, может помочь EGb 761 (Танакан). Препарат представляет собой стандартизированный экстракт *Ginkgo biloba*, который содержит целый ряд различных веществ, в частности флавоноиды и терпеноиды, обладающих нейропротективным и вазоактивным эффектами. Такое действие Танакана на центральную нервную систему лежит в основе ключевых показаний к назначению данного препарата (лечение церебральной дисфункции различной этиологии). Танакан обладает различными эффектами, которые способствуют улучшению настроения, предотвращению дефицитов памяти, а также снижению выраженности проявлений легкого и умеренного нарушения когнитивных функций [20, 21].

На основании результатов исследований, проведенных на животных, было предложено несколько механизмов, объясняющих множественные фармакологические эффекты данного препарата. Танакан вызывает расслабление гладких мышц, способствует выработке NO в кровеносных сосудах, что приводит к улучшению как периферического, так и центрального кровотока в сосудах небольшого калибра. У животных отмечены антиоксидантные эффекты Танакана, а также способность данного препарата подавлять активность

## МЫСЛИ ЯСНО – ЖИВИ КЛАССНО!



**танакан**® EGb 761<sup>†</sup>



Реклама  
РУ: П №011709/01 от 01.11.2011, П №011709/02 от 15.08.2011

**АКТИВНОСТЬ\***  
**ПАМЯТЬ**  
**ВНИМАНИЕ**



- **натуральный препарат**
- **улучшает работу мозга**
- **улучшает внимание**
- **активизирует память**

\* Сулина З.А., Тимербаева С.Л. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1999.10.С37-42

Отпускается без рецепта врача. Имеются противопоказания. Необходимо ознакомиться с инструкцией или обратиться к лечащему врачу.

Информация по препарату предоставляется в соответствии с п.4 ст.74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» для ознакомления о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов.

Если Вы хотите сообщить о нежелательных явлениях, жалобе на препарат, направьте, пожалуйста, свои претензии лечащему врачу, в регуляторные органы или в Московское представительство компании «Ипсен Фарма» 109147, г. Москва, ул. Таганская 19, тел.: +7 (8) 495 258 54 00, факс: +7 (8) 495 258 54 01 [pharmacovigilance.russia@ipsen.com](mailto:pharmacovigilance.russia@ipsen.com).

В нерабочие часы круглосуточные телефоны: 8 (916) 999 30 28 (для приема сообщений о нежелательных явлениях и претензиях на качество препарата компании Ипсен); 8 (800) 700 40 25 (служба медицинской информации по препаратам компании для специалистов здравоохранения).

**IPSEN**  
Innovation for patient care

ООО «ИПСЕН» Россия, 109147, Москва, ул. Таганская, 19  
Тел.: +7 (495) 258 54 00; факс: +7 (495) 258 54 01  
[www.ipsen.ru](http://www.ipsen.ru)

свободных радикалов, ингибировать нейротоксичность  $\beta$ -амилоида, предотвращать ишемическую гибель нейронов, сохранять функцию гиппокампа, улучшать пластичность нейронов и предотвращать когнитивные расстройства после стресса или травматического повреждения головного мозга. Данный препарат модулирует различные нейротрансмиттерные системы: он является мощным ингибитором моноаминоксидазы А, а также обратного захвата дофамина и норадреналина. Кроме того, Танакан обладает стабилизирующим и протективным эффектом в отношении функции митохондрий [20–23].

**При подборе антигипертензивной терапии важно учитывать, что чрезмерное снижение артериального давления может способствовать прогрессированию когнитивных нарушений, особенно у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами церебральных артерий**

В нескольких доклинических и клинических исследованиях, проведенных за последние десятилетия, отмечена эффективность препарата Танакан в лечении легкой деменции, а также легких и умеренных когнитивных нарушений [20, 24, 25]. Помимо благоприятных эффектов в отношении памяти и возрастного когнитивного дефицита, было также отмечено позитивное влияние и на настроение. Ряд авторов отметил благоприятное действие препарата Танакан на поведенческие и психологические аспекты когнитивных нарушений, включая тревожность и депрессию [20, 24, 25]. Считается, что Танакан препятствует развитию стресса, в связи с чем может представлять собой эффективное средство предотвращения и лечения таких, связанных со стрессом, нарушений, как депрессия и тревожность [20, 24].

Предотвращающее развитие стресса действие Танакана, а также эффекты препарата, близкие к анксиолитическим и антидепрессантным, были продемонстрированы в ряде доклинических исследований [26–29]. Протективный эффект Танакана связан также с центральной модуляцией нейротрансмиттерных систем, вовлеченных в ответ на стресс (в частности, систем передачи нервных импульсов, опосредованных норадреналином, серотонинергическими и дофаминергическими рецепторами) [21, 29].

В клиническом исследовании, проведенном с участием здоровых добровольцев, применение Танакана приводило к существенному ослаблению прироста как систолического артериального давления, так и диастолического артериального давления, вызванного стрессом, наряду со снижением уровня кортизола [26]. Результаты другого исследования продемонстрировали улучшение сна у пациентов с депрессией, наряду со снижением числа пробуждений, во время терапии Танаканом. Результаты исследования, проведенного Woelk и соавт., позволяют предполагать, что Танакан обладает дозозависимым специфичным анксиолитическим эффектом у пациентов с генерализованным тревожным расстройством или

нарушениями адаптации, сопровождающимися тревожным нарушением [30]. Отмечено также благоприятное влияние Танакана на психофизиологическое состояние пациентов с различными астеническими нарушениями. На фоне лечения Танаканом значительное улучшение достигалось со стороны параметров внимания, краткосрочной визуальной памяти, операционных характеристик и совокупного индекса эффективности функциональной деятельности [31].

Принимая во внимание различные благоприятные эффекты Танакана в отношении центральной нервной системы, его хорошую переносимость, отсутствие риска развития зависимости, сонливости, данный препарат подходит для лечения пациентов молодого и среднего возраста, страдающих когнитивными и эмоциональными расстройствами [31]. Собственный опыт показывает эффективность Танакана у пациентов с головокружением, сочетающимся с легкими когнитивными и эмоциональными расстройствами.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка М. 50 лет обратилась с жалобами на головокружение, проявляющееся ощущением неустойчивости при ходьбе, которое усиливалось на улице, в супермаркете, при эмоциональном напряжении пациентки, тревогу, снижение фона настроения, снижение внимания, памяти, работоспособности. При обращении в поликлинику по месту жительства данное состояние было расценено как проявление вертебрально-базиллярной недостаточности. Пациентке был назначен курс терапии мексидолом, кавинтоном без эффекта. Состояние пациентки не улучшалось, присоединился страх падения. Пациентка перестала выходить из дома без сопровождения. Для уточнения диагноза пациентка была направлена на консультацию в Клинику нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

**Результаты исследования, проведенного Woelk и соавт., позволяют предполагать, что Танакан обладает дозозависимым специфичным анксиолитическим эффектом у пациентов с генерализованным тревожным расстройством или нарушениями адаптации, сопровождающимися тревожным нарушением**

При обследовании установлено, что пациентка в сознании, адекватна, в месте и времени ориентирована правильно. Черепная иннервация без отклонения от нормы. Парезов, чувствительных, тазовых нарушений нет. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Динамические координаторные пробы пациентка выполняет удовлетворительно. В простой пробе Ромберга устойчива, в усложненной пробе Ромберга выявляется легкая неустойчивость.

При нейровестибулярном исследовании не выявлялся спонтанный нистагм в положении сидя с открытыми глазами. Пробы с кружением (тряской) головы («head-

shaking»), Хальмаги, Унтербергера отрицательные. Позиционные пробы Дикса – Холлпайка, МакКлюра – Пагнини отрицательные. При стабิโลграфическом исследовании было выявлено нарушение устойчивости по функциональному типу (при отвлечении внимания все стабิโลграфические показатели были в норме).

Проведенное нейропсихологическое исследование выявило легкие когнитивные нарушения в виде снижения балла по краткой шкале оценки психического статуса до 27 баллов; тест рисования часов – баллов; батарея лобной дисфункции – 16 баллов, тест на запоминание 10 слов – непосредственное и отсроченное воспроизведение 9 слов. Выявлено повышение уровня тревоги до 14 баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Пациентке был поставлен диагноз «легкие когнитивные нарушения. Постуральная фобическая неустойчивость».

Была проведена беседа с пациенткой (рациональная психотерапия). Для лечения постуральной фобической неустойчивости были проведены 10 сеансов реабилитации на стабิโลграфической платформе с биологической обратной связью. С целью коррекции когнитивных, эмоциональных и постуральных нарушений пациентке был назначен Танакан в дозе 120 мг/сут на 3 мес. Состояние

пациентки существенно улучшилось через месяц, а через 3 мес. жалобы полностью регрессировали. Пациентка вернулась к обычному образу жизни.

**Для лечения депрессии целесообразно использовать препараты без дополнительного холинолитического эффекта, т. к. последний крайне нежелателен для лиц с когнитивными расстройствами**

Таким образом, у пациентов среднего возраста жалобы на когнитивные расстройства часто связаны с эмоциональными нарушениями. В таких случаях лечение основывается на терапии эмоционального расстройства (депрессии, тревожные расстройства), включает психотерапию и психотропные средства (антидепрессанты и транквилизаторы) при выраженных расстройствах. При легкой степени когнитивных и эмоциональных расстройств эффективен EGb 761 (Танакан); собственный опыт показывает эффективность Танакана у пациентов с головокружением, сочетающимся с легкими когнитивными и эмоциональными расстройствами.



#### ЛИТЕРАТУРА

- Парфенов В.А., Захаров В.В. Преображенская И.С. Когнитивные расстройства. М.: Ремедиум, 2014.
- WHO. The world health report, 2001. Accessed at <http://www.who.int/whr/2001/chapter1/en/index.html> 28 Dec 2013.
- Hafliger S. Anxiety and Depression in Primary Care. Columbia University. College of Physicians and Surgeons. *Annual Training*, 2013.
- Woelk H, Arnoldt KH, Kieser M, Hoerr R. Ginkgo biloba special extract EGb 761® in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychiatr Res*, 2007. 41(6): 472-480.
- Airaksinen E. Cognitive Functions in Depression and Anxiety Disorders. Findings from a population-based study. The doctoral thesis. Stockholm, 2006.
- Castaneda AE. Cognitive Functioning in Young Adults with Depression, Anxiety Disorders, or Burnout Symptoms. Findings from a Population-based Sample. Academic dissertation. Helsinki, 2010.
- Gualtieri CT, Morgan D. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression and bipolar disorder: an uncoupled source of variance in clinical trials. *J Clin Psychiatry*, 2008. 69(7): 1122-30.
- Korunka C, Tement S, Zdrehus C, Borza A. Burnout: Definition, recognition and prevention approaches. BOIT: Burnout Intervention Training for Managers and Team Leaders. 2010.
- Lezak MD. Neuropsychology assessment. N.Y. University Press. 1983. 768.
- Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. *Неврол. журн.*, 2006. 11. Приложение №1. 4–12.
- Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. 208 с.
- Lovenstone S, Gauthier S. Management of dementia. – London: Martin Dunitz, 2001.
- Brondino N, De Silvestri A, Re S et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of *Ginkgo biloba* in Neuropsychiatric Disorders: From Ancient Tradition to Modern-Day Medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013. 2013, 11.
- Парфенов В.А., Старчина Ю.А., Яхно Н.Н. Эпросартан (Тевентен) в профилактике повторного инсульта и когнитивных нарушений. *Неврологический журнал*, 2007. 1: 46-51.
- PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet*, 2001. 358: 1033-1041.
- Schrader J, Luders S, Kulschewski A et al. Mortality and morbidity after stroke, Eprosartan compared with Nitrendipine for secondary prevention. Principal results of a prospective randomised controlled study (MOSES). *Stroke*, 2005. 36: 1218-1226.
- Trenkwalder P. The Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE) – recent analyses. *J Hypertens Suppl.*, 2006. 24 (1): 107-14.
- Li N-C, Lee A, Whitmer RA et al. Use of angiotensin receptor blockers and risk of dementia in a predominantly male population: prospective cohort analysis. *BMJ*, 2010. 340: b5465.
- DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Gladis MM, Brown LL, et al: Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*, 2005. 62(4): 409-416.
- DeFeudis FV, Drieu K. Ginkgo Biloba Extract (EGb 761®) and CNS Functions: Basic Studies and Clinical Applications. *Curr Drug Targets*, 2000. 1 (1): 25-58.
- Müller WE, Chatterjee SS. Cognitive and other behavioral effects of EGb 761® in animal models. *Pharmacopsychiatry*, 2005. 36 Suppl 1: S24-31.
- Sakakibara H, Ishida K, Grundmann O et al. Antidepressant Effect of Extracts from Ginkgo biloba Leaves in Behavioral Models. *Biol. Pharm. Bull.*, 2006. 29(8): 1767-1770.
- Bachinskaya N, Hoerr R, Ihl R. For the GOTADAY Study Group. Alleviating neuropsychiatric symptoms in dementia: the effects of *Ginkgo biloba* extract EGb 761®. Findings from a randomized controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 2011. 7: 209–215.
- Hoerr R. Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): effects of EGb 761®. *Pharmacopsychiatry*, 2003. 36 (Suppl.1): S56-61.
- Jezova D, Duncok R, Lassanova M, Kriska M, Moncek F. Reduction of rise in blood pressure and cortisol release during stress by Ginkgo biloba extract (EGb 761®) in healthy volunteers. *J Physiol Pharmacol.*, 2002. 53(3): 337-348.
- Müller WE, Chatterjee SS. Cognitive and other behavioral effects of EGb 761® in animal models. *Pharmacopsychiatry*, 2003. 36 Suppl 1: S24-31.
- Rapin JR, Lamprogrou I, Drieu K, DeFeudis FV. Demonstration of the «anti-stress» activity of an extract of Ginkgo biloba (EGb 761®) using a discrimination learning task. *Gen Pharmacol.*, 1994. 25(5): 1009-1016.
- Rojas P, Serrano-García N, Medina-Campos ON, et al. Antidepressant-like effect of a Ginkgo biloba extract (EGb 761®) in the mouse forced swimming test: role of oxidative stress. *Neurochem Int.*, 2011. 59(5): 628-636.
- Woelk H, Arnoldt KH, Kieser M, Hoerr R. Ginkgo biloba special extract EGb 761® in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychiatr Res.*, 2007. 41(6): 472-480.
- Незнамов Г.Г., Телешова Е.С., Сюняков С.А. и др. Влияние танакана на психофизиологическое состояние больных с астеническими расстройствами. *Эксперимент. клин. психофармакол.*, 2002. 65(1): 22-28.
- Филатова Е.Г., Наприенко М.В. Терапия нарушений памяти и внимания у молодых пациентов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 2013. (3): 18–23.