

Е.Г. Филатова, М.В. Наприенко

Клиника головной боли и вегетативных расстройств им. академика Александра Вейна

Терапия нарушений памяти и внимания у молодых пациентов

Цель исследования — изучение эффективности и переносимости танакана при лечении легкого когнитивного дефицита у молодых пациентов.

Пациенты и методы. В исследование было включено 30 пациентов, средний возраст — $33,5 \pm 7,5$ года. Применяли методы клинического неврологического обследования, тест для оценки самочувствия, настроения, исследования для оценки кратковременной слуховой и кратковременной зрительной памяти, уровня внимания по таблицам Шульте, анкеты для оценки вегетативных нарушений, качества ночного сна, субъективной оценки пациентами эффективности лечения и регистрации нежелательных побочных эффектов.

Результаты исследования. Терапия танаканом приводила к нормализации эмоционального состояния пациентов, улучшению ночного сна и снижению выраженности вегетативных нарушений. Наблюдалась тенденция к улучшению всех характеристик внимания. Улучшалась слуховая и зрительная память. Сделан вывод, что танакан является эффективным и безопасным средством терапии когнитивного дефицита в любом возрасте.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, эмоциональное состояние, танакан.

Контакты: Елена Глебовна Филатова eg-filatova@mail.ru

Для ссылки: Филатова ЕГ, Наприенко МВ. Терапия нарушений памяти и внимания у молодых пациентов. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;(3):18–23.

Therapy for memory and attention impairments in young patients

E.G. Filatova, M.V. Naprienko

Academician Aleksandr Vein Clinic of Headache and Autonomic Disorders

Objective. To study the efficacy and tolerance of tanakan in the treatment of mild cognitive impairment in young patients.

Patients and methods. The study enrolled 30 patients whose mean age was 33.5 ± 7.5 years. It used clinical neurological examination; a test for rating general condition, activity, and mood; studies to evaluate aural short-term and verbal short-term memories and to estimate the level of attention using Schulte's tables, and questionnaires for the rating of autonomic disorders and nocturnal sleep quality, those for the patient subjective assessment of treatment efficiency and for the recording of adverse reactions.

Results. Tanakan therapy led to the normalized emotional status in the patients, improved nocturnal sleep, and reduced autonomic disorders. There was a tendency towards improvement of all characteristics of attention. Aural and verbal memories became better.

Conclusion. Tanakan is an effective and safe drug to treat cognitive impairment at any age.

Key words: cognitive impairments, emotional status, tanakan.

Contact: Elena Glebovna Filatova eg-filatova@mail.ru

For references: [Filatova EG, Naprienko MV. Therapy for memory and attention impairments in young patients. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2013;(3):18–23.]

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2334>

Когнитивные нарушения — это субъективные и/или объективные нарушения высших мозговых функций по сравнению с исходным более высоким уровнем вследствие органической патологии мозга, влияющие на эффективность обучения, профессиональной, бытовой или социальной деятельности [1].

Известно более 100 заболеваний, которые могут приводить к развитию когнитивной дисфункции. Среди основных причин когнитивных расстройств выделяют нейродегенеративные, сосудистые заболевания, смешанные сосудисто-дегенеративные расстройства, дисметаболические нарушения, нейроинфекции, демиелинизирующие заболевания, черепно-мозговую травму, опухоли, а также ликвородинамические нарушения. Наряду с органическими заболеваниями нервной системы когнитивные расстройства могут возникать при психических и эмоциональных нарушениях,

среди которых наибольшее значение имеет депрессия [2–5].

Назначение антидепрессантов улучшает когнитивные функции при депрессии и помогает разграничить деменцию и псевдодеменцию [6–8].

Возраст является одним из наиболее важных факторов, определяющих представленность когнитивных нарушений. Так, по статистике недовольство своей памятью выражает треть населения среднего возраста и половина — в возрасте старше 65 лет [3].

У более молодых пациентов преобладают легкие когнитивные нарушения (ЛКН). Они развиваются в самых ранних стадиях органических неврологических заболеваний. Страдают скорость обработки информации и способность переключаться с одного вида деятельности на другой. Пациенты жалуются на замедленность мышления и реакции, что нередко мешает им в профессиональной деятельности. Нарушается так-

же оперативная память — запоминание новой информации, что может влиять на способность к обучению. Выявить ЛКН можно по субъективным жалобам пациента и при проведении нейропсихологического тестирования. Синдром ЛКН выделен в 2004 г. Н.Н. Яхно [9]. Когнитивные расстройства расцениваются в основном как самые ранние предметные нарушения или начальное звено в континууме: ЛКН — умеренные когнитивные нарушения (УКН) — деменция.

Диагностические критерии ЛКН включают:

- жалобы на снижение памяти или умственной работоспособности, высказанные самостоятельно или при активном расспросе врачом;
- ЛКН преимущественно нейродинамического характера, выявленные при тщательном нейропсихологическом исследовании;
- отсутствие когнитивных нарушений по результатам оценки с применением скрининговых шкал деменции;
- отсутствие нарушений повседневной деятельности, в том числе наиболее сложных ее форм;
- отсутствие УКН.

Жалобы на снижение памяти, внимания, умственной работоспособности нередко предъявляют молодые пациенты на приеме у терапевта или невролога. Самой частой причиной субъективных жалоб на снижение памяти являются невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (по МКБ-10 F40-48) [10] в виде повышенной тревожности или снижения фона настроения. Особенно велика вероятность легких депрессивных и субдепрессивных (дистимия) нарушений при наличии жалоб на снижение памяти у лиц молодого или среднего возраста.

При невротических расстройствах выявляют разнообразные нарушения когнитивных функций. Некоторые из них являются патогномоничными и определяют развитие невротических расстройств, другие отражают изменения, обусловленные болезнью [11].

Наиболее часто встречается расстройство внимания, которое связано с основными проявлениями болезни и представлено нарушением концентрации внимания, его устойчивости, быстрой истощаемостью и замедленностью переключения. Клинически это проявляется быстрой утомляемостью, рассеянностью, невозможностью сосредоточиться на какой-либо деятельности. Нарушение внимания входит в структуру астенического синдрома и типично для различных невротических расстройств.

Заметные расстройства мышления и интеллекта у пациентов с невротическими нарушениями отсутствуют, за исключением замедления мышления при депрессии и навязчивых мыслей при обсессивно-компульсивном расстройстве. Характерна низкая способность к обучению и усвоению нового. Е.В. Bleuler ввел понятие «относительное слабоумие» для обозначения беспомощности невротиков при формальном отсутствии у них расстройств мышления и интеллекта [11].

Наиболее эффективными средствами для лечения когнитивных нарушений, обусловленных эмоциональными расстройствами, являются психотропные препараты, особенно антидепрессанты. Однако наличие многочисленных нежелательных побочных эффектов, поведенческой токсичности, организационные трудности при выписывании этих средств врачами общей практики и неврологами и нежелание пациентов принимать препараты этого класса об-

ясняют их редкое использование с целью улучшения когнитивных функций у лиц молодого возраста.

Танакан (EGb761) — стандартизованный экстракт натурального растительного сырья Гинкго билоба — оказывает терапевтическое воздействие на когнитивные нарушения различного генеза благодаря нескольким важным механизмам. Действующими веществами танакана являются флавоноидные гликозиды и терпеновые лактоны.

Препарат оказывает вазорегуляторное влияние на артерии, вены и капилляры. Флавоноидные гликозиды ингибируют фермент фосфодиэстеразу, что приводит к расслаблению гладкомышечных волокон в стенках артериол и увеличению кровотока в микроциркуляторном русле. Обратное действие обусловлено снижением под влиянием танакана активности катехол-О-метилтрансферазы (КОМТ) — фермента, расщепляющего катехоламины. Их накопление вызывает обратный сосудосуживающий эффект. В некоторых исследованиях было показано, что танакан хорошо воздействует на спазмированные или склерозированные сосуды, не вызывая эффекта обкрадывания [3].

Гинкголиды, входящие в состав танакана, обладают антиагрегантными свойствами. Благодаря им препарат улучшает реологические свойства крови, препятствует тромбообразованию [12].

Описано влияние танакана на клеточный метаболизм. Под влиянием препарата повышается утилизация клетками кислорода и глюкозы, происходит восстановление аэробного гликолиза, накапливаются АТФ и гликоген.

Опубликованы результаты более 40 исследований, продемонстрировавших эффективность танакана при мягких и умеренных симптомах когнитивного дефицита [13, 14].

Недавно во Франции было закончено крупное плацебоконтролируемое исследование, длившееся 5 лет, в котором было показано, что прием танакана в течение 5 лет уменьшает риск развития болезни Альцгеймера по сравнению с плацебо. Это означает, что терапию надо начинать как можно раньше, на предметных стадиях [15].

Наиболее важным механизмом действия танакана в отношении психических нарушений и возможности коррекции когнитивных расстройств, обусловленных эмоциональными факторами, является влияние препарата на нейромедиаторные процессы. В эксперименте было показано, что экстракт Гинкго билоба усиливает высвобождение из пресинаптических терминалей и обратный захват нейромедиаторов, что способствует нормализации психического состояния. Кроме того, препарат повышает чувствительность пресинаптических рецепторов к ацетилхолину в ЦНС [16–18].

Целью настоящего открытого исследования было изучение эффективности и переносимости танакана при лечении легкого когнитивного дефицита у молодых пациентов.

Пациенты и методы. Наблюдение проводилось на базе Клиники головной боли и вегетативных расстройств им. академика Александра Вейна. Пациенты обращались в клинику по поводу головной боли. У всех пациентов, вошедших в исследование первичной головной боли, наблюдались мигрень или головная боль напряжения. В наблюдение были включены пациенты в возрасте 18–45 лет, предъявлявшие жалобы не только на головную боль, но и на нарушения памяти, внимания и умственной работоспособности. Обязательным условием было прекращение приема

психотропных и сосудистых препаратов за 7 дней до начала исследования. При включении в исследование пациенты подписывали информированное согласие.

Критериями исключения из исследования были беременность, период лактации (грудного вскармливания), повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата, эрозивный гастрит в стадии обострения, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, острые нарушения мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, пониженная свертываемость крови, наличие головной боли вторичного характера.

В исследовании участвовало 30 пациентов (24 женщины и 6 мужчин), средний возраст — $33,5 \pm 7,5$ года. Из них 12 пациентов были студентами, 18 работали, 7 совмещали учебу с работой. Все пациенты, являвшиеся социально активными людьми, драматически воспринимали снижение работоспособности, памяти, запоминания информации.

Распределение пациентов по возрасту представлено на рис. 1. Самую большую группу составили пациенты 27–35 лет, почти все они были озабочены карьерным ростом, некоторые из них думали о смене работы. Были применены следующие методы исследования.

1. Клиническое неврологическое исследование.

2. Тест САН (самочувствие, активность, настроение).

Тест разработан сотрудниками I Московского медицинского института им И.М. Сеченова в 1973 г. [19] для оценки трех основных составляющих психоэмоционального состояния: самочувствия, активности, настроения. Полученная по каждой шкале сумма баллов находится в пределах 10–70 и позволяет определить функциональное состояние индивидуума в данный момент по принципу: <30 баллов — низкая, 30–50 баллов — средняя и >50 баллов — высокая оценка.

3. Исследование кратковременной слуховой памяти (10 слов) и кратковременной зрительной памяти (16 картинок). Оценка результатов проводится по А.Р. Лурия по числу воспроизведенных слов через 1 ч после прочтения и количеству правильно воспроизведенных образов за 1 мин при норме ≥ 6 правильных ответов [20].

4. Исследование уровня внимания по таблицам Шульте. Регистрировали время в секундах, необходимое для нахождения цифр по порядку от 1 до 25. Последовательно предъявляли 5 таблиц с различным порядком расположения цифр, измеряли время, необходимое для нахождения цифр

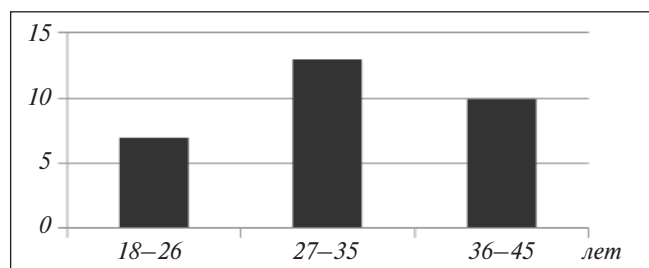


Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту

на каждой из 5 таблиц. По результатам данного теста возможны следующие характеристики внимания испытуемого:

- концентрация внимания (нормальная, если на каждую из таблиц Шульте затрачивается время, соответствующее нормативному — 40–50 с; недостаточная, если на каждую из таблиц Шульте затрачивается время, превышающее нормативное);

- устойчивость внимания (устойчивое, если отсутствуют значительные временные различия при подсчете цифр в каждой из 4–5 таблиц; неустойчивое, если отмечаются значительные колебания результатов по данным таблиц без тенденции к увеличению времени, затрачиваемого на каждую следующую таблицу);

- истощаемость внимания, если выявлена тенденция к увеличению времени, затрачиваемого на каждую следующую таблицу.

5. Анкета выраженности вегетативных нарушений (анкета синдрома вегетативной дистонии [21].

6. Анкета клинической оценки качества ночного сна [22].

7. Анкета субъективной оценки пациентом эффективности лечения.

8. Анкета регистрации нежелательных побочных эффектов.

Лечение проводили амбулаторно на базе клиники. Длительность лечения составила 90 дней. Все пациенты принимали танакан по 40 мг 3 раза в сутки. Исследование предусматривало 4 визита: 0-й (до начала терапии), 1-й (через 1 мес после начала лечения), 2-й и 3-й (через 2 и 3 мес после начала лечения) с контрольным заполнением анкет и шкал.

Все пациенты, включенные в исследование, его завершили.

Таблица 1. Динамика клинической картины и жалоб пациентов на фоне лечения танаканом

Жалобы, %	0-й визит	1-й визит	2-й визит	3-й визит
Чрезмерное использование лекарственных средств (лекарственный абзус)	46	38	28	17*
Снижение работоспособности	100	85*	56*	0*
Снижение памяти	40	25	11	0*
Снижение настроения	100	74*	36*	0*
Трудности засыпания	62	49	27*	10*
Трудности усвоения информации	95	65*	37*	0*
Головокружение	26	15	6*	0
Шум в ушах	15	9	2	0*

Примечание. $p < 0,05$. Здесь и в табл. 2, 3: * — статистически достоверные отличия от 0-го визита.

Таблица 2. Динамика эмоционального состояния, выраженности вегетативных расстройств и качества ночного сна на фоне лечения танаканом

Тест	0-й визит	1-й визит	2-й визит	3-й визит
САН, баллы:				
самочувствие	18,6±0,2	22,4±1,03*	36±0,74*	63,4±0,01*
активность	18,1±1,55	28,1±0,09*	44,2±1,23*	53,5±1,42*
настроение	16,3±1,62	25,4±1,43*	52,3±0,8*	68,3±1,04*
Исследование кратковременной слуховой памяти (10 слов)	7,2±0,01	7,4±0,8	8,5±1,02*	9,1±1,1*
Исследование кратковременной зрительной памяти (16 картинок)	10,5±1,3	10,9±0,2*	11,5±0,3*	13,3±1,7*
Анкета выраженности вегетативных нарушений	39,5±1,6	29,1±0,8*	25,7±2,1*	22,7±2,4*
Анкета клинической оценки качества ночного сна	19,1±3,3	20,7±3,4	21,1±2,6	23,5±2,06*

Примечание. Здесь и в табл. 3: * — $p < 0,005$.

При статистической обработке данных применяли параметрические и непараметрические методы статистического анализа (Стьюдента, Вилкоксона, Манна – Уитни). Все данные представлены в виде среднего ± 1 стандартное отклонение ($M \pm \delta$). Различия между группами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. До лечения все пациенты предъявляли большое количество жалоб, их спектр и динамика отражены в табл. 1.

Все пациенты страдали головной болью напряжения хронического или эпизодического характера. У 30% из них головная боль напряжения сочеталась с мигренью; 46% пациентов злоупотребляли анальгетиками (лекарственный абзус). Помимо головной боли, пациенты сами предъявляли жалобы на трудности усвоения информации (95%) и снижение памяти (40%) или эти нарушения выявлялись при расспросе врачом. Пациенты указывали также на легкое когнитивное расстройство, их беспокоили снижение работоспособности и настроения, нарушения сна, головокружение и шум в ушах.

На фоне терапии все пациенты отмечали субъективно позитивную динамику: уже на 1-м месяце лечения наблюдались улучшение настроения и усвоения информации, повышение работоспособности. Ко 2-му месяцу отмечалась 50% редукция головной боли напряжения, частота мигренозных приступов оставалась без изменений. Через 3 мес уменьшилось потребление анальгетиков более чем на 30%. Существенно улучшались настроение, память, работоспособность, усвоение информации и засыпание, исчезали головокружение и шум в ушах.

До лечения пациенты давали субъективно низкую оценку своего самочувствия, активности и настроения (< 30 баллов). После лечения у всех обследованных показатели те-

ста САН достоверно улучшились и к 3-му месяцу терапии превысили 70 баллов, причем статистически достоверные различия ($p < 0,05$) были заметны уже после 1-го месяца. Качество ночного сна в среднем по группе до лечения было снижено (< 20 баллов), на фоне терапии у 27 пациентов отмечена нормализация сна с полным его восстановлением к 3-му месяцу. До лечения наблюдались вегетативные нарушения (по данным анкеты). Однако через 2 мес терапии танаканом суммарный балл по анкете вегетативных нарушений достоверно снизился по сравнению с показателем до лечения, а через 3 мес достиг нормальных значений (табл. 2).

Таким образом, терапия танаканом по субъективной оценке пациентов и по результатам психологического тестирования с помощью специальных валидированных тестов приводила к нормализации эмоционального состояния, улучшению ночного сна и снижению выраженности вегетативных нарушений.

Прием танакана в течение 3 мес достоверно улучшал слуховую и зрительную память по сравнению с исходными значениями. При исследовании внимания с помощью таблиц Шульте у всех пациентов до лечения отмечались недостаточная его концентрация и истощаемость. Через 1 мес терапии наблюдалась тенденция к улучшению всех характеристик внимания, однако сохранялась его истощаемость. Через 3 мес достоверно улучшились концентрация и устойчивость внимания, исчезла истощаемость (табл. 3).

Таким образом, танакан оказывает комплексное клиническое действие — влияние на память, внимание, психо-вегетативные нарушения и сон.

На рис. 2 отражена субъективная оценка пациентами эффективности терапии танаканом.

Через 1 мес после начала лечения 40% пациентов в разной степени были удовлетворены его эффективностью. К 3-му

Таблица 3. Динамика показателей внимания (в с) по таблицам Шульте (Ш) после лечения танаканом

Визит	Ш1	Ш2	Ш3	Ш4	Ш5
0-й	49,6±1,6	50,2±0,4	50,8±1,2	51,1±0,8	51,2±2,3
1-й	46,1±1,2*	46,0±0,8*	48,4±1,02*	49,9±2,7	49,5±2,8
2-й	42,3±0,8*	42,5±0,1*	42,5±0,6*	42,9±0,8*	42,4±0,6*
3-й	36,4±1,3*	36,8±0,06*	34,2±1,7*	35,6±0,4*	36,7±0,7*

месяцу неудовлетворенных пациентов не было, а 76% пациентов оценили лечение как очень эффективное.

В 1-й месяц лечения 5 пациентов жаловались на учащение и усиление приступов головной боли, что было расценено как побочный эффект терапии, но не привело к ее прекращению. К концу лечения таких жалоб не было.

Обсуждение. Пациенты, включенные в исследование, представляли собой социально активную группу: учились, работали, многие совмещали работу с учебой, были озабочены карьерой, поэтому жалобы на снижение памяти, внимания, умственной работоспособности были несомненно актуальными, влияли на качество жизни и самооценку.

При клиническом неврологическом исследовании головные боли были расценены как первичные: головная боль напряжения и мигрень. Они сочетались с невротическими, связанными со стрессом расстройствами, а когнитивный дефицит в виде нарушений памяти и внимания рассматривался как проявление астенического синдрома — почти облигатного признака невротических расстройств.

Было проведено объективное исследование слуховой и зрительной памяти, а также внимания с помощью специальных тестов. Оказалось, что когнитивные расстройства у пациентов носят легкий нейродинамический характер и представлены исключительно нарушением, быстрой истощаемостью и лабильностью внимания при отсутствии объективных изменений памяти. Танакан оказывает влияние на ЛКН нейродинамического характера: улучшает кратковременную слуховую и зрительную память по сравнению с исходным уровнем, концентрацию внимания, ликвидирует его лабильность и истощаемость, что приводит к уменьшению утомляемости и повышению работоспособности у молодых пациентов. Повидимому, действие препарата на память и внимание при эмоциональных расстройствах опосредовано нормализацией психического состояния и связано прежде всего с влиянием на нейромедиаторный обмен.

Танакан улучшает самочувствие, активность и настроение, способствует уменьшению психоvegetативных расстройств и нарушений ночного сна. Психотропное действие танакана было продемонстрировано у пациентов, страдающих различными пограничными расстройствами (психогенной и посттравматической астенией), у которых был по-

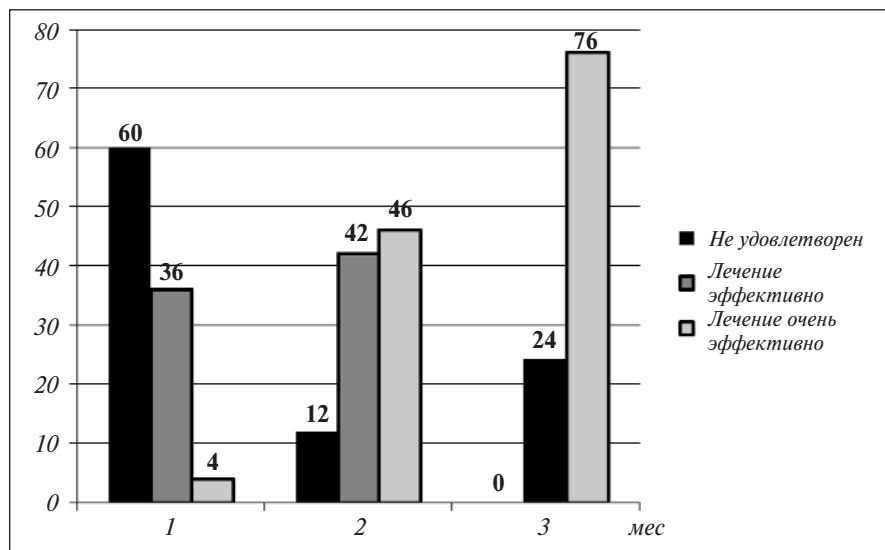


Рис. 2. Динамика субъективной оценки пациентами эффективности лечения

лучен антиастенический и анксиолитический эффект препарата [23, 24].

При лечении танаканом уменьшаются головная боль напряжения, а также злоупотребление анальгетиками. Влияние танакана на абзусный фактор весьма перспективно и требует дальнейшего изучения. В связи с этим заслуживают внимания результаты исследования действия препарата при алкогольной зависимости и опиоидной наркомании у несовершеннолетних пациентов. При назначении танакана пациентам с алкоголизмом улучшалось их самочувствие, уменьшались головная боль и вегетативные расстройства, улучшался сон, настроение и когнитивные функции [25]. При опиоидной зависимости он проявил себя как ноотропный препарат со стимулирующим действием, что крайне важно для борьбы с токсической энцефалопатией и предупреждения побочных эффектов и осложнений, которые наблюдаются у этой категории больных при лечении нейролептиками [26]. Известно, что нейролептики и антидепрессанты, широко используемые при данной патологии, снижают умственную работоспособность и адаптационные возможности, что затрудняет психотерапию и ухудшает самочувствие больных. Эти же свойства танакана при включении его в комплексную терапию анальгетической зависимости могут повысить эффективность лечения абзусной головной боли. Данный аспект требует дальнейшего исследования.

Танакан хорошо переносится, все пациенты были удовлетворены его эффективностью, при приеме препарата редко возникают побочные эффекты. Танакан является эффективным и безопасным средством симптоматической терапии когнитивного дефицита в любом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурья АР. Высшие корковые функции. Москва: Академический проект; 2000. С. 357–83.
2. [Luriya AR. Vysshie korkovye funktsii. Moscow: Akademicheskii proyekt; 2000. P. 357–83.]
3. Артемьев ДВ, Захаров ВВ, Левин ОС, Преображенская ИС. Старение и нейродегенеративные расстройства: когнитивные и

- двигательные нарушения в пожилом возрасте. Москва, 2005. 48 с.
- [Artem'ev DV, Zakharov VV, Levin OS, Preobrazhenskaya IS. Starenie i neyrodegenerativnye rasstroystva: kognitivnye i dvigatel'nye narusheniya v pozhilom vozraste. Moscow, 2005. 48 p.]
3. Захаров ВВ, Локшина АБ. Ведение паци-

- ентов с когнитивными нарушениями. Москва, 2007. 30 с.
- [Zakharov VV, Lokshina AB. Vedenie patsientov s kognitivnymi narusheniyami. Moscow, 2007. 30 p.]
4. Яхно НН. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. Неврологический журнал. 2006;11(51):4–12.

- [Yakhno NN. Cognitive impairment in neurological clinical practice. *Nevrologicheskiy zhurnal*. 2006;(11SI):4–12.]
5. Дамулин ИВ, Захаров ВВ, Яхно НН. Когнитивные нарушения: дифференциальная диагностика и методы лечения. Методические рекомендации. Москва, 2000. 44 с. [Damulin IV, Zakharov VV, Yakhno NN. Kognitivnye narusheniya: differentsial'naya diagnostika i metody lecheniya. Metodicheskie rekomendatsii. Moscow, 2000. 44 p.]
6. Дамулин ИВ. Особенности депрессии при неврологических заболеваниях. *Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова*. 2005;10:55–6.
- [Damulin IV. Osobennosti depressii pri nevrologicheskikh zabolevaniyakh. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2005;(10):55–6.]
7. Patterson C. The diagnosis and differential diagnosis of dementia and pseudo-dementia in the elderly. *Can Fam Physician*. 1986;32:2607–10.
8. Pryse-Phillips W, Wahlund L-O. Others dementias. In.: Wilcock GK et al, editors. *Diagnosis and management of dementia. A Manual of Memory Disorders Teams*. Oxford: Oxford University Press; 1999. P. 252–76.
9. Яхно НН, Захаров ВВ. Легкие когнитивные нарушения в пожилом возрасте. *Неврологический журнал*. 2004;9(1):4–8.
- [Yakhno NN, Zakharov VV. Mild cognitive disorders in the elderly. *Nevrologicheskiy zhurnal*. 2004;9(1):4–8.]
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр. Т. 1. Женева: ВОЗ (Москва: Медицина по расп. МЗ и МП РФ); 1995. С. 765.
- [Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya bolezney i problem, svyazannykh so zdorov'em, 10-y peresmotr. T. 1. Zheneva: VOZ (Moscow: Meditsina po rasp. MZ i MP RF); 1995. P. 765.]
11. Менделевич ВД. Клиническая и медицинская психология. Москва: МЕДпресс-информ; 2001. 592 с.
- [Mendelevich VD. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya. Moskva: MEDpress-inform; 2001. 592 s.]
12. Grylewski RJ, Korbut R, Robak J, Swies J. On the mechanism of antithrombotic action of flavonoids. *Biochem Pharmacol*. 1987;36(3):317–22.
13. Гаврилова СИ, Федорова ЯБ, Рошина ИФ, Колыхалов ИВ. Опыт клинического применения танакана при лечении синдрома мягкого когнитивного снижения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2006;106(10):42–6.
- [Gavrilova SI, Fedorova YaB, Roshchina IF, Kolykhalov IV. Opyt klinicheskogo primeneniya tanakana pri lechenii sindroma myagkogo kognitivnogo snizheniya. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2006;106(10):42–6.]
14. Rai GS, Shovlin C, Wesnes KA. A double-blind, placebo controlled study of Ginkgo biloba extract in elderly outpatients with mild to moderate memory impairment. *Curr Med Opin*. 1991;12(6):350–5.
15. Vellas B, Coley N, Ousset PJ et al. Long-term use of standardized Ginkgo biloba extract for prevention of Alzheimer's disease (GuidAge): a randomized placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*. 2012 Oct;11(10):851–9.
16. Hofferberth B. Influence of Ginkgo biloba extract (EGb761) on neurophysiological and neuropsychological measurements in patients suffering from psychoorganic syndrome. In: Christen Y, Courtois Y, Droy-Lefaix MT, editors. *Effects of Ginkgo biloba extract (EGb761) on aging and age-related disorders. Advances in Ginkgo biloba Extract Research*. Paris: Elsevier; 1995. P. 141–8.
17. Rapin JR, Franchet S, Grieu R. Effect of EGb761 on brain acetylcholine turnover. In.: De Feudis FV, editor. *Ginkgo biloba extract (EGb761). Pharmacological activities and clinical application*. Paris: Elsevier; 1987. 17/18:2–12.
18. Taylor J. In vitro interaction of EGb761 with biogenic amine uptake sites and NMDA receptors syndrome. In: Christen Y, Courtois Y, Droy-Lefaix MT, editors. *Effects of Ginkgo biloba extract (EGb761) on aging and age-related disorders. Advances in Ginkgo biloba Extract Research*. Paris: Elsevier; 1995. 4:1–6.
19. Доскин ВА, Лаврентьева НА, Мирошников МП, Шарай ВБ. Вопросы психологии. 1973;6:141–5.
- [Doskin VA, Lavrent'eva NA, Miroshnikov MP, Sharay VB. Voprosy psikhologii. 1973;6:141–5.]
20. Альманах психологических тестов. Москва, 1995. С. 92–4.
- [Al'manakh psikhologicheskikh testov. Moscow, 1995. P. 92–4.]
21. Вейн АМ, Соловьева АД, Колосова ОА. Вегето-сосудистая дистония. Москва: Медицина; 1981. С. 85.
- [Veyn AM, Solov'eva AD, Kolosova OA. Vegeto-sosudistaya distoniya. Moskva: Meditsina; 1981. P. 85.]
22. Вейн АМ, Левин ЯИ. Принципы современной фармакотерапии инсомнии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1998;(5):39–42.
- [Veyn AM, Levin YaI. Printsipy sovremennoy farmakoterapii insomnii. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 1998;(5):39–42.]
23. Незнамов ГГ, Сюняков АС, Телешова ЕС. Перспективы применения танакана в качестве антиастенического средства. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1999;(2):21–6.
- [Neznamov GG, Syunyakov AS, Teleshova ES. Perspektivy primeneniya tanakana v kachestve antiastenicheskogo sredstva. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 1999;(2):21–6.]
24. Аведисова АС, Бородин ВИ, Чахава ВО. Лечение больных с астеническими расстройствами препаратом танакан. Новые лекарственные препараты. 1998;(10):3–8.
- [Avedisova AS, Borodin VI, Chakhava VO. Lechenie bol'nykh s astenicheskimi rasstroystvami preparatom tanakan. *Novye lekarstvennye preparaty*. 1998;(10):3–8.]
25. Овчинская АС, Варламов ВИ, Милопольская ИМ и др. Эффективность препарата танакан при лечении наркологических больных. Новые лекарственные препараты. 1997;3:8–11.
- [Ovchinskaya AS, Varlamov VI, Milopol'skaya IM i dr. Effektivnost' preparata tanakan pri lechenii narkologicheskikh bol'nykh. *Novye lekarstvennye preparaty*. 1997;3:8–11.]
26. Надеждин АВ, Милопольская ИМ, Иванов АИ, Булаев ВМ. Опыт применения препарата танакан при героиновых наркоманиях у подростков. *Вопросы наркологии*. 1998;(4):20–3.
- [Nadezhdin AV, Milopol'skaya IM, Ivanov AI, Bulaev VM. Opyt primeneniya preparata tanakan pri geroinovykh narkomaniyakh u podrostkov. *Voprosy narkologii*. 1998;(4):20–3.]