

Парфенов В.А.¹, Соловьева Э.Ю.², Антоненко Л.М.¹, Локшина А.Б.¹, Горская Т.¹

¹Кафедра неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия; ²кафедра неврологии ФДПО ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия

¹119021, Москва, ул. Россолимо, 11; ²117997, Москва, ул. Островитянова, 1

Лечение комбинированных когнитивных и эмоциональных расстройств у больных молодого и среднего возраста

Цель исследования – оценка эффективности Танакана® (EGB761®), применяемого в рутинной клинической практике у больных молодого и среднего возраста с комбинированными когнитивными (КН) и эмоциональными расстройствами.

Пациенты и методы. Проведено открытое наблюдательное исследование эффективности препарата танакан у 54 пациентов 18–45 лет с КН и психоэмоциональными нарушениями. Танакан эрка назначали в суточной дозе 120 мг (по 40 мг 3 раза в день) в течение 3 мес.

Результаты. На фоне терапии танаканом отмечено улучшение состояния больных по опроснику САН (самочувствие, активность, настроение), среднее значение которого увеличилось с 3,86 (исходно) до 4,84 балла через 3 мес лечения. Зарегистрировано улучшение показателей по всем трем шкалам опросника САН: среднее значение шкалы «Самочувствие» увеличилось с 3,69 до 4,79 балла, шкалы «Активность» – с 3,65 до 4,58 балла, а шкалы «Настроение» – с 4,25 до 5,14 балла после завершения исследования.

На фоне лечения танаканом продемонстрировано также улучшение памяти (среднее число правильно повторенных слов в начале визита увеличилось с 5,7 до 6,7, в конце визита – с 4,2 до 5,8) и внимания (среднее значение теста символично-цифрового кодирования увеличилось с 48,1 до 55,7%). Клинически значимых различий в эффективности танакана у больных с высшим и средним образованием не обнаружено.

Заключение. Танакан отличался очень хорошим профилем безопасности; в ходе исследования не отмечено ни одного нежелательного явления, связанного с приемом препарата. Почти все больные (53 из 54, или 98,1%) через 3 мес лечения были удовлетворены результатами терапии.

Ключевые слова: когнитивные нарушения; эмоциональные расстройства; танакан; самочувствие; активность; настроение; внимание; память; эффективность.

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов; vladimirparfenov@mail.ru

Для ссылки: Парфенов ВА, Соловьева ЭЮ, Антоненко ЛМ и др. Лечение комбинированных когнитивных и эмоциональных расстройств у больных молодого и среднего возраста. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(2):17–23.

Treatment for mixed cognitive impairments and emotional disorders in young and middle-aged patients

Parfenov V.A.¹, Solovyeva E. Yu.², Antonenko L.M.¹, Lokshina A.B.¹, Gorskaya T.¹

¹Department of Neurology and Neurosurgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

²Department of Neurology, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

¹11, Rossolimo St., Moscow 119021;

²1, Ostrovityanov St., Moscow 117997

Objective: to evaluate the efficacy of Tanakan® (EGB761®) used in young and middle-aged patients with mixed cognitive impairments (CI) and emotional diseases.

Patients and methods. An open-label observational study of the efficacy of Tanakan® was conducted in 54 patients aged 18–4 years with CI and psychoemotional disorders. Tanakan® was administered at a daily dose of 120 mg (40 mg t.i.d) for 3 months.

Results. Tanakan® therapy resulted in health improvement, as shown by the HAM (Health, Activity, Mood) questionnaire; the mean score of the latter increased from 3.86 at baseline to 4.84 after 3 months of treatment. There were improvements in three HAM questionnaire items: the mean score of the item «Health» increased from 3.69 to 4.79; that of the item «Activity» from 3.65 to 4.58, and that the item «Mood» from 4.25 to 5.14 after the completion of the investigation.

Tanakan® therapy also demonstrated improvements in memory (the mean number of correctly repeated words increased from 5.7 to 6.7 at the beginning of a visit and from 4.2 to 5.8 at its end) and in attention (the mean symbol-digit coding test score increased from 48.1 to 55.7%). There were no clinically relevant differences between patients with higher and secondary education in the efficacy of Tanakan®.

Conclusion. Tanakan® had a very good safety profile; no adverse drug events were recorded during the investigation. Almost all the 53 (98.1%) of the 54 patients were satisfied with Tanakan® therapy results after 3 months of treatment.

Keywords: *cognitive impairments; emotional disorders; Tanakan, health; activity; mood; attention; memory; efficiency.*

Contact: *Vladimir Anatolievich Parfenov; vladimirparfenov@mail.ru*

For reference: *Parfenov VA, Solovyeva EYu, Antonenko LM, et al. Treatment for mixed cognitive impairments and emotional disorders in young and middle-aged patients. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2016;8(2):17–23.*

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-2-17-23>

Жалобы на снижение памяти и концентрации внимания предъявляют многие пациенты молодого и среднего возраста при обращении к врачам разных специальностей [1–3]. Если в таких случаях проводят нейропсихологическое обследование, то обычно не обнаруживают существенных отклонений от нормальных показателей, поэтому диагностируются легкие или субъективные когнитивные нарушения (КН) – описываемое пациентами снижение когнитивных функций без существенного нарушения повседневной жизнедеятельности. Легкие КН обычно связаны с нарушением внимания (его концентрации и устойчивости), а также с быстрой истощаемостью и замедлением скорости мыслительного процесса [1, 2, 4].

В молодом и среднем возрасте КН часто возникают при эмоциональных (тревожных, депрессивных) расстройствах, соматогенной и психогенной астении, синдроме «выгорания» и других клинических феноменах. Сочетание эмоциональных нарушений и КН способствует заметному ухудшению качества жизни больных с угрозой потери работы или возникновения семейных конфликтов и в целом характеризуется большими экономическими потерями, сопряженными как с оказанием медицинской помощи, так и с многочисленными социальными факторами [1–6].

Ведущее значение при ведении таких пациентов имеют оптимизация образа жизни (достаточный сон, увеличение физической активности, рациональное питание и др.) и психотерапия, которая, к сожалению, еще не получила должного развития в нашей стране. К основным препаратам для лечения КН, обусловленных эмоциональными расстройствами, относятся психотропные средства, в первую очередь антидепрессанты. Однако широкому применению антидепрессантов в клинической практике, особенно у молодых и социально активных людей, препятствуют не только отчетливые побочные эффекты этих препаратов (в том числе так называемая поведенческая токсичность), но и нежелание основной части пациентов принимать психотропные средства. В связи с этим при легких когнитивных и эмоциональных расстройствах представляет интерес использование таких препаратов, как танакан.

Танакан® (EGB 761®)¹ – стандартизированный экстракт Гинкго билоба – содержит флавоноиды, терпеноиды и другие вещества, оказывающие нейропротективное и вазоактивное действие. Это влияние танакана на ЦНС обуславливает его широкое использование в терапии когнитивного и нейросенсорного дефицита различного генеза, а также ряда других заболеваний. Танакан обладает эффектами, способствующими улучшению настроения и когнитивной деятельности, а также снижению выраженности легких и умеренных КН [7, 8].

¹Танакан® (EGB761®), «Ипсен Фарма», Франция.

Результаты доклинических и клинических исследований последних десятилетий свидетельствуют об эффективности танакана при КН различной степени выраженности [7, 8]. Помимо положительного воздействия на память и возрастные КН, отмечено также благоприятное влияние этого препарата на настроение [9]. Установлен положительный эффект танакана при поведенческих и психологических нарушениях (в том числе при тревоге и депрессии) у пациентов с деменцией; показано улучшение способности пожилых больных выполнять повседневные функции [7, 8, 10, 11]. В некоторых исследованиях обнаружено, что танакан оказывает антистрессорное, а также мягкое анксиолитическое и антидепрессивное действие [9, 12, 13].

Продемонстрировано также благоприятное влияние препарата на состояние пациентов с различными астеническими нарушениями. На фоне лечения танаканом улучшились внимание, краткосрочная зрительная память, а также ряд операционных характеристик, особенно у больных с гипореактивностью и депрессией [14–19].

Цель исследования – оценка эффективности танакана, применяемого в рутинной клинической практике у больных молодого и среднего возраста с комбинированными когнитивными и эмоциональными расстройствами.

Пациенты и методы. Проведено открытое пострегистративное наблюдательное исследование танакана у лиц молодого и среднего возраста. Исследование выполняли в двух клинических центрах Москвы – на кафедре нервных болезней и нейрохирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) и на кафедре неврологии ФДПО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова – с 12 июня 2014 г. по 13 апреля 2015 г.

В исследование включены 54 пациента 18–45 лет (средний возраст – 32,8±7,5 года), преимущественно женщины (63%) с легкими КН на фоне эмоциональных нарушений. Подавляющее большинство больных (85,2%) были в возрасте 25 лет и старше, более молодые пациенты (18–24 года) составляли лишь 14,8%. У значительной части пациентов (79,6%) имелось высшее образование. Практически все больные работали или учились: 83,3% работали, причем более половины (57,8%) были офисными служащими, 9,3% – студентами. Ни у одного из больных в анамнезе не отмечалось КН, эти нарушения были впервые диагностированы до включения в данное исследование.

Перед включением в настоящий проект врачи информировали каждого пациента о препарате танакан, целях и сути исследования, ожидаемой пользе, степени риска и требованиях, которые он должен выполнить в ходе исследования.

Критерии включения: в исследование включали только больных, давших письменное информированное согласие на участие в нем (больные подписывали форму информированного согласия до начала любых процедур, связанных с исследованием) Проведение исследования одобрено Независимым междисциплинарным комитетом по этической экспертизе клинических исследований и локальным Комитетом по этике при Первом МГМУ им. И.М. Сеченова.

Основными *критериями исключения* были: деменция или любое другое заболевание, способное повлиять на выраженность КН (болезнь Паркинсона, эпилепсия, недавно перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения или травма головного мозга и т. п.); клинически значимая тревога или депрессия (≥ 11 баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии – HADS); применение антипсихотических препаратов, антидепрессантов, транквилизаторов или ноотропов; беременность и период лактации; эрозивный гастрит или обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; острый инфаркт миокарда.

Всем включенным в исследование пациентам назначали танакан в суточной дозе 120 мг (по 40 мг 3 раза в день) в течение 3 мес. В соответствии с рутинной практикой в данном исследовании было предусмотрено три визита к врачу: исходный визит (до начала терапии танаканом), визит 2 или телефонный звонок (через 1 мес лечения) и заключительный визит (через 3 мес лечения). Общая продолжительность исследования для каждого больного не превышала 3 мес.

Во время исходного визита собирали демографические данные и данные анамнеза; проводили оценку КН (с помощью тестов символьно-цифрового кодирования и кратковременной вербальной памяти); больные заполняли опросник САН (самочувствие, активность, настроение), а также шкалу HADS. После завершения лечения танаканом анализировали когнитивные функции (с помощью тестов символьно-цифрового кодирования и кратковременной вербальной памяти), больные заполняли опросник САН и оценивали свою удовлетворенность результатами терапии.

Первичной целью исследования была оценка эффективности танакана у больных молодого и среднего возраста, страдающих комбинированными когнитивными и эмоциональными расстройствами, на основании улучшения средних значений опросника САН [20]. Данный опросник используют в российской клинической практике для оценки трех основных составляющих эмоционального состояния: самочувствия, активности, настроения. Опросник состоит из 30 пар слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). Каждая пара представляет собой шкалу (3 2 1 0 -1 -2 -3), на которой испытуемый отмечает степень выраженности той или иной составляющей своего состояния. При обработке эти цифры кодируют следующим образом: индекс -3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс -2 – за 2; индекс -1 – за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответствует 7 баллам. Полученные результаты по каждой категории делят на 10. Средний балл шкалы равен 4. Оценка >4 баллов свидетельствует о благоприятном состоянии испытуемого, <4 – о неблагоприятном. Нормальная оценка состояния составляет 5,0–5,5 балла.

Основные вторичные цели: анализ влияния терапии танаканом на отдельные шкалы опросника САН, а также эффективности препарата в отношении улучшения внимания и памяти.

Изменения внимания в ходе терапии танаканом оценивали на основании теста символьно-цифрового кодирования. Этот тест представляет собой набор из девяти пар цифр и символов (например, 1/-, 2/± ... 7/∧, 8/X, 9/=), после чего следует список цифр. Под каждой цифрой пациент должен как можно быстрее записать соответствующий ей символ. Оценивается количество правильных символов в течение отведенного времени – 90 с.

Динамику памяти под влиянием лечения анализировали на основании изучения кратковременной слуховой памяти. Исследователь зачитывал пациенту 10 слов и просил воспроизвести их все вместе. Регистрировали число правильно повторенных слов, а также число неправильно воспроизведенных (лишних) слов. Затем проводили другие тесты. К концу визита (через 15–30 мин) пациента просили повторно воспроизвести эти же 10 слов. Во время визита 1 всем пациентам предъявляли один и тот же набор из 10 слов; во время визита 3 – другой набор слов, одинаковый для всех пациентов. При каждом визите регистрировали следующие параметры теста: число правильно повторенных слов в начале визита, число неправильно воспроизведенных (лишних) слов в начале визита; число правильно повторенных слов в конце визита, число неправильно воспроизведенных (лишних) слов в конце визита.

Оценку депрессии и тревоги проводили с использованием широко применяемой в клинической практике шкалы HADS [21]. Кроме того, оценивали удовлетворенность пациентов терапией танаканом через 1 и 3 мес после начала лечения на основании шкалы из пяти пунктов: 1 – полностью удовлетворен; 2 – скорее удовлетворен; 3 – отсутствие как удовлетворения, так и неудовлетворенности; 4 – скорее неудовлетворен; 5 – полностью неудовлетворен.

Все больные принимали танакан, согласно рекомендациям врача и одобренной инструкции, и закончили исследование в соответствии с требованиями протокола.

Статистический анализ. Полученные данные анализировали с использованием программного обеспечения SAS®, версия 9.3. Для представления полученных данных использовали методы описательной статистики (среднее, стандартное отклонение, медиана, минимальное и максимальное значения, размах, число валидных случаев для количественных переменных; число, доля и распределение для качественных переменных). Полученные значения представляли с соответствующими двусторонними 95% доверительными интервалами.

Результаты. Терапия танаканом способствовала улучшению состояния больных, оцененного по опроснику САН. Среднее значение опросника САН увеличилось с $3,86 \pm 0,91$ (исходно) до $4,84 \pm 0,71$ балла через 3 мес терапии (рис. 1). Медиана этого значения после завершения исследования составила 4,95 балла, что практически соответствует нормальным значениям (≥ 5 баллов). В среднем изменение общего значения опросника САН в ходе исследования было значимым и составило $0,97 \pm 0,78$ балла. После 3 мес терапии у 44,4% больных отмечено улучшение по опроснику САН на ≥ 1 балл.

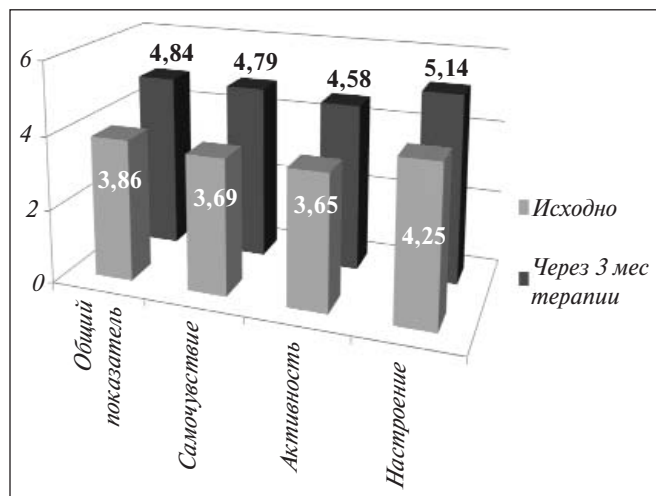


Рис. 1. Динамика средних значений опросника САН (баллы) на фоне терапии танаканом

Анализ вторичных переменных эффективности продемонстрировал улучшение показателей всех трех шкал опросника САН на фоне терапии танаканом (см. рис. 1). Так, среднее значение шкалы «Самочувствие» увеличилось с $3,69 \pm 1,12$ до $4,79 \pm 0,91$ балла после окончания исследования. В целом динамика значений по шкале «Самочувствие» была клинически значимой, а среднее изменение данного показателя достигло $1,11 \pm 1,01$ балла. Более чем у половины больных (53,7%) отмечено увеличение среднего значения этой шкалы на ≥ 1 балл (что исходно считали критерием ответа на терапию).

Как показано на рис. 1, среднее значение шкалы «Активность» увеличилось с $3,65 \pm 0,92$ балла на момент визита 1 до $4,58 \pm 0,80$ балла через 3 мес лечения танаканом. Улучшение по этой шкале в среднем составило $0,93 \pm 0,76$ балла; почти у половины (44,4%) больных отмечено клинически значимое улучшение показателей этой шкалы на ≥ 1 балл.

Среднее значение шкалы «Настроение» возросло с $4,25 \pm 1,10$ до $5,14 \pm 0,64$ балла после завершения исследо-

вания (см. рис. 1). Медиана этого показателя ко времени визита 3 составила 5,25 балла, нижний квартиль – 4,9 балла, а верхний – 5,6 балла, т. е. у подавляющего большинства больных самооценка настроения в конце исследования была в пределах нормальных значений. В среднем улучшение показателей по этой шкале составило $0,89 \pm 0,95$ балла; у 37% больных зарегистрировано улучшение на ≥ 1 балл.

Продемонстрировано также положительное влияние танакана на КН. Так, лечение этим препаратом способствовало заметному улучшению краткосрочной вербальной памяти. Среднее число правильно повторенных слов в начале визита увеличилось с $5,7 \pm 1,3$ до $6,7 \pm 1,3$ через 3 мес лечения; еще более выраженная динамика наблюдалась при оценке числа правильно повторенных слов в конце визита, среднее значение этого показателя увеличилось с $4,2 \pm 1,5$ до $5,8 \pm 1,4$. До начала терапии танаканом при выполнении теста краткосрочной вербальной памяти у многих больных констатирована так называемая истошаемость: медиана правильно повторенных слов снижалась с 6 слов в начале визита до 4 слов в конце. Во время завершающего визита медиана этого показателя (6 слов) была одинаковой как в начале, так и в конце визита. Через 3 мес лечения почти все больные (53 из 54, 98,1%) правильно воспроизводили $\geq 50\%$ слов в начале визита, а подавляющее большинство (79,6%) – и в конце визита (табл. 1).

Как свидетельствуют данные, представленные в табл. 1 и на рис. 2, улучшение показателей теста краткосрочной вербальной памяти констатировано у больных как с высшим, так и со средним образованием, хотя исходные значения теста у первых были выше.

Аналогичные результаты получены и при оценке улучшения внимания. Так, среднее значение теста символично-цифрового кодирования увеличилось с $48,1 \pm 10,6\%$ при визите 1 до $55,7 \pm 11,8\%$ через 3 мес терапии. В среднем улучшение показателей данного теста в ходе исследования составило $7,6 \pm 6,0\%$, а число больных, у которых значение теста равнялось $\geq 50\%$, возросло с 26 (48,1%) до 36 (66,7%; табл. 2). Внимание улучшалось у больных как с высшим, так и со средним образованием, хотя исходные значения теста

Таблица 1. Динамика показателей теста краткосрочной вербальной памяти на фоне терапии танаканом в зависимости от уровня образования пациента

Параметр	Число пациентов, n (%)		
	с высшим образованием (n=43)	без высшего образования (n=11)	всего (n=54)
Визит 1 (исходно)			
Число правильно повторенных слов в начале визита:			
<50%	6 (14,0)	4 (36,4)	10 (18,5)
$\geq 50\%$	37 (86,0)	7 (63,6)	44 (81,5)
Число правильно повторенных слов в конце визита:			
<50%	20 (46,5)	9 (81,8)	29 (53,7)
$\geq 50\%$	23 (53,5)	2 (18,2)	25 (46,3)
Через 3 мес терапии			
Число правильно повторенных слов в начале визита:			
<50%	1 (2,3)	0	1 (1,9)
$\geq 50\%$	42 (97,7)	11 (100)	53 (98,1)
Число правильно повторенных слов в конце визита:			
<50%	7 (16,3)	4 (36,4)	11 (20,4)
$\geq 50\%$	36 (83,7)	7 (63,6)	43 (79,6)

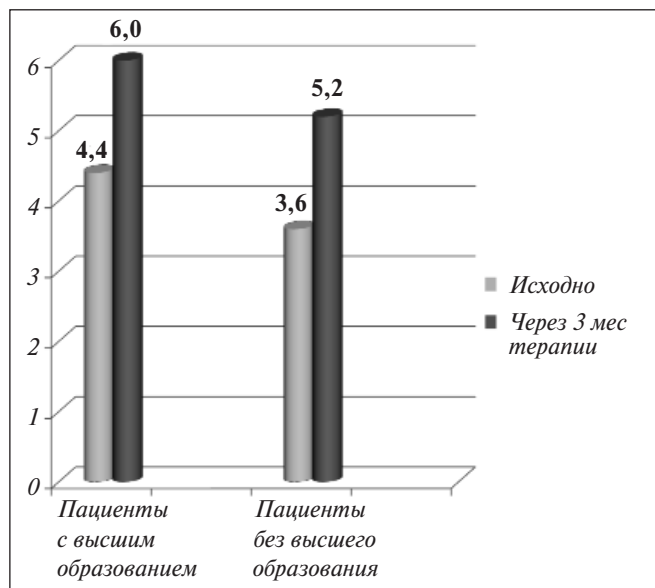


Рис. 2. Динамика теста кратковременной вербальной памяти на фоне терапии танаканом: среднее число правильно воспроизведенных слов в конце визита в зависимости от уровня образования пациентов

символьно-цифрового кодирования были лучше у имевших высшее образование (см. табл. 2, рис. 3).

После завершения исследования все больные (53 из 54, или 98,1%) были удовлетворены результатами лечения, за исключением 1 больного, который указал на отсутствие как удовлетворения, так и неудовлетворенности. Необходи-

мо подчеркнуть, что число больных, удовлетворенных лечением, возросло с 64,8% при визите 2 (через 1 мес терапии танаканом) до 98,1% после окончания исследования (рис. 4).

В ходе данного исследования, включавшего больных молодого и среднего возраста, не зарегистрировано ни одного нежелательного явления, связанного с изучаемым препаратом.

Обсуждение. Терапия танаканом способствовала улучшению общего самочувствия, активности и настроения у молодых (средний возраст – 33 года), социально активных пациентов. Абсолютное большинство участвовавших в исследовании больных (93%) работали или учились, причем 80% из них имели высшее образование и чаще всего занимались интеллектуальным трудом (57,8% – офисные сотрудники). Выявленные функциональные расстройства (снижение умственной работоспособности, памяти, внимания, ухудшение общего самочувствия), безусловно, ухудшали качество жизни пациентов. После 3 мес применения танакана у больных улучшились все показатели самооценки состояния здоровья (общего самочувствия, активности и настроения); в итоге среднее значение опросника САН увеличилось с 3,86 до 4,84 балла.

Существенными представляются некоторые различия в динамике шкал опросника САН. Наибольшая эффективность танакана зарегистрирована к концу исследования по шкале «Самочувствие». Значение этой шкалы увеличилось в среднем на 1,11 балла, а медиана составила 5 баллов, т. е. у подавляющего большинства пациентов самооценка по шкале «Самочувствие» соответствовала или приближалась к нормальным значениям. Немного хуже

Таблица 2. Динамика показателей теста символьно-цифрового кодирования на фоне терапии танаканом в зависимости от уровня образования пациентов

Параметр	Статистические показатели	Число пациентов		
		с высшим образованием (n=43)	без высшего образования (n=11)	всего (n=54)
Общее значение теста при визите 1, %	Среднее	49,6	42,2	48,1
	Стандартное отклонение	9,5	12,7	10,6
	Медиана	50,0	40,0	49,0
	Q1–Q3 [мин.; макс.]	43; 57	33; 50	41; 57
		[28; 68]	[25; 69]	[25; 69]
Значение теста при визите 1, n (%):	<50%	20 (46,5)	8 (72,7)	28 (51,9)
	≥50%	23 (53,5)	3 (27,3)	26 (48,1)
Общее значение теста при визите 3, %	Среднее	57,3	49,2	55,7
	Стандартное отклонение	11,1	12,6	11,8
	Медиана	56,0	47,0	55,0
	Q1–Q3 [мин.; макс.]	48; 65	40; 59	47; 61
		[35; 83]	[33; 77]	[33; 83]
Значение теста при визите 3, n (%):	<50%	11 (25,6)	7 (63,6)	18 (33,3)
	≥50%	32 (74,4)	4 (36,4)	36 (66,7)
Изменение общего значения теста через 3 мес терапии	Среднее	7,8	7,0	7,6
	Стандартное отклонение	6,0	6,3	6,0
	Медиана	6,0	5,0	5,0
	Q1–Q3 [мин.; макс.]	3; 13	4; 8	3; 13
		[-2; 21]	[0; 23]	[-2; 23]

была динамика по шкале «Активность» – среднее изменение за время исследования составило 0,93 балла. Наименьшие изменения зарегистрированы по шкале «Настроение»: среднее изменение – 0,89 балла; динамика ≥ 1 балла наблюдалась чуть более чем у трети больных. Эти результаты согласуются с данными других исследований, проведенных у пациентов молодого и среднего возраста, в которых продемонстрирован преимущественный активирующий эффект танакана, особенно выраженный при астенической симптоматике [14–18].

Не столь значительная, как ожидалось, динамика по шкале САН и отдельным ее шкалам может быть обусловлена рядом других факторов. Так, в аналогичное исследование [2], в котором изучали эффективность и переносимость танакана при легком когнитивном дефиците у молодых пациентов, включали больных с гораздо более низкими исходными значениями по каждой из шкал опросника САН, тогда как в настоящем исследовании принимали участие больные с исходно высокими значениями по шкале САН и относительно благоприятным состоянием. Средний балл по шкале «Настроение», по которой была получена наименьшая динамика на фоне лечения танаканом, уже исходно составлял 4,25 (средний балл по шкале САН был равен 4, а оценка >4 баллов свидетельствует о благоприятном состоянии пациента).

В нашем исследовании, как и в ряде других работ [2, 4, 22], применение танакана способствовало улучшению памяти и внимания у пациентов молодого и среднего возраста. Обнаружено улучшение всех параметров теста краткосрочной вербальной памяти, однако наилучший результат был достигнут в отношении числа правильно повторенных слов в конце визита: среднее значение этого показателя увеличилось с 4,2 до 5,8 слов в конце исследования, при этом число правильно повторенных слов в начале и в конце визита практически сравнялось. Эти результаты согласуются с данными Е.Г. Филатовой и М.В. Наприенко [2], которые продемонстрировали позитивное влияние танакана на устойчивость внимания и уменьшение истощаемости. В данном исследовании отмечено также позитивное действие танакана на внимание: число больных со средним значением теста символьно-цифрового кодирования $\geq 50\%$ увеличилось с 48,1 до 66,7% после завершения исследования. Показательно, что клинически значимых различий в эффективности танакана у больных с высшим и средним образованием не выявлено: констатирована аналогичная позитивная динамика как результатов теста краткосрочной вербальной памяти, так и теста символьно-цифрового кодирования, несмотря на исходно лучшие результаты тестов у больных с высшим образованием.

Ограничением настоящего исследования служит отсутствие плацебо-контроля и рандомизации. Однако полученные результаты во многом совпадают с данными исходного исследования, которое недавно было проведено в странах Западной Европы и включало рандомизацию и плацебо-контроль [4].

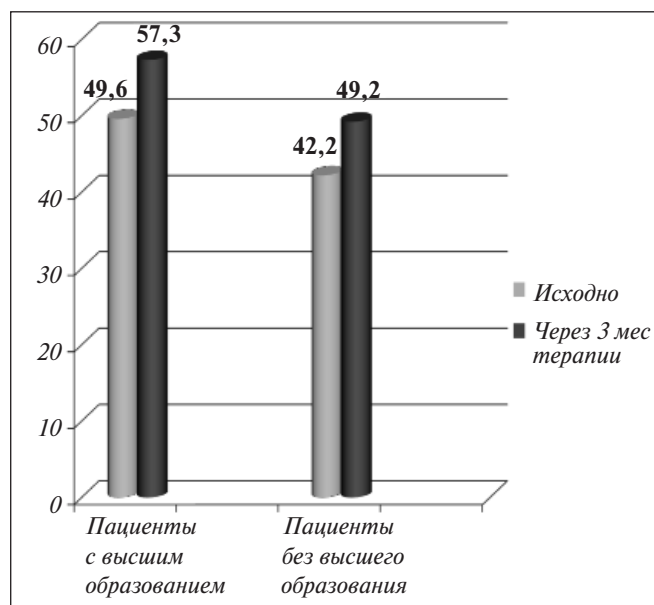


Рис. 3. Динамика среднего значения теста символьно-цифрового кодирования (%) на фоне терапии танаканом в зависимости от уровня образования пациентов

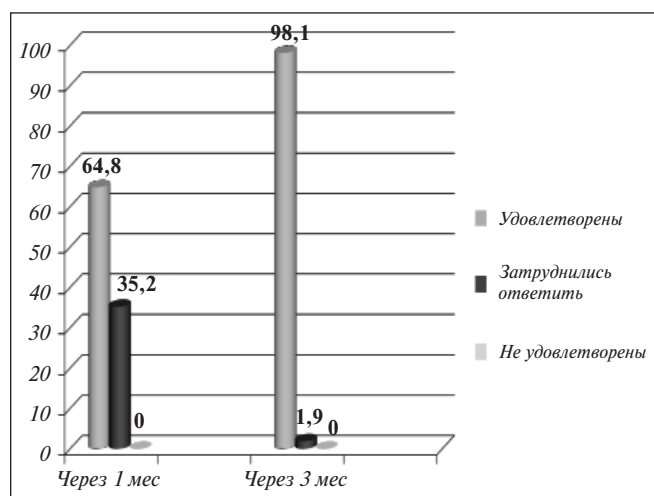


Рис. 4. Удовлетворенность пациентов терапией танаканом (%)

Заключение. Продемонстрировано позитивное влияние танакана на самочувствие и активность, когнитивные функции и настроение у пациентов молодого и среднего возраста с легкими КН в сочетании с эмоциональными расстройствами. Указанные положительные эффекты препарата наряду с отличной переносимостью позволяют рекомендовать его для лечения не только пожилых больных, но и трудоспособных и социально активных людей молодого и среднего возраста с легким когнитивным дефицитом и незначительными эмоциональными расстройствами.

1. Преображенская ИС. Легкие и умеренные когнитивные нарушения – клинические проявления, этиология, патогенез, возможности использования ноотропной терапии. *Фарматека*. 2013;(s4-13):14-8. [Preobrazhenskaya IS. Light and moderate cognitive disorders – clinical manifestations, etiology, pathogenesis, the possibility of using nootropic therapy. *Farmateka*. 2013;(s4-13):14-8. (In Russ.)].
2. Филатова ЕГ, Наприенко МВ. Терапия нарушений памяти и внимания у молодых пациентов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2013;5(3):18–23. [Filatova EG, Naprienko MV. Therapy for memory and attention impairments in young patients. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2013;5(3):18–23. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2334>
3. Balash Y, Mordechovich M, Shabtai H, et al. Subjective memory complaints in elders: depression, anxiety or cognitive decline? *Acta Neurol Scand*. 2013 May;127(5):344–50. doi: 10.1111/ane.12038. Epub 2012 Dec 6.
4. Grass-Kapanke B, Busmane A, Lasmanis A, et al. Effects of Ginkgo Biloba Special Extract EGb 761® in Very Mild Cognitive Impairment (vMCI). *Neuroscience & Medicine*. 2011;(2):48–56.
5. Aasvik JK, Woodhouse A, Jacobsen HB, et al. Subjective memory complaints among patients on sick leave are associated with symptoms of fatigue and anxiety. *Front Psychol*. 2015 Sep 8;6:1338. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01338. eCollection 2015.
6. Castaneda AE. Cognitive Functioning in Young Adults with Depression, Anxiety Disorders, or Burnout Symptoms. Findings from a Population-based Sample. *Academic dissertation*. Helsinki, 2010.
7. 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;2013:915691. doi: 10.1155/2013/915691. Epub 2013 May 28.
8. DeFeudis FV, Drieu K. Ginkgo Biloba Extract (EGb 761®) and CNS Functions: Basic Studies and Clinical Applications. *Curr Drug Targets*. 2000 Jul;1(1):25–58.
9. Cieza A, Maier P, Pöppel E. The effect of ginkgo biloba on healthy elderly subjects. *Fortschr Med Orig*. 2003;121(1):5–10.
10. Von Gunten A, Schlaefke S, Überla K. Efficacy of Ginkgo biloba extract (EGb 761®) in dementia with behavioural and psychological symptoms: A systematic review. *World J Biol Psychiatry*. 2015 Aug 27:1–12. [Epub ahead of print]
11. Gavrilova SI, Preuss UW, Wong JW, et al. Efficacy and safety of Ginkgo biloba extract EGb 761® in mild cognitive impairment with neuropsychiatric symptoms: a randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Oct;29(10):1087–95. doi: 10.1002/gps.4103. Epub 2014 Mar 16.
12. 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 Sep;41(6):472–80. Epub 2006 Jun 30.
13. Jezova D, Duncko R, Lassanova M, et al. Reduction of rise in blood pressure and cortisol release during stress by Ginkgo biloba extract (EGb 761®) in healthy volunteers. *J Physiol Pharmacol*. 2002 Sep;53(3):337–48.
14. Краснов ВН, Вельтишев ДЮ. Неврастения как вариант астенического синдрома: фармакотерапевтический анализ на модели терапии Танаканом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1999;99(7):37–40. [Krasnov VN, Vel'tishchev DYu. Neurasthenia as a variant of the asthenic syndrome: pharmacological analysis of a model of therapy with Tanakan. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 1999;99(7):37–40. (In Russ.)].
15. Милопольская ИМ. Лечение Танаканом астенических расстройств. *Терапевтический архив*. 2001;73(10):45–7. [Milopol'skaya IM. Treatment of asthenic disorders with Tanakan. *Terapevticheskii arkhiv*. 2001;73(10):45–7. (In Russ.)].
16. Незнамов ГГ, Телешова ЕС, Сюняков СА и др. Влияние танакана на психофизиологическое состояние больных с астеническими расстройствами. *Экспериментальная и клиническая психофармакология*. 2002;65(1):22–8. [Neznamov GG, Teleshova ES, Syunyakov SA, et al. Effect of tanakan on the psychophysiological state of patients with asthenic disorders. *Eksperimental'naya i klinicheskaya psikhofarmakologiya*. 2002;65(1):22–8. (In Russ.)].
17. Незнамов ГГ, Сюняков СА, Давыдова ИА, Телешова ЕС. «Быстрые» и «медленные» компоненты психотропного действия препаратов с ноотропными свойствами. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2000;100(6):33–7. [Neznamov GG, Syunyakov SA, Davydova IA, Teleshova ES. «Fast» and «slow» components of psychotropic action of drugs with nootropic properties. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2000;100(6):33–7. (In Russ.)].
18. Незнамов ГГ, Давыдова ИА, Кошелев ВВ и др. Перспективы применения Танакана в качестве антиастенического средства. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1999;(2):21–6. [Neznamov GG, Davydova IA, Koshelev VV, et al. Prospects for the use of Tanakan as antiasthenic drug. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 1999;(2):21–6. (In Russ.)].
19. Применение танакана в психиатрической и наркологической практике. Информационное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации № 19-04/6-105 от 14.04.1999. С. 2–21. [The use of tanakan in psychiatric and narcologic treatment. Information letter of the Ministry of health of the Russian Federation No. 19-04/6-105 from 14.04.1999. P. 2–21]
20. Доскин ВА, Лаврентьева НА, Мирошников МП, Шарай ВБ. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния. *Вопросы психологии*. 1973;(6):141–5. [Doskin VA, Lavrent'eva NA, Miroshnikov MP, Sharai VB. Test of differentiated self-assessment of functional status. *Voprosy psikhologii*. 1973;(6):141–5. (In Russ.)].
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361–70.
22. Kaschel R. Specific memory effects of Ginkgo biloba extract EGb 761 in middle-aged healthy volunteers. *Phytomedicine*. 2011 Nov 15;18(14):1202–7. doi: 10.1016/j.phymed.2011.06.021. Epub 2011 Jul 30.

Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов. Исследование проведено при поддержке компании «Ипсен Фарма».