

УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

М.З. ЗАХИДОВА

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT IN FAMILY PHYSICIAN PRACTICE

M.Z. ZAKHIDOVA

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

Когнитивные нарушения (КН) – это широко распространенный клинический синдром, с которым часто сталкивается широкий круг специалистов в амбулаторных условиях. Диагностика заболеваний, симптомом которых являются КН, представляет собой трудную задачу. Наличие и тип КН определяются с помощью шкал. Цереброваскулярные заболевания – одна из распространенных причин сосудистых когнитивных расстройств (СКР). В данной статье рассматриваются методы ведения пациентов с СКР на фоне сердечно-сосудистого риска, в частности, обсуждаются такие ключевые аспекты, как коррекция факторов сердечно-сосудистого риска и выбор оптимальной медикаментозной терапии. Также в статье представлена информация о возможном применении Мексидола в лечении таких пациентов, проанализированы результаты исследований эффективности длительной последовательной терапии Мексидолом при хронических нарушениях мозгового кровообращения с КН.

Ключевые слова: хроническое нарушение мозгового кровообращения, сосудистые когнитивные расстройства, сердечно-сосудистый риск, лечение, мексидол.

Cognitive impairment (CI) is a widespread clinical syndrome that is often experienced by a wide range of specialists in an outpatient setting. Diagnosing diseases of which CI is a symptom is a difficult task. The presence and type of CN are determined using scales. Cerebrovascular disease is one of the common causes of vascular cognitive disorders (VCD). This article discusses the methods of managing patients with VCD against the background of cardiovascular risk, in particular, discusses such key aspects as the correction of cardiovascular risk factors and the choice of optimal drug therapy. The article also provides information on the possible use of Mexidol in the treatment of such patients, analyzes the results of studies on the effectiveness of long-term sequential therapy with Mexidol in chronic cerebral circulation disorders with CI.

Keywords: chronic cerebral circulation disorder, vascular cognitive disorders, cardiovascular risk, treatment, mexidol.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol17_iss2/a15

Когнитивные нарушения (КН) являются важной медико-социальной проблемой из-за их широкого распространения, сложности диагностики на ранних стадиях, склонности к прогрессированию, отсутствия лекарственных препаратов, способных изменить ход заболевания на поздних стадиях, а легкие КН по мере прогрессирования заболевания могут трансформироваться в тяжелую деменцию [1]. Среди основных причин

развития когнитивных нарушений можно выделить нейродегенеративные заболевания (например, болезнь Альцгеймера), органические повреждения головного мозга (травматические, воспалительные и другие), цереброваскулярные нарушения. Часто наблюдается комбинация нескольких причин, способствующих развитию КН: так, начало процесса, обусловленное цереброваскулярными нарушениями, со временем мо-

жет инициировать нейродегенеративные изменения в мозговой ткани [18].

Диагностика КН включает в себя комплексное медицинское обследование пациента с обязательным нейропсихологическим тестированием, позволяющим выявить наличие признаков КН и оценить их тип и степень выраженности [1]. Необходимо подчеркнуть, что помимо широко распространенных в клинической практике кратких методов оценки когнитивных функций иногда требуется проведение более глубокого нейропсихологического обследования пациента, которое включает в себя анализ полученных результатов и их интерпретацию с участием профессионального невролога и нейропсихолога. В ряде случаев наряду с исследованием когнитивных функций необходимо проводить оценку психоэмоционального статуса пациентов. Для этого применяют шкалы тревоги Бека и депрессии Гамильтона [6]. Дополнительно для выявления достоверной информации о типе КН может потребоваться беседа с родственниками пациента, которые могут подробно рассказать о его состоянии и степени ограничений в повседневной жизни, а также о динамике состояния на протяжении определенного периода времени. Информация подобного рода не всегда может быть получена от самого пациента, особенно учитывая ограниченное время в условиях амбулаторного приема. Как следствие, постановка диагноза КН является сложной и ответственной задачей. Необходимо помнить, что такая медицинская оценка может повлечь за собой значительные социальные, юридические и финансовые последствия для индивида. Поэтому необходимо обоснованно устанавливать факт наличия когнитивной дисфункции по итогам проведенного обследования. Очень важно тщательно собирать анамнез для определения причин развития КН: нужно исключить и дифференцировать риски наличия таких заболеваний, которые способны вызвать более тяжелое, прогрессирующее течение КН. Причин развития КН тяжелой степени может быть очень много, чаще всего это:

- перенесенные ОНМК по ишемическому и геморрагическому типу;
- черепно-мозговые травмы (ЧМТ), вне- и внутримозговые гематомы;
- хроническая ишемия головного мозга (ХИМ);
- новообразования различной локализации;
- нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, болезнь Гентингтона и др.);
- системные заболевания;
- инфекционные заболевания;

- психические болезни;
- интоксикации (алкоголь и др.).

Диагностика заболеваний, сопровождающихся КН, включает в себя лабораторные, инструментальные методы, биохимическое и серологическое обследования. Перечень диагностических методов может быть увеличен и зависит от предположения причин развития заболевания.

Имеется множество свидетельств возможности отсроченного повреждения ткани головного мозга после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). К таким повреждениям относятся уменьшение количества нейронов, снижение числа синаптических связей, изменения в белом веществе мозга. Данные процессы происходят на фоне прогрессирующей атрофии вещества мозга. Учитывая все эти процессы, такое состояние можно рассматривать как хроническую ишемию головного мозга (ХИМ, или «дисциркуляторная энцефалопатия»). Основным процессом, который приводит к этому состоянию, – это недостаточное поступление кислорода и глюкозы в ткани мозга за счет постепенно прогрессирующего нарушения мозгового кровоснабжения, которое со временем приводит к постепенной гибели нейронов, что приводит к ускорению запрограммированной клеточной гибели – апоптозу. Кроме этого к процессу гибели клеток присоединяются и другие механизмы (накопление в клетках избытка ионов кальция, избыток продуктов метаболизма, окислительный стресс вследствие ишемии и др.).

Причиной развития ХИМ является повреждение церебральных артерий малого калибра, обеспечивающих кровоснабжение головного мозга. Патологические процессы в более крупных сосудах проявляются в виде увеличения толщины стенки сосуда, уменьшения его просвета. Эти процессы можно выявить при морфологическом исследовании: исследование сосудистой стенки позволяет не только установить нозологическую принадлежность указанных изменений (артериальная гипертензия, сахарный диабет, воспалительное поражение сосудов и пр.), но и установить степень их выраженности.

ФАКТОРЫ РИСКА

Существует более десяти потенциальных факторов риска возникновения СКР на фоне ХИМ. В первую очередь это артериальная гипертензия (АГ), метаболический синдром и дислипидемия.

Известно, что при реализации адекватных профилактических мер возможно предотвратить до 40% всех случаев КН; в первую очередь это касается СКР, а также КН смешанной этио-

логии [1]. Одним из главных направлений предупреждения развития КН является коррекция и профилактика факторов сердечно-сосудистого риска [1].

Так, у пациентов с АГ достижение целевых цифр АД способно оказывать выраженное протективное действие в отношении поражения сосудистого русла головного мозга. У подавляющего большинства пациентов с АГ коррекция уровня АД должна включать комплекс немедикаментозных мероприятий и лекарственную терапию. На сегодняшний день отсутствуют убедительные данные о наличии у какого-либо из классов антигипертензивных препаратов четко проявляющегося специфического церебропротективного эффекта [1]. Кроме того, считается, что сохранность структуры головного мозга, его функциональных возможностей и когнитивных функций определяется в первую очередь эффективностью контроля АД. Проведение антигипертензивной терапии с целью предупреждения КН требует обдуманного подхода к назначению лекарственных средств, при этом важной задачей является не только снижение уровня АД, но и уменьшение риска развития состояния, способного привести к развитию гипоперфузии [1]. С этой целью желательно изучать профиль суточного АД у пациента, что поможет назначить эффективные препараты, которые оказывают длительный и стабильный антигипертензивный эффект. Другим важным фактором риска развития КН являются функциональные нарушения восприятия органами чувств – в настоящее время доказана зависимость прогрессирования КН у пациентов с нарушениями зрения и тугоухостью. Причиной такого рода связи является выраженное изменение структуры головного мозга в условиях сенсорного дефицита, в частности, угнетение процессов синаптогенеза и потенциации синапсов, нарушение коннектома головного мозга в целом [4]. В большинстве случаев нарушения функции органов чувств связаны с эмоциональными нарушениями, прежде всего с тревогой и депрессией. Доказано, что адекватная коррекция тугоухости может быть связана со снижением риска развития КН на 8% [5].

Кроме того, к факторам, способствующим прогрессированию СКР, нужно отнести влияние сахарного диабета, гиподинамии, избыточной массы тела, которые, в свою очередь, увеличивают риск цереброваскулярных осложнений [7]. Также необходимо обратить внимание и на другие метаболические механизмы, способные увеличить риск формирования СКР, а именно инсулинорезистентность, активацию процессов

перекисного окисления липидов и др. [8]. Развитие СКР сопряжено с воспалением, окислительным стрессом, нарушением функционирования гематоэнцефалического барьера, дисбалансом нейротрансмиттеров, психэмоциональными нарушениями. В условиях клинических исследований было убедительно показано, что наличие депрессивного нарушения и связанной с ним социальной изоляции тесно ассоциировано с более быстрым прогрессированием старения головного мозга и сердечно-сосудистой системы [9].

К вышеперечисленным факторам риска развития СКР можно добавить целый ряд других причин, способных усилить эти основные факторы риска, среди которых можно выделить: табакокурение, избыточное потребление алкоголя, загрязнение окружающей среды и другие. Стоит отметить, что многие из этих факторов негативным образом сказываются на когнитивных функциях как за счет прямого воздействия (например, курение или злоупотребление алкоголем), так и опосредованно, вследствие повышения общего сердечно-сосудистого риска, активации процессов хронического воспаления, перекисного окисления липидов и др. [1].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Для хронической ишемии головного мозга характерно постепенное развитие симптомов, главным из которых является синдром СКР, который развивается в сочетании с эмоциональными расстройствами и имеет длительный латентный период на начальных этапах болезни. Когнитивные нарушения включают в себя ухудшение внимания, памяти, восприятия, снижение темпа речи, работоспособности. На начальных этапах развития КН отмечаются только жалобы пациента, объективные методы (тесты, опросники) пока еще не улавливают изменений – это так называемый период субъективных КН. Отмечается, что в первую очередь страдает скорость обработки информации, нарушается способность поддержания внимания. Как правило, данные симптомы сочетаются с эмоциональными и личностными расстройствами. В зависимости от степени вовлечения в патологический процесс областей коры полушарий, отвечающих за определенные функции, развиваются расстройства зрительно-пространственного гнозиса и праксиса. У пациентов с ХИМ довольно часто имеют место симптомы депрессии. Исследования, проведенные в различных популяциях, показали, что такого рода нарушения регистрируются у 40–70% больных. Отмечается наличие прямой связи между выраженностью СКР и эмоциональными расстройствами и тяжестью цереброваскулярного

поражения [1]. Наличие депрессии, как правило, соответствует более тяжелому течению как СКР, так и сосудистого поражения головного мозга. Также у большинства больных могут наблюдаться двигательные нарушения (атактические, экстрапирамидные, пирамидные), которые, как правило, выражены незначительно и практически не сказываются на повседневной жизни, но со временем, по мере прогрессирования заболевания, могут вносить существенный вклад в клиническую картину и ухудшение качества жизни.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Необходимо отметить, что приоритетным направлением патогенетической терапии является лечение, направленное на устранение факторов риска развития СКР, которое включает антигипертензивную, антиоксидантную, антитромботическую, гиполипидемическую и антигипоксантную терапию. Важной задачей современной фармакотерапии является применение препаратов с нейропротективным действием, позволяющих предотвращать, останавливать или замедлять развитие ХИМ [10].

Учитывая это, при выборе лекарственных средств для уменьшения воздействия или устранения факторов риска и снижения рисков у пациента с КН требуется взвешенный подход. Необходимо учитывать баланс между потенциальной пользой и риском развития нежелательных явлений. По мнению специалистов, в выборе медикаментозной терапии приоритет следует отдавать тем препаратам, которые оказывают минимальное негативное воздействие на сердечно-сосудистую систему, а также не оказывают избыточного седативного эффекта.

К главным характеристикам препаратов, обеспечивающих приверженность пациентов лечению, а также возможность длительной терапии, можно отнести: хорошую переносимость, низкую частоту побочных эффектов, низкое лекарственное взаимодействие. В связи с этим особый интерес представляют препараты, эффект от применения которых способен воздействовать на различные этапы повреждения клеток. Ярким представителем данной группы препаратов является Мексидол (оригинальный этилметилгидроксипиридина сукцинат). Мексидол – российский препарат с мультимодальным механизмом действия. В многочисленных исследованиях Мексидол продемонстрировал в исследованиях значительную антигипоксантную, антиоксидантную активность и мембранопротективное действие [11–13]. Доказана способность Мексидола подавлять процессы образования свободных радикалов, ингибировать перекисное окисление

липидов. Отдельного внимания заслуживает способность Мексидола улучшать мозговой метаболизм, а также кровоснабжение головного мозга.

Благодаря сочетанию этих фармакологических механизмов Мексидол оказывает такие клинические эффекты, как ноотропный, антистрессорный, вегетостабилизирующий и анксиолитический и др.

На сегодняшний день убедительно продемонстрирована эффективность последовательной длительной терапии, которая включает внутривенное введение Мексидола на протяжении 14 дней по 500 мг 1 раз/сут с последующим переходом на пероральный прием препарата Мексидол ФОРТЕ 250 по 250 мг 3 раза/сут в течение 2 мес. Результаты многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования МЕМО показали способность препарата улучшать состояние когнитивных функций, о чем свидетельствовало значительное улучшение результатов теста Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), выполненных до и после курса терапии Мексидолом [14]. В данном исследовании авторы показали, что в основной группе, состоящей из пациентов, получавших Мексидол, значения по шкале MoCA к концу исследования были статистически значимо выше по сравнению с контрольной группой.

По данным исследования, динамика показателей по этой шкале в основной группе составила $4,22 \pm 2,59$, а суммарный балл к концу терапии – $26,22$, что соответствует норме, тогда как в группе сравнения аналогичные цифры были значимо ниже – $2,17 \pm 2,20$ и $24,14$ балла (показатель, говорящий о наличии КН) соответственно. Статистически значимая положительная динамика у пациентов основной группы, получавших Мексидол, отмечалась начиная уже со второй недели лечения (непосредственно после завершения парентерального введения препарата) и продолжала нарастать на протяжении последующего периода наблюдения. Также по результатам исследований у пациентов, принимающих Мексидол, достоверно снижался уровень тревоги (по шкале Бека), выраженность астении (по шкале MFI-20) и отмечалось улучшение качества жизни (психологический компонент по опроснику SF-36) по сравнению с группой сравнения. Кроме того, терапия Мексидолом приводила к значимому регрессу выраженности вегетативных и двигательных нарушений [14].

Помимо этого, по результатам многочисленных клинических исследований было доказано,

что достоверно снижается количество пациентов с депрессивными расстройствами, а также с жалобами на подавленное настроение и апатию. Значимое снижение показателей по Госпитальной шкале тревоги регистрировалось начиная со второй недели парентерального введения препарата и также увеличивалось в последующем. Положительный эффект наблюдался на протяжении всего курса терапии, составившего 75 суток. Со второй недели лечения отличия носили статистически значимый характер как по сравнению с исходным уровнем тревоги, так и при сопоставлении с результатами терапии, полученными в группе сравнения [15–18].

Последовательная терапия препаратами Мексидол и Мексидол ФОРТЕ 250 характеризуется высоким профилем безопасности и очень хорошей переносимостью. Только у отдельных пациентов отмечались легкие нежелательные явления в виде ощущения жара в лице, дискомфорта в области эпигастрия и тошноты, при этом эти явления регрессировали самостоятельно и не требовали изменения дозировки препарата или дополнительных лекарственных назначений. Клинически значимых тяжелых нежелательных явлений во всех проведенных исследованиях зарегистрировано не было. Также не было зафиксировано случаев клинически значимых лекарственных взаимодействий.

ВЫВОДЫ

1) Клиническая картина хронических заболеваний мозгового кровообращения имеет множество вариаций, что обусловлено разнообразием причин возникновения заболевания и многообразием клинической картины, включающей когнитивные и эмоциональные нарушения, а также вовлечением в патологический процесс различных органов и систем организма. Тактика ведения таких пациентов в амбулаторных условиях требует проведения клинико-инструментальных диагностических процедур с целью выявления потенциально опасных причин когнитивных и эмоциональных нарушений.

2) Диагноз заболеваний, сопровождающихся КН, должен быть основан на результатах клинико-anamnestического и клинико-инструментального обследований.

3) Необходимо отдавать предпочтение препаратам с мультимодальным механизмом действия, которые не проявляют негативного лекарственного взаимодействия.

4) Препаратом выбора может быть Мексидол, полностью удовлетворяющий указанным требованиям и обладающий доказанной высокой эффективностью и хорошей переносимостью.

Литература

1. Камчатнов П.Р., Черемин Р.А., Скипетрова Л.А., Чугунов А.В. Когнитивные нарушения сосудистого генеза в практике терапевта. *Терапия*. 2022; 8(9):152–162 [Kamchatnov P.R., Cheremin R.A., Skipetrova L.A., Chugunov A.V. Kognitivnye narusheniya sosudistogo geneza v praktike terapevta. *Terapiya*. 2022; 8(9):152–162. In Russian]. doi: 10.18565/therapy.2022.9.152–162
2. Захаров В.В., Вахнина Н.В. Применение Мексидола у пациентов с легкими (умеренными) когнитивными нарушениями: результаты метаанализа. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024; 124(1):82–88 [Zaharov V.V., Vahnina N.V. Primenenie Meksidola u pacientov s legkimi (umerennymi) kognitivnymi narusheniyami: rezul'taty metaanaliza. *Zhurnal neurologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2024; 124(1):82–88. In Russian]. doi: 10.17116/jnevro202412401182
3. Кочетков А.И., Шаталова Н.А., Клепикова М.В., Филиппова Т.В., Остроумова О.Д. К вопросу о доказательной базе нейропротекторной терапии: фокус на этилметилгидроксипиридина сукцинат. *Терапия*. 2023; 9(8):162–172 [Kochetkov A.I., Shatalova N.A., Klepikova M.V., Filippova T.V., Ostroumova O.D. K voprosu o dokazatel'noj baze nejroprotektornoj terapii: fokus na etilmetilgidroksipiridina sukcinat. *Terapiya*. 2023; 9(8):162–172. In Russian]. doi: 10.18565/therapy.2023.8.162–172
4. Дамулин И.В., Струценко А.А. Современные представления об организации центральной нервной системы: коннектом человека и нейронные сети. *Медицинский алфавит*. 2021; 22:41–46 [Damulin I.V., Strucenko A.A. Sovremennye predstavleniya ob organizacii central'noj nervnoj sistemy: konnektom cheloveka i nejronnye seti. *Medicinskij alfavit*. 2021; 22:41–46. In Russian]. doi: 10.33667/2078-5631-2021-22-42-47
5. Arenaza-Urquijo E.M., Wirth M., Chetelat G. Cognitive reserve and lifestyle: Moving towards preclinical Alzheimer's disease. *Front Aging Neurosci*. 2015; 7:134. doi: 10.3389/fnagi.2015.00134
6. Маджидова Ё., Азимова Н., Нарзиева Г., Бахрамов М., Таджиев Т. Эффективность терапии когнитивных нарушений и депрессивных расстройств при хронической ишемии мозга. *Неврология*. 2020; 1(1):24–27 [Madzhidova Yo., Azimova N., Narzieva G., Bahramov M., Tadzhiyev T. Effektivnost' terapii kognitivnyh narushenij i depressivnyh rasstrojstv pri hronicheskoj ishemii mozga. *Nevrologiya*. 2020; 1(1):24–27. In Russian].
7. Kivimaki M., Singh-Manoux A., Pentti J., Sabia S., Nyberg S.T., Alfredsson L. Physical inactivity, cardiometabolic disease, and risk of dementia: An

- individual participant meta-analysis. *BMJ*. 2019; 365:1495. doi: 10.1136/bmj.l14
8. Leon B.M., Maddox T.M. Diabetes and cardiovascular disease: Epidemiology, biological mechanisms, treatment recommendations and future research. *World J Diabetes*. 2015; 6(13):1246–1258. doi: 10.4239/wjd.v6.i13.1246
 9. Kobayashi L.C., Steptoe A. Social isolation, loneliness, and health behaviors at older ages: Longitudinal cohort study. *Ann Behav Med*. 2018; 52(7):582–593. <https://dx.doi.org/10.1093/abm/kaх033>
 10. Аджигитов Р.Г., Алемян Б.Г., Алферова В.В., Белкин А.А., Беляева И.А., Бойцов С.А. Клинические рекомендации. Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых. М Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2021; 181 с. [Akzhigitov R.G., Alekyan B.G., Alferova V.V., Belkin A.A., Belyaeva I.A., Bojcov S.A. Klinicheskie rekomendacii. Ishemicheskij insul't i tranzitornaya ishemicheskaya ataka u vzroslyh. M Ministerstvo zdравоохранeniya Rossijskoj Federacii. 2021;181 с. In Russian].
 11. Воронина Т.А. Мексидол. Основные нейropsychотропные эффекты и механизм действия. *Фарматека*. 2009; 5:32–36 [Voronina T.A. Meksidol: main neuropsychotropic effects and mechanisms of action. *Farmateka*. 2009; 5:32–36. In Russian].
 12. Воронина Т.А. Пионер антиоксидантной нейропротекции. 20 лет в клинической практике. *РМЖ*. 2016; 24(7):434–438 [Voronina T.A. Pioneer of antioxidant neuroprotection. 20 years in clinical practice. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal = Russian Medical Journal*. 2016; 24(7):434–438. In Russian].
 13. Крайнева В.А. Особенности и механизм нейропротекторного действия препарата «Мексидол» при геморрагическом инсульте в эксперименте. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 2006; S1:40–44 [Krajneva V.A. Osobennosti i mekhanizm nejroprotektornogo dejstviya preparata «Meksidol» pri gemorragicheskom insul'te v eksperimente. *Byulleten' eksperimental'noj biologii i mediciny*. 2006; S1:40–44. In Russian].
 14. Федин А.И., Захаров В.В., Ташанян М.М., Чуканова Е.И., Маджидова Е.Н., Щепанкевич Л.А., Остроумова О.Д. Результаты международного многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования оценки эффективности и безопасности последовательной терапии пациентов с хронической ишемией препаратами Мексидол и Мексидол ФОРТЕ 250 (исследование MEMO). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021; 121(11):7–16 [Fedin A.I., Zaharov V.V., Tashanyan M.M., Chukanova E.I., Madzhidova E.N., Shchepankevich L.A., Ostroumova O.D. Rezul'taty mezhdunarodnogo mnogocentrovogo randomizirovannogo dvojnogo slepogo placebo-kontrolirovannogo issledovaniya ocenki effektivnosti i bezopasnosti posledovatel'noj terapii pacientov s hronicheskoy ishemiej preparatami Meksidol i Meksidol FORTE 250 (issledovanie MEMO). *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2021; 121(11):7–16. In Russian].
 15. Чуканова Е.И., Чуканова А.С., Мамаева Х.И. Результаты исследования эффективности и безопасности применения Мексидола у пациентов с хронической ишемией мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015; 115(2):71–74 [Chukanova E.I., Chukanova A.S., Mamaeva H.I. Rezul'taty issledovaniya effektivnosti i bezopasnosti primeneniya Meksidola u pacientov s hronicheskoy ishemiej mozga. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2015; 115(2):71–74. In Russian]. doi: 10.17116/jnevro20151152171-74
 16. Щепанкевич Л.А., Николаев Ю.А., Танеева Е.В., Первунинская М., Щепанкевич М. Эффективность и безопасность терапии лекарственными препаратами Мексидол и Мексидол ФОРТЕ 250 у пациентов с хронической ишемией головного мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021; 121(10):32–37 [Shchepankevich L.A., Nikolaev Yu.A., Taneeva E.V. Shchepankevich M. Effektivnost' i bezopasnost' terapii lekarstvennymi preparatami Meksidol i Meksidol FORTE 250 u pacientov s hronicheskoy ishemiej golovnogo mozga. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2021; 121(10):32–37. In Russian]. doi: 10.17116/jnevro202112110132.
 17. Карпикова Н.И., Петерюхина А.А. Применение препарата Мексидол для лечения больных с заболеваниями сосудов головного мозга. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 2006; S1: 32–33 [Karpikova N.I., Peteryuhina A.A. Primenenie preparata Meksidol dlya lecheniya bol'nyh s zabolevaniyami so-sudov golovnogo mozga. *Byulleten' eksperimental'noj biologii i mediciny*. 2006; S1: 32–33. In Russian].
 18. Боголепова А.Н., Васенина Е.Е., Гомзякова Н.А., Гусев Е.И., Дудченко Н.Г., Емелин А.Ю. и др. Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021; 121(10-3):6137 [Bogolepova A.N., Vasenina E.E., Gomzyakova N.A., Gusev E.I., Dudchenko N.G., Emelin A.Yu. I dr. Kognitivnye rasstrojstva u pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Klinicheskie rekomendacii. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2021; 121(10-3):6–137. In Russian].

ОИЛАВИЙ ШИФОКОР АМАЛИЁТИДА ЕНГИЛ КОГНИТИВ ЎЗГАРИШЛИ БЕМОРЛАР

М.З. ЗАХИДОВА

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Когнитив ўзгаришлар (КЎ) – кенг тарқалган клиник синдром бўлиб, амбулатор шароитда фаолият олиб бораётган кўплаб шифокор-мутахассислар амалиётида тез-тез учраб туради. КЎ билан намоён бўладиган турли-туман касалликларни аниқлаш мураккаб вазифалар сирасига киради. КЎ мавжудлиги ва тури махсус шкалалар ёрдамида аниқланади. Бош мия қон айланишининг бузилиши КЎнинг энг кўп тарқалган сабабидир. Ушбу мақолада юрак-қон томир хавфи негизида юзага келган КЎни даволаш усуллари, жумладан юрак-қон томир тизими фаолиятини муқобиллаштириш ва самарали дори воситаларини танлаш масалалари ёритилган. Шулар қаторида Мексидол дори воситаси ҳақидаги маълумотлар ва уни бош мия қон айланишининг сурункали бузилишларида узоқ муддатли узлуксиз қўллаш самарадорлигини баҳолаш бўйича чоп қилинган тадқиқотлар шарҳи келтирилган.

Калит сўзлар: бош мия қон айланишининг сурункали бузилиши, когнитив ўзгаришлар, юрак-қон томир хавфи, даволаш, мексидол.

Сведения об авторе:

Захидова Машхура Зияматовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой Семейной медицины Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Минздрава Республики Узбекистан.

Поступила в редакцию: 26.06.2024

Information about the authors:

Zakhidova Mashkhura Ziyamatovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Family Medicine of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan.

Received: 26.06.2024