

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ «КЛИНИКА ПАМЯТИ»

Г.П. Костюк, М.В. Курмышев, В.Б. Савилов, Д.Н. Ефремова, М.В. Пак,  
Л.А.Бурьгина<sup>2</sup>

*Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ  
Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ<sup>2</sup>*

Увеличение продолжительности жизни, изменения в демографической структуре населения большинства стран, отражающие рост доли пожилых людей в обществе, диктует необходимость привлечения дополнительных ресурсов оказания помощи данному контингенту. Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 утверждена Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, нацеленная на стабилизацию и рост численности населения и ориентированная на увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет. Возрастная классификация ВОЗ на сегодняшний день такова, что лиц в возрасте от 60 до 74 лет относят к лицам пожилого возраста, лиц 75–89 лет – к старческому возрасту, а лиц старше 90 лет – к долгожителям [цит. по 11].

Качество жизни стареющего человека в значительной степени зависит, в первую очередь, от степени сохранности его психических функций [10, 12]. Возможность восстановления когнитивных функций (при разных типах нарушений познавательной сферы и при разной степени их выраженности) в ходе реабилитационного процесса приобретает особую актуальность.

Проблема когнитивной недостаточности, нарастающей тяжести когнитивного дефицита, развивающейся на фоне старения – одна из центральных в современной медицине. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) используется термин «легкое когнитивное расстройство» (F06.7). В отечественной литературе англоязычный термин «mild cognitive impairment» имеет несколько вариантов перевода: «мягкое когнитивное снижение», «легкое когнитивное расстройство», «мягкое когнитивное расстройство» [2–4].

Много работ в этой области посвящено ранней диагностике снижения познавательной деятель-

ности и синдрому мягкого когнитивного снижения (Mild Cognitive Impairment – MCI) [1]. Современная исследовательская концепция MCI появилась из-за необходимости идентифицировать некую промежуточную категорию пациентов, находящуюся между нормальным старением и деменцией.

Принята дефиниция и разработаны операциональные критерии, которыми руководствуются при диагностике синдрома MCI; его структура такова, что проявления легкой дефицитарности выявляются более чем в одной из когнитивных сфер [1, 4, 9, 22]. Дефиницией синдрома мягкого когнитивного снижения, согласно определению клинического руководства по когнитивным нарушениям, является синдром, характеризующийся «...легкими признаками ухудшения памяти (MCI) и/или общим когнитивным снижением при отсутствии данных по наличию синдрома деменции и при исключении вероятной связи когнитивного снижения с каким-либо церебральным или системным заболеванием, органной недостаточностью, интоксикацией (в т.ч. медикаментозной), депрессией или умственной отсталостью» [1–3]

Когнитивные нарушения в пожилом возрасте нельзя оценивать в отрыве от нарушений в эмоциональной сфере, поскольку они тесно взаимосвязаны общими патогенетическими факторами и оказывают взаимное влияние друг на друга [12]. Когнитивные функции пожилого человека также связаны с его уровнем образования (широк диапазон различий в выполнении когнитивных тестов вследствие разницы в образовании и интеллектуальном развитии) [4, 8].

Ряд исследований посвящен особенностям и закономерностям протекания синдрома MCI при различных распространенных формах деменции, например, при сосудистой деменции, при болезни

Альцгеймера (БА), при сенильной деменции альцгеймеровского типа [2, 6, 23].

Исследователи отмечают [1–4, 21], что в настоящее время отсутствуют надежные специфические тесты для отграничения прогрессирующего когнитивного снижения, обусловленного развивающейся деменцией, от нормального когнитивного старения. Однозначных критериев определения нормального старения в литературе не представлено. На текущий момент остается неясным, где проходит линия, разделяющая легкое когнитивное снижение, соответствующее нормальному старению, и прогностически неблагоприятное когнитивное снижение.

Доля пациентов с мягким когнитивным снижением весьма существенна в общем контингенте поликлинических и стационарных служб общемедицинского профиля, поэтому в силу их особенностей, перечисленных выше, стоит задача реабилитационной работы с симптомами когнитивного снижения, которые существенно ухудшают уровень качества жизни пожилых людей. Эта задача ставится в один ряд с традиционными задачами диагностики и терапии [11, 18, 24].

Современные реабилитационные технологии, разрабатываемые для восстановления когнитивных функций при мягком когнитивном снижении, опираются на фундаментальные исследования пластичности мозга.

Проводимые в настоящее время исследования, касающиеся восстановления когнитивных функций у пожилых людей, неоднозначны: исследователи и практики не пришли к единой точке зрения на предмет существа, целей и задач процесса восстановления; остаются неразработанными и многие методические аспекты и критерии нормального старения. Все вышесказанное еще раз подтверждает актуальность данного исследования.

**Целью** настоящего исследования было изучение особенностей динамики когнитивной сферы в ходе реабилитационного процесса и выявление наличия взаимосвязи мнестических процессов с некоторыми когнитивными функциями, такими как ориентация во времени и пространстве, внимание, речь и праксис у лиц пожилого и старческого возраста с симптомами мягкого когнитивного снижения в условиях специализированного медико-реабилитационного отделения.

### **Материал и методы**

Работа проводилась на базе специализированного медико-реабилитационного отделения. Отделение создано при ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А.Алексеева ДЗМ на базе ПНД №15 и рассчитано на 50 пациентов пожилого возраста с наличием признаков ухудшения памяти и/или общим когнитивным снижением.

Реабилитационный курс проходят пациенты с нарушениями, которые характеризуются снижением памяти, трудностью обучения, сниженной способ-

ностью концентрироваться на выполнении какой-либо задачи на длительное время. Часто у пациентов, принятых на курс реабилитации, имеет место выраженное ощущение психической усталости при попытке решить умственную задачу; обучение новому представляется субъективно трудным, даже когда объективно оно успешно.

Продолжительность курса реабилитации занимает 6 недель, в соответствии с комплексной программой восстановления когнитивных функций. Структуру комплексной программы восстановления когнитивных функций составляют специально адаптированные и взаимосвязанные между собой нейропсихологические, психологические и психотерапевтические тренинги.

*Критерии включения* в программу: наличие у пациентов снижения когнитивных функций, диагностированного на основании клинико-anamnestических и экспериментально-психологических исследований; информированное согласие пациента на участие в исследовании. Уточнение установленного пациенту диагноза и проведение клинико-психологической экспертизы в задачи медико-реабилитационного процесса не входило.

*Критерии исключения* из программы: выраженные депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства (выше 10 баллов по шкале HADS, требующие специализированной терапии), синдром нарушения функций тазовых органов, наличие в анамнезе острого и/или хронического психоза, а также соматическое заболевание в фазе обострения.

Все пациенты, включенные в курс реабилитации, прошли медицинский осмотр и получали медикаментозное лечение. Перед началом курса и по его окончании пациенты, на добровольной основе, принимали участие в психологическом исследовании.

В соответствии с целью и задачами исследования были выбраны результаты 115 пациентов с выявленным мягким когнитивным снижением (по МКБ-10 F06.7, F06.78).

Исследование когнитивной сферы пациентов проводилось до (срез 1) и после (срез 2) комплексной программы восстановления когнитивных функций. Пациенты были разбиты на следующие группы: группу I составили лица пожилого возраста (60–74 лет), группу II составили лица старческого возраста (75–89 лет).

Для проведения анализа динамики когнитивных функций как результата реабилитационного процесса у участников был определен подтип когнитивного расстройства по ишемической шкале Хачински (MHIS) [16]. Для объективизации состояния когнитивных функций пациентов служило комплексное клинико-психологическое исследование. Оценка когнитивного статуса осуществлялась с помощью диагностических тестов, который изучался в динамике. Для этих целей использовались шкалы, представляющие собой набор тестовых заданий (табл. 1).

## Набор тестовых заданий

Домен	Тест
Определение подтипа деменции	MHIS (Modified Hachinski Ischemic Score) [17]. «Модифицированная ишемическая шкала Хачинского». Показатель: 0–3=атрофические процессы (болезнь Альцгеймера); 4–6=процессы нормального старения; 7–18=сосудистая деменция.
Исследование когнитивной сферы	MMSE (Mini Mental State Examination) [14]. Мини-исследование психического статуса. Показатель: 25–27=преддементные нарушения; 23–25=мягкое когнитивное снижение (MCI); 20–23=деменция легкой степени выраженности. ANDI (Analytical Diagnostic) Количественный и качественный анализ когнитивного дефекта. CDT (Clock Drawing test) [20]. Тест рисования часов.

Шкала MMSE использовалась для оценки когнитивного функционирования как наиболее распространенный инструмент повседневной практики для оценки пациентов с когнитивными нарушениями [14]. Тест ANDI привлекался в дополнение к тесту MMSE и позволял провести количественный и качественный анализ когнитивного дефекта. Тест рисования часов (CDT) обнаруживал трудности в распознавании расположения стрелок в соответствии с заданным временем или в правильном расположении цифр на циферблате, и таким образом изучалось, насколько сохранены оптико-пространственные функции больных [7].

Шкала MHIS помогает дифференцировать когнитивные расстройства сосудистой этиологии от атрофических когнитивных расстройств, приняв во внимание, что ее ценность для диагностики безинсультных форм сосудистых нарушений, а также «смешанных» когнитивных расстройств остается низкой [21]. Ишемическая шкала Хачински включает 13 критериев [17]. Оценка в диапазоне 0–3 баллов ассоциируется с атрофическими процессами головного мозга; оценка свыше 7 баллов предполагает сосудистую причину когнитивного расстройства. Результаты в интервале от 4 до 6 баллов условно соответствуют динамике «нормального старения».

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ STATISTICA. Категориальные порядковые данные в таблицах представлены средними значениями со стандартным отклонением  $M \pm SD$  и медианами с квартильным размахом  $Me$  (1 квартиль; 3 квартиль). Сравнения категориальных порядковых данных проводились с использованием непараметрических ранговых критериев: Вилкоксона – для внутригрупповых сравнений, Манна-Уитни – для межгрупповых. Для оценки клинической значимости выявленных различий (силы эффекта) рассчитывали стандартизованную разницу между двумя средними – стандартизованный эффект ( $E_s = \frac{M_2 - M_1}{\sqrt{(SD_1 + SD_2)/2}}$ ).

Группы – пожилого возраста (группа I) и старческого возраста (группа II) были сопоставимы по этиологии когнитивных нарушений в соответствии с критериями шкалы Хачински (MHIS). Данные представлены в табл. 2.

В обеих группах пациенты с симптомами атрофических процессов (0–3 балла по шкале MHIS) составили

минимальное количество – 5,2% и соответственно по группам в группе I – 1,6%, а в группе II – 9,6%.

Пациенты с результатами MHIS 4–6 баллов соответствовали условно критериям «нормального старения» с неустановленной сосудистой этиологией и составили в целом по выборке 6,1% и соответственно в группе I – 6,3% и в группе II – 5,8%.

Подтип сосудистых когнитивных расстройств, со всеми признаками мягкого когнитивного снижения (7–18 баллов по шкале MHIS) составил в целом по выборке – 88,7%, и соответственно в группе I – 92,1% и группе II – 84,6%.

Полученные данные, представленные ниже, подтвердили положение, что апробированная комплексная реабилитационная программа (Клиника памяти) для пожилых людей, с мягким когнитивным снижением, показала положительную динамику состояния когнитивных функций.

## Результаты

Результаты оценки по методикам MMSE и ANDI исходного уровня состояния когнитивных функций пациентов обеих групп (срез 1) и его динамики по окончании реабилитационной программы (срез 2) представлены в табл. 3.

Таблица 2

**Распределение по подтипам деменции  
(модифицированная ишемическая шкала Хачински MHIS на начало реабилитационного процесса)**

	n	MHIS модифицированная ишемическая шкала Хачински		
		Уровень 0–3	Уровень 4–6	Уровень 7–18
Группа I (60–74 лет)	63	1 (1,6%)	4 (6,3%)	58 (92,1%)
Группа II (75–89 лет)	52	5 (9,6%)	3 (5,8%)	44 (84,6%)
Всего	115	6 (5,2%)	7 (6,1%)	102 (88,7%)

Показатели состояния когнитивных функций и их динамика по методикам MMSE и ANDI

	n	MMSE срез 1	MMSE срез 2	<i>p</i> критерий Вилкоксона	<i>Es</i> стандартизированный эффект
Группа 1 (60–74 лет)	63	25±3 Ме 26(24; 27)	26±2 Ме 27(25; 28)	<0,0001	0,46
Группа 2 (75–89 лет)	52	24±2 Ме 26(23; 26)	26±2 Ме 26(25; 27)	<0,0001	0,66
<i>p</i> критерий Манна-Уитни		0,002 <b>ANDI</b> срез 1	0,01 <b>ANDI</b> срез 2		
Группа 1 (60–74 лет)	63	73±12 Ме 76(70; 81)	80±8 Ме 82(76; 86)	<0,0001	0,78
Группа 2 (75–89 лет)	52	68±13 Ме 71(63; 77)	77±8 Ме 77(71; 84)	<0,0001	0,87
<i>p</i> критерий Манна-Уитни		0,003	0,01		

Как видно из табл. 3, повышение общего уровня интеллектуально-мнестической сферы по данным MMSE произошло в обеих группах; различия были выявлены на высоком уровне значимости ( $p=0,0001$  для группы I и  $p=0,0001$  для группы II; критерий Вилкоксона). Стандартизованная разница между двумя средними – стандартизованный эффект ( $E_s$ ) – соответствует среднему эффекту, то есть клинически значима.

Средний балл участников возрастной группы II на начало реабилитационной программы был ниже, чем в группе I (24±2; Ме 26(23; 26) и 25±3; Ме 26(24; 27);  $p=0,02$  критерий Манна-Уитни).

В результате участия в реабилитационной программе был получен более выраженный положительный стандартизированный эффект ( $E_s$  0,66), хотя абсолютный итоговый результат все же остался ниже (Ме 26–25; 27), чем в группе I (Ме 27–25; 28;  $p=0,01$  критерий Манна-Уитни).

Таким образом, предложенная программа реабилитации позволяет эффективно расширить структуру профилактических мероприятий для пациентов с когнитивными расстройствами. Феномен улучшения показателей на момент завершения курса реабилитации участниками можно объяснить, как опираясь на гипотетические положения

развивающейся современной теории нейропластичности, так и на точное следование принципам био-психо-социального подхода при организации реабилитационного процесса. При специально организованном процессе повышается нейропластичность, как ответ на внешнее (реабилитационное) воздействие, что предположительно и обеспечивает компенсаторную (восстановительную) функцию мозга [15]. Пребывание пациента в условиях специально организованного реабилитационного процесса обеспечивает появление адекватных нейрофизиологических ответов [19].

Повышение показателей состояния когнитивных функций подтверждают фундаментальные положения о высших психических функциях, о том, что недостаточность когнитивных функций (памяти, речи, счета, пространственно-временной ориентации, снижение способности к абстрактному мышлению, признаки замедления мышления) компенсируется пластичностью, взаимосвязью компонентов и переносом функций [6, 10, 12].

Динамика показателей состояния когнитивных функций по методикам MMSE и ANDI, стратифицированных по подтипам когнитивных нарушений по MHIS представлена в табл. 4.

Таблица 4

Динамика когнитивных нарушений при различных подтипах деменции по шкале MHIS

MHIS	n	MMSE Срез 1	MMSE Срез 2	<i>p</i> критерий Вилкоксона	ANDI Срез 1	ANDI Срез 2	<i>p</i> критерий Вилкоксона
0-3	6	26±3 Ме 27(26; 27)	27±3 Ме 27(27; 28)	0,11	70±9 Ме 71(71; 75)	76±9 Ме 77(75; 82)	0,028
4-6	7	25±2 Ме 25(24; 27)	26±2 Ме 25(24;28)	0,11	76±10 Ме 79(65; 84)	80±8 Ме 83(71; 86)	0,028
7-18	102	25±3 Ме 25(24;27)	26±2 Ме 26(25; 27)	<0,0001	71±13 Ме 75 (65; 79)	79±8 Ме 80(75; 85)	<0,0001

Динамика состояния отдельных когнитивных функций (n=36)

Отдельные параметры MMSE	Срез 1	Срез 2	p критерий Вилкоксона	Es
Ориентация во времени	4,3±0,8; Ме 5,0(4,0; 5,0)	4,5±0,6; Ме 5,0(4,0; 5,0)	0,13	-
Ориентация в пространстве	4,7±0,5; Ме 5,0(4,5; 5,0)	4,8±0,5; Ме 5,0(5,0; 5,0)	0,11	-
Восприятие	2,7±0,6; Ме 3,0(2,0; 3,0)	2,8±0,4; Ме 3,0(3,0; 3,0)	0,35	-
Память	1,8±0,5; Ме 2,0(1,0; 2,0)	2,3±0,5; Ме 2,0(2,0; 3,0)	0,001	1,05
Внимание	2,9±1,8; Ме 3,0(1,0; 5,0)	3,3±1,3; Ме 3,0(2,0; 5,0)	0,009	0,31
Тест «ручка-карандаш»	0,2±0,4; Ме 0(0; 0)	1,1±0,4; Ме 1,0(1,0; 1,0)	0,000003	2,37
«квазипространственный»	2,1±1,1; Ме 3,0(1,0; 3,0)	2,4±0,6; Ме 3,0(2,0; 3,0)	0,14	-
Эфферентный праксис	2,9±0,2; Ме 3,0(3,0; 3,0)	3,5±0,9; Ме 3,0(3,0; 4,0)	0,006	0,95
Афферентный праксис	1,6±0,8; Ме 2(1,0; 2,0)	2,2±0,5; Ме 2,0(2,0; 2,0)	0,001	0,81
Общий балл	24±3; Ме 25(23; 26)	26±2; Ме 26(26; 28)	0,000001	1,11

Как видно из табл. 4, изменения в сторону улучшения когнитивных функций по методикам MMSE и ANDI на высоком уровне значимости ( $p < 0,0001$  критерий Вилкоксона) произошли в группе MHIS 7–18. В группах MHIS 0–3 и MHIS 4–6 – малочисленных и значительно менее репрезентативных – изменения были выявлены по методикам MMSE ANDI соответственно ( $p = 0,11$  и  $p = 0,028$  критерий Вилкоксона).

В табл. 5 представлены данные некоторых параметров, входящих в методику MMSE, за счет которых произошли изменения уровня когнитивных функций. На основании полученных данных, были выявлены мишени при разработке нейропсихологических тренингов комплексной реабилитационной программы.

Анализ данных, представленных в табл. 5, показал, что совокупная оценка отдельных параметров по методике MMSE (общий балл) увеличился – общий стандартизированный эффект ( $Es$  1,11). В функциях оценки памяти отмечены улучшения более чем на 100% ( $Es$  1,05). Сила эффекта полученных позитивных изменений относительно внимания ниже – установлено повышение до 31% от исходной – ( $Es$  0,31). Наиболее значимые изменения были зафиксированы относительно активности функции гнозиса – номинация «ручка, часы»: сила эффекта превысила 200% ( $Es$  2,37). Сила положительного эффекта относительно афферентного праксиса составила 81%, а сила эфферентного праксиса – 95%.

Сущность стратегии построения программы реабилитации когнитивных функций (Клиника памяти) для людей пожилого возраста – в выборе средств и технологий, которые усиливают эндогенные восстановительные процессы, «обеспечивают активизацию компенсаторной (восстановительной) функции мозга и его нейропластичность на уровне интегративной деятельности мозга» (адаптация, доминанта, обучение и др.) [15].

Нейропсихологическая и психологическая составляющая реабилитационной программы направлена на стимуляцию активности зрительного и слухового гнозиса, на восстановление различных компонентов праксиса, оптико-пространственной деятельности, речи, письма, счета, памяти и ряда мыслительных операций.

Кроме того, реабилитационная программа дополнена психотерапевтической составляющей. Эта часть нацелена, прежде всего, на снижение общего уровня деструктивных переживаний и разочарований. Обязательным компонентом психотерапии является цикл «Психообразование». Особое внимание уделяется формированию правильного представления о роли пожилого человека в семье и обществе.

Итогом специально организованного реабилитационного процесса является способность пациентов с мягким когнитивным снижением критично оценивать собственные потребности и возможности, что повышает их адаптивность в социуме и качество жизни в целом.

В данной статье намеренно широко не излагается вопрос структуры данной программы реабилитации, так как это требует отдельного подробного освещения, что мы и планируем сделать в следующей публикации.

Полученные данные дополняют существующие представления о взаимосвязи процессов памяти с другими когнитивными функциями у людей пожилого возраста. Результаты исследования выявили мишени, которые важно учитывать при разработке оптимального сочетания различных составляющих комплексной реабилитационной программы для людей пожилого и старческого возраста с мягким когнитивным снижением.

### Заключение

Полученные данные дополняют существующие представления о взаимосвязи процессов памяти с

другими когнитивными функциями у людей пожилого возраста. Результаты исследования выявили мишени, которые важно учитывать при разработке оптимального сочетания различных составляющих комплексной реабилитационной программы для людей пожилого и старческого возраста с мягким когнитивным снижением.

Старение не должно рассматриваться как угасание всех способностей и возможностей, процесс психического развития продолжается в любом возрасте. Адекватное и своевременное выявление интеллек-

туально-мнестических расстройств и их коррекция позволяет более эффективно решать вопросы профилактики когнитивных нарушений у пациентов с мягким когнитивным снижением.

Осуществление реабилитационных мероприятий в отношении людей пожилого возраста, их пребывание в условиях напряженного влияния специально организованного реабилитационного процесса активизирует адекватные нейрофизиологические ответы, что способствует снижению риска развития тяжелых когнитивных нарушений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова С.И. Концепция мягкого когнитивного снижения // Болезнь Альцгеймера и старение. М.: Пульс. 2007. С. 9–20.
2. Гаврилова С.И. Деменция // Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И.Гавриловой. М.: Пульс, 2014. С. 23–145.
3. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование) // Вестник РАМН. 2002. Т. 9. С. 15–20.
4. Галаяудинов Г.С., Лонкин М.А. Гендерные различия в качестве жизни и когнитивных нарушениях, а также депрессия у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью // Евразийский союз ученых. 2016. № 1–4. С. 46–49.
5. Ефремова Д.Н. Психологическая реабилитация людей пожилого возраста // Евразийский союз ученых. 2016. № 1–4. С. 130–133.
6. Левин О.С., Батукаева Л.А., Смоленцева И.Г. Диагностика и лечение деменции при болезни Паркинсона // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2008. Т. 108. № 6. С. 91–97.
7. Мелёхин А.И. Использование теста рисования часов в скрининг-обследовании когнитивного дефицита // Национальные приоритеты России. 2014. № 2.
8. Петрухин А.С. и соавт. Использование тестовой оценки в качестве показателя эффективности терапии деменции, обусловленной болезнью Альцгеймера, в клинической практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2014. Т. 114. № 12. С. 48–53.
9. Федорова Я.Б. Синдром мягкого когнитивного снижения в позднем возрасте: психопатологическая структура и параклинические (психометрические, нейротомографические и молекулярно-генетические) характеристики // Психиатрия. 2007.
10. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977. 205 с.
11. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. Нарушения памяти и внимания в пожилом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. 2006. Т. 106. № 2. С. 58–62.
12. Baltes P.B. et al. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation // Successful Aging: Perspectives From the Behavioral Sciences. 1990. Vol. 1. N 1. P. 1–34.
13. Buschkuhl M., Jaeggi S., Hutchinson S., Perrig-Chiello P., Daepf C., Muller M., Breil F., Hoppeler H., Perrig W.J. Impact of working memory training on memory performance in old-old adults // Psychol. Aging. 2008. N 23. P. 743–753.
14. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psychiatr. Res. 1975. Vol. 12. N 3. C. 189–198.
15. Glasper E.R., Schoenfeld T.J., Gould E. Adult neurogenesis: optimizing hippocampal function to suit the environment // Behav. Brain Res. 2012. Vol. 2. P. 380–383.
16. Guzman R. Cellular stroke therapy: from cell replacement to trophic support // Exp. Rev. Cardiovascular Therapy. 2009. Vol. 10. P. 1187–1190.
17. Hachinski V.C., Iliff L.D., Phil M., Zilhka E., Du Boulay G.H., McAlister V.L., Marshall J., Russell R. W.R., Symon L. Cerebral blood flow in dementia // Arch. Neurol. 1975. Vol. 32. P. 632–637.
18. Heyn P., Abreu B.C., Ottenbacher K.J. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis // Arch. Physical Med. Rehab. 2004. Vol. 85. N 10. C.1694–1704.
19. Kidwell C.S., Liebeskind D.S., Starkman S., Saver J.L. Trends in acute ischemic stroke trials through the 20th century // Stroke. 2001. Vol. 32. P. 1349–1359.
20. Lovestone S., Gauthier S. Management of dementia. London: Martin Dunitz, 2001.
21. Moroney J.T. et al. Meta-analysis of the Hachinski Ischemic Score in pathologically verified dementias // Neurology. 1997. Vol. 49. N 4. C. 1096–1105.
22. Petersen R.C. et al. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology // Neurology. 2001. Vol. 56. N 9. C. 1133–1142.
23. Rockwood K., Graham J., Fay S. Goal setting and attainment in patients with Alzheimer's disease treated with donepezil // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 2002. Vol. 73. P. 500–507.
24. Talassi E. et al. Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study // Arch. Gerontol. Geriatrics. 2007. Vol. 44. C. 391–399.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ «КЛИНИКА ПАМЯТИ»

Г.П. Костюк, М.В. Курмышев, В.Б. Савилов, Д.Н. Ефремова, М.В. Пак, Л.А.Бурыгина

Проведена апробация комплексной программы восстановления когнитивных функций при мягком когнитивном снижении у лиц пожилого возраста. Проанализированы особенности динамики когнитивной сферы в ходе реабилитационного процесса. Результаты анализа свидетельствуют о подвижности когнитивных процессов при атрофических и сосудистых нарушениях в пожилом возрасте. Данные

клинико-психологического исследования достоверно свидетельствуют об эффективности комплексной программы восстановления когнитивных функций при мягком когнитивном снижении у лиц пожилого возраста.

**Ключевые слова:** деменция, когнитивные нарушения, нейрогенез, синдром мягкого когнитивного снижения, реабилитация, пожилые.

## RECOVERY OF COGNITIVE FUNCTION IN ELDERLY PERSONS IN A SPECIAL MEDICO-REHABILITATION UNIT 'THE MEMORY CLINIC'

G.P. Kostyuk, M.V. Kourmyshev, V.B. Savilov, D.N. Efremova, M.V. Pak, L.A. Burigina

The authors report about testing a comprehensive program for recovery of cognitive function in elderly persons with mild cognitive impairment. The article provides an analysis of cognitive changes in the course of rehabilitation. Results suggest plasticity of cognitive processes in atrophic and vascular disorders in old age. The data of clinico-psychological

investigation prove the efficacy of this comprehensive program for recovery of cognitive function in elderly persons with mild cognitive impairment.

**Key words:** dementia, cognitive impairment, neurogenesis, mild cognitive impairment, rehabilitation, the elderly

---

**Костюк Георгий Петрович** – доктор медицинских наук, профессор, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный психиатр ДЗМ; e-mail: kgk@yandex.ru

**Курмышев Марат Витальевич** – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по филиалу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, Психоневрологический диспансер №15; e-mail: 5086773@mail.ru

**Савилов Виктор Борисович** – заведующий медико-реабилитационным отделением «Клиника памяти» филиала Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, Психоневрологический диспансер № 15; e-mail: info@memoryclinic.ru

**Ефремова Диляра Набиуллиновна** – кандидат психологических наук, клинический психолог медико-реабилитационного отделения «Клиника памяти» филиала Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, Психоневрологический диспансер №15; e-mail: dileff@mail.ru

**Пак Марина Витальевна** – заместитель главного врача Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы; e-mail: marinapak57@gmail.com

**Бурюгина Лариса Андреевна** – главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина» Департамента здравоохранения Москвы; e-mail: lar.burygina@yandex.ru