

УДК 616.89-008.45/.48:613.86-053.85]-07-085:613.292

DOI: 10.22141/2224-0713.2.96.2018.130478

Насонова Т.І.<sup>1</sup>, Колосова Т.В.<sup>1</sup>, Слободин Т.М.<sup>1</sup>, Клименко О.В.<sup>1</sup>, Курочкін І.В.<sup>2</sup>, Рябиченко Т.М.<sup>2</sup>, Тишкевич О.В.<sup>2</sup>, Бугайов Ю.А.<sup>2</sup>, Головченко Ю.І.<sup>1</sup><sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня № 9, м. Київ, Україна

## Порушення пам'яті й уваги в пацієнтів середнього віку: діагностика й лікування

**Резюме. Актуальність.** Когнітивні й психоемоційні порушення в пацієнтів середнього віку — важлива медико-соціальна проблема. Діагностика й лікування порушень когнітивно-емоційної сфери — невідкладне завдання сімейних лікарів, терапевтів, неврологів, психіатрів тощо. Важливу роль у порушенні пам'яті, нейродинамічних функцій в осіб середнього віку відіграє вплив хронічного психосоціального стресу, що тісно пов'язаний із патофізіологією депресивних і тривожних розладів. У таких пацієнтів страждає увага, швидкість обробки інформації й здатність переключатися з одного виду діяльності на інший, пацієнти скаржаться на сповільнення мислення й реакцій, що часто заважає їм у професійній діяльності. Пошук лікарських засобів, що зменшують тривогу і при цьому не погіршують когнітивні функції й вегетативний стан, є актуальним. Попередні результати експериментальних досліджень холіну альфосцерату продемонстрували його здатність зменшувати вікові структурні зміни у фронтальній корі головного мозку й гіпокамі. **Мета:** діагностика когнітивної дисфункції, асоційованої з психоемоційними порушеннями, в пацієнтів середнього віку і лікування когнітивно-емоційних розладів з додаванням до базової терапії дієтичної добавки Ренеїро Плюс. **Матеріали та методи.** Було обстежено 60 пацієнтів віком від 44 до 59 років з легкими й помірними когнітивними порушеннями. Психодіагностичне дослідження проводили за допомогою: тесту Лурія, Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій, тесту заміни цифрових символів, шкали особистісної й реактивної тривоги Спілбергера — Ханіна. Лікування включало антигіпертензивну, метаболічну, гіполіпідемічну терапію. Крім того, пацієнти основної групи (30 осіб) додатково отримували дієтичну добавку Ренеїро Плюс. **Результати.** Когнітивні порушення спостерігались у таких сферах: увага й концентрація, пам'ять, оптико-просторові навички, абстрактне мислення й лічба. Після лікування в 1-й групі практично всі пацієнти відзначили покращання як настрою, так і когнітивних функцій: збільшилася розумова працездатність, покращилася пам'ять, зменшилася кількість епізодів забудькуватості й неувважності, покращилася концентрація уваги, на той час як у 2-й групі відсоток пацієнтів, у яких визначали суттєве покращання, був вірогідно меншим ( $p < 0,05$ ). Результати тестування реактивної тривожності показали зменшення показників за даною шкалою в групі, що приймала Ренеїро Плюс. Різниця між даними до та після лікування в основній групі була статистично вірогідною ( $p < 0,05$ ). Переносимість дієтичної добавки Ренеїро Плюс була оцінена як добра, не було випадків відмови від терапії препаратом Ренеїро Плюс. Лабораторні дослідження не мали негативного впливу на кров, функцію нирок і печінки. Лікування психоемоційних розладів з когнітивними порушеннями потребує значної уваги клініциста. При поєднанні когнітивних порушень з тривогою й депресією терапію слід починати з лікування тривоги й депресії, тому що когнітивні розлади в такому випадку можуть мати вторинний характер щодо емоційних порушень. Слід враховувати, що багато лікарських засобів, зокрема холінолітики, трициклічні антидепресанти, нейролентики, бензодіазепіни, можуть погіршувати когнітивні функції. **Висновки.** У пацієнтів середнього віку на фоні хронічного стресу формуються психоемоційні розлади з когнітивними порушеннями. Застосування дієтичної добавки Ренеїро Плюс у комплексному лікуванні когнітивних порушень на фоні тривожних розладів сприяє покращанню когнітивних і психоемоційних функцій у пацієнтів середнього віку. 30-денний курс терапії із використанням дієтичної добавки Ренеїро Плюс є безпечним і не викликає небажаних побічних явищ.

**Ключові слова:** стрес; психоемоційні розлади; когнітивні порушення; лікування

## Вступ

Хронічний стрес, несприятливе екологічне оточення, вживання великої кількості жирів і солодощів, зловживання алкоголем сприяють «омолодженню» когнітивних розладів [2, 3]. Порушення пам'яті, уваги, зміни настрою, безпричинна тривога часто виникають у людей працездатного віку. Страждає найбільш соціально активна частина громадян, адже люди 45–55 років — це фахівці з достатнім досвідом і переважно зі збереженим здоров'ям, які можуть виконувати найголовніші, найвідповідальніші завдання у своїй професії. Тому порушення пам'яті, зниження рівня уваги, підвищене відволікання впливають на темп роботи, прийняття важливих рішень, уповільнюють процеси набуття нових професійних навичок. Когнітивні й психоемоційні порушення в людей середнього віку — це проблема, що давно переросла з медичної у важливу соціальну.

До когнітивних розладів відносять зниження порівняно з індивідуальним преморбідним рівнем однієї або декількох вищих мозкових функцій (сприйняття, пам'ять, праксис, увага, мовлення й соціальний інтелект). Відомо понад 100 захворювань, що призводять до когнітивної дисфункції [7]. Серед основних причин когнітивних розладів виділяють нейродегенеративні, судинні, змішані, дисметаболичні порушення, нейроінфекції, демієлінізуючі захворювання, черепно-мозкову травму, пухлини, порушення ліквородинаміки. Крім того, когнітивні порушення можуть виникати при психічних і емоційних навантаженнях [7].

Важливу роль у порушенні пам'яті, нейродинамічних функцій в осіб середнього віку відіграє вплив хронічного психосоціального стресу, що тісно пов'язаний з патофізіологією депресивних і тривожних розладів. У таких пацієнтів страждає швидкість обробки інформації й здатність переключатися з одного виду діяльності на інший, пацієнти скаржаться на сповільнення мислення й реакцій, що часто заважає їм у професійній діяльності.

Найбільш поширеними змінами емоційної сфери є патологічні зміни настрою. Від порушення настрою протягом життя страждають 10–25 % жінок і до 12 % чоловіків [5, 7]. Депресія й тривога часто призводять до порушення уваги, пам'яті, зниження працездатності, підвищеної втомлюваності, порушення сну. Розвивається цілий комплекс нервово-психічних розладів, що значно знижують якість життя пацієнтів, а їх прогресування сприяє розвитку соціальної дезадаптації, втраті зайнятості, нерідко — розлученням, що, у свою чергу, ще більше посилює емоційні й когнітивні порушення. Виникає замкнуте коло, з якого інколи дуже важко вийти.

Тривожні розлади спонукають пацієнтів звертатись до сімейних лікарів, неврологів, а деколи й до психіатрів. Такі пацієнти скаржаться на відчуття немотивованого страху, занепокоєння, внутрішнє напруження, нерідко ці явища супроводжуються вегетативними проявами. Проведені дослідження показали, що порушення когнітивних функцій визначається в 19 % пацієнтів із тривожним розладом і 21 % пацієнтів із депресією. За результатами одного з великих епідеміологічних до-

сліджень був виявлений вірогідний позитивний кореляційний зв'язок депресивних і тривожних розладів із порушеннями короткострокової пам'яті й уваги [2, 5, 7].

Розглядаючи питання про зв'язок між тривогою й когнітивними процесами, слід відзначити неоднозначність впливу тривоги як симптому на когнітивне функціонування. В.Н. Краснов у монографії «Розлади афективного спектра» [1] наводить закон Йеркса — Додсона, згідно з яким легка тривога може підвищувати результати виконавчої актуальної активності, але сильна, клінічно значуща тривога знижує продуктивність діяльності. Більш того, на когнітивні функції, мабуть, впливає не тільки актуальна тривога, але і тривожність як стійка особистісна диспозиція [1]. На даний час є значна кількість даних щодо зв'язку рис тривожного ряду з виникненням і перебігом депресії, а також відповіддю на лікування [1]. Однак про їх вплив на когнітивні процеси в депресивних пацієнтів є лише поодинокі роботи [1].

Своєчасна діагностика й адекватне лікування з урахуванням етіології когнітивного порушення дозволяють значно покращити якість життя пацієнтів і запобігти прогресуванню когнітивних розладів або уповільнити його [5].

Діагностика когнітивних і емоційних порушень заснована на проведенні рутинного дослідження стану когнітивної й емоційної сфери на прийомі невролога в амбулаторній практиці. Включення в стандартну схему неврологічного огляду тестів на когнітивну й емоційну дисфункцію, а також аналіз рухових, чутливих та інших неврологічних функцій дозволяє значно підвищити рівень діагностики великої кількості захворювань головного мозку.

Для уточнення причини когнітивних порушень в осіб молодого й середнього віку слід оцінити їх кількісні та якісні характеристики, вивчити історію розвитку й го- строту розвитку когнітивного дефіциту, характер перебігу, зв'язок зі станом інших мозкових функцій. Для цього всім пацієнтам зі скаргами когнітивного характеру, крім оцінки неврологічного статусу, необхідно проводити нейропсихологічне тестування [2]. В осіб молодого й середнього віку найбільшу чутливість мають нейродинамічні тести (Digit Symbol, Trail Making Test тощо).

У клінічній практиці в осіб середнього віку переважають легкі когнітивні розлади — порушення однієї або декількох когнітивних функцій, що формально залишаються в межах середньостатистичної вікової норми або відхиляються від неї незначно [2, 3]. Вони не чинять будь-якого впливу на повсякденну активність, але має місце зниження когнітивних здібностей порівняно з більш високим вихідним рівнем (індивідуальною нормою) [5, 7]. Найчастіше легкі когнітивні порушення проявляються зниженням концентрації уваги й порушеннями короткочасної пам'яті. Найчастішою причиною скарг на зниження пам'яті в осіб середнього віку є емоційні розлади у вигляді підвищеної тривожності або зниження фону настрою [5, 7]. Тому всім пацієнтам зі скаргами на зниження пам'яті слід ретельно оцінювати емоційну сферу.

Для об'єктивізації емоційних і поведінкових порушень слід використовувати спеціальні психометричні шкали, що являють собою опитувальники для пацієнта (госпітальна шкала тривоги й депресії, опитувальник Бека та ін.), або рейтингові шкали, за якими тяжкість симптомів оцінює лікар (наприклад, шкала депресії Гамільтона) [2].

При обстеженні пацієнтів із когнітивними порушеннями важливо виявляти потенційно курабельні порушення, пов'язані з ускладненнями різних соматичних або ендокринних захворювань (гіпотиреоз, дефіцит вітаміну  $B_{12}$  і фолієвої кислоти, ниркова й печінкова недостатність, дихальна недостатність, хронічна гіпоксія іншої природи тощо). При своєчасній діагностиці когнітивні порушення в рамках дисметаболічної енцефалопатії можуть бути повністю оборотними, і навпаки, при значній тривалості дисметаболічних розладів можуть відбутися необоротні структурні ушкодження мозку. Тому пацієнти з когнітивними порушеннями повинні пройти ретельне соматичне обстеження, відповідні лабораторні дослідження, лікування супутніх захворювань [2, 3].

Лікування тривоги й депресії часто включає центральні холіноблокатори, барбітурати, бензодіазепіни, нейролептики, трициклічні антидепресанти, седативні засоби, що зменшують прояви тривожних розладів, але знижують концентрацію уваги, пам'ять, мають снодійний ефект. Проте пацієнти, які активно працюють, не можуть собі дозволити такі побічні дії препаратів, вони мають продовжувати активну професійну діяльність, керувати авто, виховувати дітей тощо. Саме тому пошук лікарських засобів, що зменшують тривогу й при цьому покращують когнітивні функції й вегетативний стан, є актуальним.

У зв'язку з цим проведено дослідження впливу дієтичної добавки Ренеїро Плюс на легкі когнітивні й емоційні порушення в пацієнтів середнього віку.

Дієтична добавка холіну альфосцерат (Ренеїро Плюс) — фосфоліпід-складова субстанція клітинної мембрани в центральній нервовій системі, холінергічний попередник. Крім того, холіну альфосцерат є попередником холіну [6]. При надходженні в організм він перетворюється на метаболічно активну форму холіну — фосфорилхолін, що порівняно з іншими джерелами холіну має більшу здатність проникати через гематоенцефалічний бар'єр. Фосфорилхолін збагачує холінергічні синапси, тим самим збільшуючи синтез ацетилхоліну — одного з основних медіаторів нервового збудження. Крім того, холіну альфосцерат бере участь у мембранному фосфоліпідному й гліцероліпідному синтезі, покращуючи тим самим стан клітинних мембран [4].

Попередні результати експериментальних досліджень холіну альфосцерату продемонстрували його здатність зменшувати вікові структурні зміни у фронтальній корі головного мозку й гіпокампі, а також нівелювати функціональні недоліки холінергічної системи.

Більшість наукових досліджень, виконаних із застосуванням холіну альфосцерату, спираються на здатнос-

ті препарату адекватно підтримувати вищі когнітивні функції, особливо пізнавальні й поведінкові реакції, покращувати запам'ятовування й відтворення інформації, підвищувати концентрацію уваги [4].

**Мета дослідження** — діагностика когнітивної дисфункції, асоційованої з психоемоційними порушеннями, в пацієнтів середнього віку й лікування когнітивно-емоційних розладів із додаванням до базової терапії дієтичної добавки Ренеїро Плюс.

## Матеріали та методи

Було обстежено 60 пацієнтів віком від 44 до 59 років із легкими й помірними когнітивними порушеннями. Усі пацієнти на момент включення в дослідження мали офіційне місце роботи й виявляли ознаки зниження працездатності через порушення когнітивної сфери й наявні емоційні розлади.

Дизайн дослідження включав скринінг та етап порівняльного дослідження. Після підписання форми інформованої згоди пацієнтам проводили загальноклінічне, неврологічне й лабораторне обстеження, комплексне нейропсихологічне тестування. Психодіагностичне дослідження було проведене з використанням: тесту Лурія на запам'ятовування десяти не пов'язаних за змістом слів для перевірки вербальної пам'яті (Лурія А.Р., 1969), Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій — MoCA (Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V., 2005), для дослідження швидкості обробки інформації, зорово-моторного координування й вибіркової уваги використовували тест заміни цифрових символів (Digit Symbol, 2003) (рис. 1), шкали особистісної й реактивної тривоги Спілбергера — Ханіна (Спілбергер Ч.Д., Ханін Ю.Л., 2001) [3].

Крім того, пацієнтам проводили лабораторне дослідження функції щитоподібної залози й визначали концентрацію в плазмі крові вітаміну  $B_{12}$  і фолієвої кислоти [2].

Для уточнення етіології когнітивних порушень пацієнтам проводилась нейровізуалізація (магнітно-резонансна або комп'ютерна рентгенівська томографія головного мозку). У дослідження не включали пацієнтів з ознаками перенесеного інсульту, нормотензивною гідроцефалією, пухлинами, деменцією й захворюваннями внутрішніх органів, що могли б вплинути на результати дослідження.

Тестування проводили на етапі скринінгу й після лікування.

Лікування включало антигіпертензивну, метаболічну, гіполіпідемічну терапію. Пацієнти були поділені на дві групи: 1-ша група, основна ( $n = 30$ ) — пацієнти додатково отримували дієтичну добавку Ренеїро Плюс вітчизняного виробника ТОВ «Мікрохім»; 2-га група, контрольна ( $n = 30$ ) — пацієнти отримували традиційну терапію без використання дієтичної добавки Ренеїро Плюс. Ренеїро Плюс застосовували у вигляді орального спрею: по 4 розпилення (400 мг холіну альфосцерату) 3 рази на добу перед вживанням їжі.

Обробку й аналіз даних проводили в програмних пакетах OpenOffice. Під час аналізу кількісних ознак перевіряли нормальність їх розподілу за допомогою

—	└	□	└	└	+	^	×	=
1	2	3	4	5	6	7	8	9
□	└	×	—	—	=	□	—	^

Рисунок 1. Тест заміни цифрових символів

одновибіркового критерію Колмогорова — Смірнова. Кількісні показники з нормальним розподілом були подані у вигляді середньої арифметичної й середньої похибки середньої величини ( $M \pm m$ ). Кількісні показники, які мали розподіл, що відрізняється від нормального, були подані у вигляді медіани ( $Me$ ) й інтерквартильного розмаху (IQR:  $Q1, Q3$ ). Вірогідність відмінностей між кількісними ознаками із нормальним розподілом встановлювали за допомогою непарного t-критерію Стьюдента. При порівнянні двох незалежних груп використовували критерій Манна — Уїтні (U) та критерій Вілкоксона (W) для двох залежних груп, якщо розподіл показника не відповідав нормальному.

## Результати та обговорення

Когнітивні порушення (легкі та помірні) за результатами тестування за шкалою MoCA були виявлені у 29 хворих основної групи і 28 хворих контрольної групи. Показники становили від 24 до 30 балів. Порушення спостерігались у таких когнітивних сферах: увага й концентрація, пам'ять, оптико-просторові навички, абстрактне мислення й лічба. Максимально вираженими були порушення в доменах пам'яті й уваги.

Після лікування в 1-й групі практично всі пацієнти відзначили покращання як настрою, так і когнітивних функцій: збільшилася розумова працездатність, покращилася пам'ять, зменшилась кількість епізодів забудькуватості й неухважності, покращилася концентрація уваги, на той час як у 2-й групі відсоток пацієнтів, які визначали суттєве покращання, був вірогідно меншим ( $p < 0,05$ ).

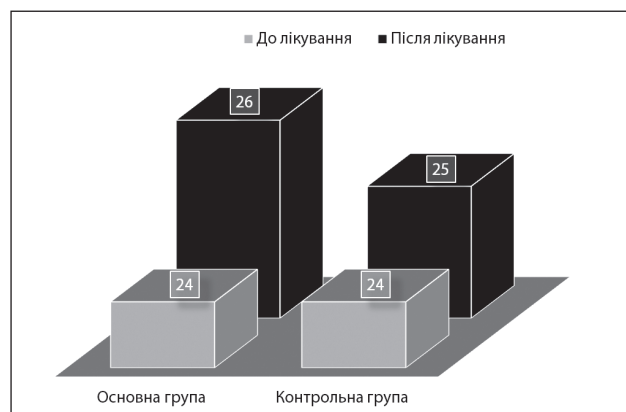
Результати дослідження когнітивних функцій за шкалою MoCA (медіана) наведені на рис. 2.

Аналіз кривих, що були побудовані за результатами виконання тесту Лурія (запам'ятовування 10 слів), свідчив про послаблення уваги, швидку втомлюваність, забудькуватість у пацієнтів обох груп. Криві мали зигзагоподібний вигляд. Кількість слів, що запам'ятали пацієнти в першій серії, становила в середньому в основній

групі  $5 \pm 2$  слова, у контрольній групі —  $6 \pm 2$  слова. Отже, об'єм короткочасної пам'яті пацієнтів обох груп був нижчим від норми. Кількість слів, що пацієнти утримали й відновили через 1 годину, становила в основній групі  $5 \pm 1$  слово, у контрольній групі —  $5 \pm 2$  слова. Це свідчить про зниження об'єму й слухової довготривалої пам'яті (табл. 1).

Після лікування показники короткочасної й довготривалої пам'яті за результатами тесту Лурія в групі пацієнтів, які приймали Ренейро Плюс, статистично вірогідно покращилися порівняно з показником до лікування. У групі пацієнтів, які не отримували досліджувану дієтичну добавку, показники дещо збільшились, але різниця між результатами до та після лікування в цій групі не досягла статистичної значущості.

Аналіз результатів тесту показав, що пацієнти, які мали скарги на порушення пам'яті й тривогу, вірогідно гірше виконували тест заміни цифрових символів на відміну від пацієнтів, які не мали таких скарг. Пацієнти

Рисунок 2. Динаміка показників когнітивних функцій до і після лікування в групах порівняння ( $Me$ )

Примітка: \* —  $p < 0,05$  — статистично вірогідна різниця між показниками до і після лікування в основній групі.

обох груп після лікування показали збільшення кількості правильних замінів цифрами символів, але в пацієнтів, які приймали дієтичну добавку Ренейро Плюс, результати були статистично вірогідно вищими порівняно з пацієнтами, які не приймали дієтичну добавку Ренейро Плюс. В основній групі до лікування кількість правильних замінів становила  $39,17 \pm 4,73$ , після лікування —  $48,14 \pm 8,53$ ; у контрольній групі до лікування становила  $41,24 \pm 5,13$ , після лікування —  $46,04 \pm 9,51$ . Різниця між показниками до і після лікування в основній групі була статистично вірогідною ( $p < 0,05$ ).

Визначали вплив Ренейро Плюс на тривогу за допомогою шкали Спілбергера — Ханіна до і після лікування (табл. 2).

Результати тестування реактивної тривожності показали зменшення даних за шкалою в групі, що приймала Ренейро Плюс: на початку лікування —  $44,4 \pm 3,4$  бала, на 28-му добу —  $28,6 \pm 2,8$  бала. У контрольній групі різниця відповідних показників була незначною ( $41,2 \pm 3,2$  бала й  $39,1 \pm 2,1$  бала). Різниця між даними до та після лікування в основній групі була статистично вірогідною ( $p < 0,05$ ).

Показники особистісної тривоги після лікування покращились у групі, що приймала Ренейро Плюс, але різниця між значеннями до та після лікування не досягла статистичної значущості ( $p = 0,07$ ).

Переносимість дієтичної добавки Ренейро Плюс була оцінена як добра. Жоден пацієнт не вибув передчасно з дослідження, не було випадків непереносимості або відмови від терапії препаратом Ренейро Плюс. Лабораторні дослідження не виявили негативного впливу на кров, функцію нирок і печінки.

Лікування когнітивних порушень, особливо легких і помірних, сьогодні викликає багато питань. На жаль, ефективність інгібіторів ацетилхолінестерази й мемантину при легких когнітивних порушеннях не доведена [1, 7].

Крім того, лікування психоемоційних розладів із когнітивними порушеннями також потребує значної уваги

клініциста. При поєднанні когнітивних порушень з тривогою та депресією терапію слід починати з лікування тривоги й депресії, тому що когнітивні розлади в такому випадку можуть мати вторинний характер щодо емоційних порушень [1, 7]. З огляду на те, що синдром помірних когнітивних розладів є поліетіологічним, своєчасне виявлення й призначення адекватної терапії факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань (артеріальної гіпертензії, гіперліпідемії, порушення згортання крові тощо) приводить до значного зменшення вираженості когнітивних порушень у пацієнтів. Ефективність антигіпертензивних лікарських препаратів для зниження ризику розвитку інсульту й когнітивних розладів була доведена в ряді досліджень [1, 4, 6, 7].

Упродовж останніх двох десятиліть для лікування хворих застосовуються лікарські засоби з холінергічною дією й лікарські засоби з дією на глутаматергічну систему, що спочатку були запропоновані для лікування хвороби Альцгеймера, але в подальшому показали ефективність при легкій когнітивній дисфункції.

Показано, що холіну альфосцерат проникає через гематоенцефалічний бар'єр і метаболізується з утворенням двох метаболітів: холіну (попередника ацетилхоліну) та гліцерофосфату (попередника фосфатидилхоліну, що входить до складу фосfolіпідів мембран нейронів), завдяки чому сприяє нейропротекції й відновленню структури й функції синаптичної мережі [3, 7]. Більшість наукових досліджень, виконаних із застосуванням холіну альфосцерату, спираються на здатність препарату адекватно підтримувати вищі когнітивні функції, особливо пізнавальні й поведінкові реакції, покращувати запам'ятовування й відтворення інформації, підвищувати концентрацію уваги [3, 7].

На зазначених фармакологічних властивостях холіну альфосцерату ґрунтується застосування дієтичної добавки Ренейро Плюс при когнітивних порушеннях. Терапія із застосуванням Ренейро Плюс (холіну альфосцерат) дозволяє домогтися ефекту у вигляді покращання когнітивних і поведінкових функцій, зменшення

**Таблиця 1. Динаміка показників когнітивних функцій за результатами тесту Лурія**

Група	До лікування		Після лікування	
	Короткочасна пам'ять (кількість слів)	Довготривала пам'ять (кількість слів)	Короткочасна пам'ять (кількість слів)	Довготривала пам'ять (кількість слів)
Основна	$5 \pm 2$	$5 \pm 1$	$7 \pm 1^*$	$7 \pm 2^*$
Контрольна	$6 \pm 2$	$5 \pm 2$	$6 \pm 1$	$6 \pm 3$

**Примітка:** \* — статистично вірогідна різниця між показниками до і після лікування в основній групі.

**Таблиця 2. Динаміка показників тривоги за шкалою Спілбергера — Ханіна**

Тривога	Основна група		Контрольна група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Особистісна	$41,2 \pm 3,2$	$36,8 \pm 2,1$	$47,3 \pm 4,6$	$43,4 \pm 3,8$
Реактивна	$44,4 \pm 3,4$	$28,6 \pm 2,8^*$	$41,2 \pm 3,2$	$39,1 \pm 2,1$

**Примітка:** \* — статистична значущість відмінності значень порівняно з вихідним показником пацієнтів основної групи,  $p < 0,05$ .

тривожних і астенічних розладів. На фармацевтичному ринку існує декілька форм холіну альфосцерату: розчин для внутрішньовенного або внутрішньом'язового застосування, капсули й розчин для перорального прийому. У випадках, коли в пацієнтів спостерігається надмірне збудження при прийомі пероральних форм холіну альфосцерату у дозі 400 мг (капсули) або 600 мг (флакон), оптимальне рішення — унікальна пероральна форма Ренейро Плюс у вигляді спрею. В одному розпиленні Ренейро Плюс міститься 100 мг холіну альфосцерату. Знаючи це, пацієнт може в разі необхідності індивідуально підбирати оптимальну разову дозу, щоб уникнути надмірного збудження. Максимально зручна дана форма для пацієнтів з порушенням ковтання. Ренейро Плюс у ротовій порожнині через систему під'язикової вени проникає в кровотік, що унеможливує контакт діючої речовини з агресивним вмістом шлунка й дозволяє уникнути першого проходження через печінку, таким чином зберігається доставка холіну альфосцерату до нейронів. Тим самим очікуваний терапевтичний ефект (покращання когнітивних і поведінкових функцій, зменшення тривожних і астенічних розладів) буде досягнуто швидше.

28 пацієнтів 1-ї групи оцінили ефективність застосування дієтичної добавки Ренейро Плюс як «добру», 2 пацієнти охарактеризували терапію як «задовільну». Пацієнти позитивно оцінили форму дієтичної добавки — у вигляді орального спрею, що був зручний у використанні й не викликав побічної дії й ускладнень. Усі пацієнти завершили курс лікування, комплайєнс становив 100 %.

## Висновки

У пацієнтів середнього віку на фоні хронічного стресу формуються психоемоційні розлади з когнітивними порушеннями.

Застосування дієтичної добавки Ренейро Плюс у комплексному лікуванні когнітивних порушень на фоні тривожних розладів сприяло покращанню когнітивних і психоемоційних функцій у пацієнтів середнього віку.

30-денний курс терапії із використанням дієтичної добавки Ренейро Плюс є безпечним і не викликає небажаних побічних явищ.

Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність включення дієтичної добавки Ренейро Плюс у терапевтичний комплекс для корекції порушень пам'яті й уваги на фоні тривожних розладів у пацієнтів середнього віку.

**Конфлікт інтересів.** Не заявлений.

## Список літератури

1. Алфимова М.В. Влияние тревоги на когнитивные процессы при депрессивном синдроме / М.В. Алфимова, И.А. Лапин, Е.В. Аксенова, Т.С. Мельникова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2017. — Т. 27, № 1. — С. 5-12.
2. Антоненко Л.М. Когнитивные и эмоциональные нарушения в среднем возрасте: вопросы диагностики и лечения / Л.М. Антоненко, В.А. Парфенов // Медицинский совет. — 2015. — № 10. — С. 22-27.
3. Бурчинський С.Г. Комплексная коррекция тревожных и когнитивных расстройств в ангионеврологии: цели, задачи, инструменты // Міжнародний неврологічний журнал. — 2017. — № 8(94). — С. 73-78.
4. Выговская С.Н. Хроническая ишемия головного мозга — от правильной диагностики к адекватной терапии / Выговская С.Н., Нувахова М.Б., Дорогинина А.Ю., Рачин А.П. // РМЖ. — 2015. — № 12. — С. 694. — Режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Hronicheskaya\\_ishemiya\\_golovnogo\\_mozga\\_ot\\_pravilnoy\\_diagnostiki\\_k\\_adekvatnoy\\_terapii/#ixzz58ubebPуб](https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Hronicheskaya_ishemiya_golovnogo_mozga_ot_pravilnoy_diagnostiki_k_adekvatnoy_terapii/#ixzz58ubebPуб)
5. Громова Д.О. Когнитивные нарушения у больных молодого и среднего возраста: диагностика и подходы к терапии / Д.О. Громова Н.В. Вахнина // Эффективная фармакотерапия. Неврология. — 2017. — № 3(31).
6. Насонова Т.І. Нейровегетативні та когнітивні порушення, асоційовані з тривогою у пацієнтів середнього віку із цереброваскулярними захворюваннями / Т.І. Насонова, О.В. Клименко, Т.В. Колосова, Г.В. Горева, Ю.І. Головченко, О.В. Тишкевич, О.М. Гурмак // Семейная медицина. — 2017. — № 2. — С. 97-102. — Режим доступа: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed\\_2017\\_2\\_21](http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2017_2_21).
7. Филатова Е.Г. Терапия нарушений памяти и внимания у молодых пациентов / Е.Г. Филатова, М.В. Наприенко // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2013. — 3. — 18-23.

Отримано 25.02.2018 ■

Насонова Т.І.<sup>1</sup>, Колосова Т.В.<sup>1</sup>, Слободин Т.Н.<sup>1</sup>, Клименко А.В.<sup>1</sup>, Курочкин И.В.<sup>2</sup>, Рябиченко Т.М.<sup>2</sup>, Тышкевич А.В.<sup>2</sup>, Бугаев Ю.А.<sup>2</sup>, Головченко Ю.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Киевская городская клиническая больница № 9, г. Киев, Украина

## Нарушение памяти и внимания у пациентов среднего возраста: диагностика и лечение

**Резюме.** Когнитивные и психоемоциональные нарушения у пациентов среднего возраста — важная медико-социальная проблема. Диагностика и лечение нарушений когнитивно-эмоциональной сферы — неотложная задача семейных врачей, терапевтов, неврологов, психиатров и др. Важную роль в нарушении памяти, нейродинамических функций у лиц среднего возраста играет хронический психосоциальный стресс, который тесно связан с патофизиологией депрессивных и тревожных расстройств. У таких пациентов страдает

скорость обработки информации и способность переключаться с одного вида деятельности на другой, пациенты жалуются на замедление мышления и реакций, что часто мешает им в профессиональной деятельности. Поиск лекарственных средств, которые уменьшают тревогу и при этом не ухудшают когнитивные функции и вегетативное состояние, является актуальным. Предварительные результаты экспериментальных исследований холина альфосцерата продемонстрировали его способность уменьшать возрастные структурные изменения

в передней коре головного мозга и гиппокампе. **Цель:** диагностика когнитивной дисфункции, ассоциированной с психоэмоциональными нарушениями, у пациентов среднего возраста и лечение когнитивно-эмоциональных расстройств с включением в базовую терапию диетической добавки Ренеиро Плюс. **Материалы и методы** Было обследовано 60 пациентов в возрасте от 44 до 59 лет с легкими и умеренными когнитивными нарушениями. Психодиагностическое исследование проводили с помощью: теста Лурия, Монреальской шкалы оценки когнитивных функций, теста замены цифровых символов, шкалы личностной и реактивной тревоги Спилбергера — Ханина. Лечение включало гипотензивную, метаболическую, гиполипидемическую терапию. Кроме того, пациенты основной группы (30 чел.) дополнительно получали диетическую добавку Ренеиро Плюс. **Результаты.** Когнитивные нарушения наблюдались в следующих сферах: внимание и концентрация, память, оптико-пространственные навыки, абстрактное мышление и счет. После лечения в 1-й группе практически все пациенты отметили улучшение как настроения, так и когнитивных функций: увеличилась умственная работоспособность, улучшилась память, уменьшилось количество эпизодов забывчивости и рассеянности, улучшилась концентрация внимания, в то время как во 2-й группе процент пациентов, у которых отмечалось существенное улучшение, был достоверно меньше ( $p < 0,05$ ). Результаты тестирования реактивной тревожности показали уменьшение показателей по данной шкале в группе, принимавшей Ренеиро Плюс. Раз-

ница между данными до и после лечения в основной группе была статистически достоверной ( $p < 0,05$ ). Переносимость диетической добавки Ренеиро Плюс была оценена как хорошая, не было случаев отказа от терапии препаратом Ренеиро Плюс. Лабораторные исследования не выявили негативного влияния на кровь, функцию почек и печени. Лечение психоэмоциональных расстройств с когнитивными нарушениями требует значительного внимания клинициста. При сочетании когнитивных нарушений с тревогой и депрессией терапию следует начинать с лечения тревоги и депрессии, потому что когнитивные расстройства в таком случае могут иметь вторичный характер по отношению к эмоциональным нарушениям [1, 7]. Следует учитывать, что многие лекарственные средства, в частности холинолитики, трициклические антидепрессанты, нейролептики, бензодиазепины, могут ухудшать когнитивные функции. **Выводы.** У пациентов среднего возраста на фоне хронического стресса формируются психоэмоциональные расстройства с когнитивными нарушениями. Применение диетической добавки Ренеиро Плюс в комплексном лечении когнитивных нарушений на фоне тревожных расстройств способствует улучшению когнитивных и психоэмоциональных функций у пациентов среднего возраста. 30-дневный курс терапии с использованием диетической добавки Ренеиро Плюс является безопасным и не вызывает нежелательных побочных явлений.

**Ключевые слова:** стресс; психоэмоциональные расстройства; когнитивные нарушения; лечение

T.I. Nasonova<sup>1</sup>, T.V. Kolosova<sup>1</sup>, T.M. Slobodyn<sup>1</sup>, O.V. Klymenko<sup>1</sup>, I.V. Kurochkin<sup>2</sup>, T.M. Riabychenko<sup>2</sup>, O.V. Tyshkevych<sup>2</sup>, Yu.A. Buhaiiov<sup>2</sup>, Yu.I. Holovchenko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Kyiv Municipal Clinical Hospital 9, Kyiv, Ukraine

### Memory and attention impairment in middle-aged patients: diagnosis and treatment

**Abstract. Background.** Cognitive and psychoemotional disorders in middle-aged patients are an important medical and social problem. Diagnosis and treatment of violations in cognitive and emotional sphere is an urgent task of family doctors, therapists, neurologists, psychiatrists, etc. The role of chronic psychosocial stress, which is closely linked to the pathophysiology of depressive and anxiety disorders, plays an important role in the impairment of memory, neurodynamic functions in middle-aged people. Attention, processing speed and the ability to switch from one activity to another are impaired, patients complain of slowing thinking and reactions that often interfere with their professional activity. Search for medicines that reduce anxiety and do not impair cognitive function and vegetative state is relevant. The preliminary results of experimental studies of choline alphoscerate demonstrated its ability to reduce age-related structural changes in the frontal cortex of the brain and the hippocampus. **Objective:** diagnosis of cognitive dysfunction associated with psychoemotional disorders in middle-aged patients and treatment of cognitive and emotional disorders with the addition of Reneuro Plus dietary supplement. **Materials and methods.** Sixty patients aged 44 to 59 years with mild to moderate cognitive impairment were screened. The psychodiagnostic study was performed using: Luria test, Montreal Cognitive Assessment tool, digit symbol substitution test, Spielberger-Khanin personal and reactive anxiety scales. Treatment included antihypertensive, metabolic, hypolipidemic therapy. In addition, the patients in the main group ( $n = 30$ ) were additionally receiving Reneuro Plus dietary supplement. **Results.** Cognitive impairment was observed in the following areas: attention and concentration, memory, optical and spatial skills, abstract thinking and counting. After treatment, almost all pa-

tients in group 1 noted improvement in both mood and cognitive function: mental performance increased, memory improved, number of episodes of forgetfulness and inattention decreased, concentration of attention increased, while in the group 2, the number of patients with significant improvement was significantly lower ( $p < 0.05$ ). The results of reactive anxiety testing showed a decrease in the scores for this scale in Reneuro Plus group. The difference between the data before and after treatment in the main group was statistically significant ( $p < 0.05$ ). The tolerability of Reneuro Plus dietary supplement was evaluated as good, there were no cases of drug withdrawal. Laboratory studies did not have a negative effect on the blood, renal and liver function. The treatment of psychoemotional disorders with cognitive impairment requires considerable attention of the clinician. When cognitive impairment is associated with anxiety and depression, therapy should be started from the treatment of anxiety and depression, as cognitive disorders in this case may be secondary to emotional disorders. It should be borne in mind that many drugs, in particular cholinolytics, tricyclic antidepressants, neuroleptics, benzodiazepines, may worsen cognitive functions. **Conclusions.** In middle-aged patients, on the background of chronic stress, psychoemotional disorders with cognitive impairment are formed. The use of Reneuro Plus dietary supplement in the comprehensive treatment of cognitive impairment associated with anxiety disorders contributes to the improvement of cognitive and psychoemotional functions in middle-aged patients. The 30-day course of therapy using Reneuro Plus dietary supplement is safe and does not cause unwanted side effects.

**Keywords:** stress; psychoemotional disorders; cognitive impairment; treatment