- rence factors. Eur Neurol 2000;43:3–8.
14. Kraus J.A., Berlitz P. Cerebral embolism and epileptic seizures – the role of the embolic source. Acta Neurol Scand 1998;97:154–8.
 15. Kwan J. Stroke: Predicting the risk of post-stroke epilepsy—why and how? Nat Rev Neurol 2010;6:532–3.
 16. Bladin C.F., Alexandrov A.V., Bellavance A. et al. Seizures after stroke: a prospective multi-center study. Arch Neurol 2000;57:1617–22.
 17. Giroud M., Gras P., Fayolle H. et al. Early seizures after acute stroke: a study of 1640 cases. Epilepsia 1994;35:959–64.
 18. Kilpatrick C.J., Davis S.M., Tress B.M. et al. Epileptic seizures in acute stroke. Arch Neurol 1990;47:157–60.
 19. Arboix A., Comes E., Massons J. et al. Prognostic value of very early seizure for in-hospital mortality in atherothrombotic infarction. Eur Neurol 2003;50:350–5.
 20. Siddiqi S.A., Hashmi M., Khan F. et al. Clinical spectrum of post-stroke seizures. J Coll Physicians Surg Pak 2011;21(4):214–8.
 21. Lancman M.E., Golimstok A., Norscini J. et al. Risk factors for developing seizures after a stroke. Epilepsia 1993;34:141–3.
 22. Lo Y.K., Yiu C.H., Hu H.H. et al. Frequency and characteristics of early seizures in Chinese acute stroke. Acta Neurol Scand 1994;90:83–5.
 23. Velioglu S.K., Ozmenoglu M., Boz C. et al. Status epilepticus after stroke. Stroke 2001;32:1169–72.
 24. Alberti A., Paciaroni M., Caso V. et al. Early seizures in patients with acute stroke: Frequency, predictive factors, and effect on clinical outcome. Vasc Health and Risk Manag 2008;4(3):715–20.
 25. Gupta S.R., Naheedy M.H., Elias D. et al. Postinfarction seizures. A clinical study. Stroke 1988;19:1477–81.
 26. Reith J., Jorgensen H.S., Nakayama H. et al. Seizures in acute stroke: predictors and prognostic significance. The Copenhagen Stroke Study. Stroke 1997;28:1585–9.
 27. Reuck J., Van Maele G. Acute ischemic stroke treatment and the occurrence of seizures. Clin neurol and neurosurg 2010;112(4):328–31.

Е.В. Портнягина, С.Б. Дарижапов, С.Э. Шаристепанова, А.Ф. Портнягин

Кафедра эндокринологии и клинической фармакологии

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»

Сравнительный клинко-экономический анализ каротидного стентирования и эндалтерэктомии

Проанализированы затраты на лечение 52 пациентов после каротидного стентирования (КС) и 50 после каротидной эндалтерэктомии (КЭ). Оценено качество жизни больных через 1 год после лечения. Показана экономическая эффективность КС и КЭ как средств профилактики инсульта. Отмечено, что затраты на КС и КЭ практически уравниваются при рациональной организации медицинской помощи. Анализируются возможности улучшения хирургической помощи пациентам с высоким риском развития инсульта.

Ключевые слова: клинко-экономический анализ, атеросклероз сонных артерий, каротидное стентирование, каротидная эндалтерэктомия, клиническая эффективность, качество жизни.

Контакты: Елена Владимировна Портнягина portsmol@mail.ru

Comparative clinical and economic analysis of carotid stenting and endarterectomy

E.V. Portnyagina, S.B. Darizhapov, S.E. Sharistepanova, A.F. Portnyagin

Department of Endocrinology and Clinical Pharmacology, Irkutsk State Medical University

The paper analyzes the cost of treating 52 patients after carotid stenting (CS) and 50 after carotid endarterectomy (CE). It assesses their quality of life one year after treatment. The economic effectiveness of CS and CE as techniques for preventing stroke is shown. The cost of CS and CE is noted to become virtually equal when medical care is rationally organized. Whether surgical care for patients at high risk for stroke may be improved is analyzed.

Key words: clinical and economic analysis, carotid artery atherosclerosis, carotid stenting, carotid endarterectomy, clinical effectiveness, quality of life.

Contact: Elena Vladimirovna Portnyagina portsmol@mail.ru

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) наиболее высокий уровень смертности и инвалидизации наблюдается при цереброваскулярных заболеваниях [1–4]. Предполагается, что в ближайшие годы заболеваемость инсультом возрастет, что связано с постарением населения и увеличением в популяции числа лиц с различными факторами риска развития ССЗ [1, 2]. В России частота инсульта составляет 23,4% в структуре общей смертности и 39% в структуре смертности от ССЗ, что выше, чем во многих других странах. За последние 10 лет смертность от инсульта возросла на 30%, все чаще эта серьезная патология развивается у лиц моложе 50 лет [1–3]. В Иркутской области ежегодно гос-

питализируют до 8–9 тыс. больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, из которых более 1 тыс. умирают, а до 40% остаются инвалидами пожизненно [3]. Кроме того, инсульт значительно ухудшает качество жизни (КЖ) пациентов, перспективы реабилитации после инсульта во многих случаях крайне негативны. Уход за больным — тяжелое испытание для членов семьи и сопряжен со значительными социально-экономическими потерями [1, 2, 5]. В связи с этим первостепенной задачей становится совершенствование мер профилактики инсульта [6–13].

В региональном сосудистом центре (РСЦ) Иркутской области при лечении больных с высоким сердечно-сосуди-

Рис. 1. Сопутствующая патология в группах больных, леченных КЭ и КС

стым риском (ВСР) используются новые подходы, высокие технологии, которые позволяют минимизировать последствия болезни [3], но требуют больших затрат на интенсивную фармакотерапию [4, 5, 14, 15], хирургическое или эндоваскулярное вмешательство [3, 12, 13, 16–23]. Мы изучили клиническую и экономическую эффективность наиболее перспективных методов лечения атеросклероза сонных артерий — эндоваскулярного (каротидное стентирование — КС) и классического хирургического (каротидная эндартерэктомия — КЭ) [6, 12, 16–24]. Проведен сравнительный клинко-экономический анализ данных методов в ранний периоперационный период и через 1 год после лечения.

При изучении эффективности новых технологий в нашей стране приходится учитывать стоимость лечения, однако очень часто принимается во внимание только фактор цены, прямых медицинских затрат [4, 25], тогда как необходимы клинко-экономические исследования, результаты которых позволяют оптимизировать эффективность и стоимость лечения [4, 14, 25–27].

Цель исследования — оценка экономической эффективности современных методов лечения стеноза сонных артерий.

Пациенты и методы. Проведен клинко-экономический анализ двух групп пациентов: леченных КС (1-я группа, n=52) и КЭ (2-я группа, n=50). Через 1 год после вмешательства больных обследовали (неврологический статус,

лабораторные показатели и УЗИ сосудов, нейровизуализация), оценивали КЖ с помощью анкетирования, анализировали используемую фармакотерапию.

Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту и характеру сопутствующей патологии: одинаковая частота артериальной гипертензии (АГ) — 84,6 и 86%, сахарного диабета (СД) — 9,06 и 12% соответственно (рис. 1).

Различия в группах были связаны с перенесенными заболеваниями. Так, ишемической болезнью сердца (ИБС) в 1-й группе страдало 29 (55,8%) пациентов, во 2-й — 17 (34%); ишемический инсульт (ИИ) перенесли соответственно 3 (5,8%) и 10 (20%). Больных с ИБС чаще направляли на КС, а пациентов, перенесших ИИ, — на КЭ. Группы были сопоставимы и

по степени выраженности клинических проявлений атеросклероза. Умеренный стеноз (сужение сонной артерии до 75%) выявлен в 1-й группе у 28 (53,8%) пациентов, во 2-й — у 35 (70%). Выбор метода лечения основывался на международных рекомендациях [18–24, 28–33]. Больные обеих групп имели высокий периоперационный риск [23]: резидуальный стеноз, пред- и постдилатация, извитость, многососудистое поражение и т. д. отмечены у 46 (88,5%) пациентов 1-й группы; снижение давления в сосуде, длительное время пережатия, многососудистое поражение, гетерогенный характер бляшки, контралатеральная окклюзия и т. д. — у 36 (72%) пациентов 2-й группы.

Для определения экономической эффективности использован анализ «затраты — эффективность» (cost-effectiveness ratio — CER) [4, 14, 25, 26], который позволяет определить необходимые затраты на достижение 1 положительного результата лечения (отсутствие осложнений, рецидива стеноза, ишемии).

Кроме того, проанализированы КЖ и состояние здоровья больных обеих групп через 1 год после лечения. С этой целью больных анкетировали с помощью многоаспектного опросника КЖ (Euroquality of life — EQ-5D, ВАШ) [14, 34]; проводили неврологический осмотр, УЗИ сосудов, биохимическое исследование липидов крови, магнитно-резонансную томографию головного мозга.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке результатов КС и КЭ анализировали случаи неэффективности и/или осложнений в раннем послеоперационном периоде [17, 22, 23]. ИИ не было ни в одной из групп; транзиторная ишемическая атака развилась у 2 (3,8%) больных 1-й группы; ангиоспазм — у 6 (11,5%) пациентов 1-й группы (11,5%) и 7 (14%) 2-й группы; неопасные кровотечения — у 3 (5,8%) больных 1-й группы и 14 (28%) 2-й группы; ангинозные боли — у 3 (5,8%) пациентов 1-й группы и 4 (8%) 2-й группы; поражение черепно-мозговых

Таблица 1. Прямые медицинские затраты (в руб.) на 1 больного при КЭ и КС

Затраты	КС	КЭ
Операционные	156 876	49 021
Фармакотерапия	1448	1394
Госпитализация	36 072	60 617 (койко/день с реанимацией)
Лабораторные и инструментальные исследования	23 160	23 160
Итого	217 556	134 192

нервов — у 12 (24%) больных 2-й группы. Всего (композиционная точка) в 1-й группе (КС) зарегистрировано 14 (26,9%) подобных осложнений, во 2-й (КЭ) — 23 (46%).

Таким образом, непосредственная клиническая эффективность лечения в раннем послеоперационном периоде в группе КС оказалась выше (38, или 73,1%), чем в группе КЭ (27, или 54%).

Анализ прямых медицинских затрат при КС и КЭ на 1 больного представлен в табл. 1. Примечательно, что основная доля расходов при КС связана с операционными затратами — 156 876 руб. (72,1%), а при КЭ — с затратами на госпитализацию — 60 617 руб. (45,2%), которые превысили прямые операционные затраты — 49 021 руб. (36,5%)! Длительность госпитализации при КЭ ($17,75 \pm 1,24$ койко/дня) намного превосходила длительность госпитализации при КС ($10,8 \pm 0,57$ койко/дня). При этом доля затрат на фармакотерапию в обеих группах оказалась минимальной — 0,67 и 1,04% общих затрат соответственно.

Прямые медицинские затраты при КС оказались на 83 364 руб. больше, чем при КЭ.

В ранний периоперационный период в 1-й группе CER составил 297 614 руб., во 2-й группе — 248 504 руб.

Проанализировав возможности рационализации помощи больным с ВСР и коронарным атеросклерозом, мы смоделировали расчет затрат на КС с госпитализацией в нейрососудистое отделение (НСО) РСЦ. При этом использовали данные калькуляции расходов на рентгенэндоваскулярные операции в НСО. Оказалось, что при такой организации КС прямые медицинские затраты на 1 больного составят 177 653 руб. (табл. 2). Экономия средств на КС при госпитализации в НСО — 39 903 руб. на каждого больного! При этом показатель CER составил 243 027 руб., что ниже, чем в группе КЭ.

Таким образом, клиническая эффективность оказалась выше в группе КС, а экономически наиболее приемлемым является КЭ. Разница между прямыми медицинскими затратами и затратами на достижение 1 положительного результата двумя методами лечения снизилась с 83 364 до 49 110 руб. При моделировании затрат на КС с госпитализацией в НСО с помощью анализа CER показана наибольшая экономическая эффективность этого метода.

Согласно современным рекомендациям, после эндоваскулярного и хирургического лечения пациенты должны состоять на диспансерном учете и получать интенсивную фармакотерапию (статины, дезагреганты, гипотензивная терапия) [6, 13, 16, 19, 22–24]. Наблюдение в отдаленном периоде показало, что далеко не все пациенты обращаются за медицинской помощью по месту жительства. Выявлено, что 32,7% больных после КС вовсе не посещают врача; 16% больных после КС и 40% после КЭ наблюдаются у невролога, остальные — у терапевта по месту жительства. Тем не менее значительная часть пациентов получала эффективное лечение (рис 2).

Таблица 2. Прямые медицинские затраты (в руб.) на 1 больного при КС с госпитализацией в НСО

Затраты	КС
Операционные	137 110
Фармакотерапия	1448
Госпитализация	1593 (койко/день) с реанимацией
Лабораторные и инструментальные исследования	23 160
Итого	17 653

Рис. 2. Эффективность фармакотерапии у пациентов после КЭ и КС в отдаленном периоде

Проанализированы КЖ и состояние здоровья больных обеих групп через 1 год после лечения. Большинство пациентов отмечали улучшение общего самочувствия. В 1-й группе больных показатель КЖ составил 0,708, во 2-й — 0,575 ($p \leq 0,01$). Таким образом, КЖ пациентов после КС оказалось лучше, чем после КЭ. Однако оба эти показателя были значительно выше, чем показатель высокого КЖ с безрецидивной выживаемостью в течение 1 года (QALY) у больных, перенесших ИИ (около 0,3) [14, 26].

С помощью анализа «затраты — польза» (cost-utility analysis — CUA) мы оценили необходимые затраты на обеспечение высокого показателя QALY после КС и КЭ [4, 14, 25–27]. После КС потребовалось 307 282 руб./QALY, после КЭ — 233 377 руб./QALY. При моделировании затрат на КС с госпитализацией больных в НСО показатель CUA составил 250 922 руб./QALY.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи в США и большинстве развитых стран затраты на лечение менее 20 000 долл./QALY считаются экономически эффективными, от 20 000 до 40 000 долл./QALY — приемлемыми, от 40 000 до 60 000 долл./QALY — пограничными, а более 60 000 и 100 000 долл./QALY — высокими и неприемлемо высокими. В нашей стране такие четкие показатели отсутствуют, но за эко-

номически эффективные принимаются технологии, стоимость которых соотносится с валовым внутренним продуктом (ВВП) на душу населения (в 2010 г. он составил 15 837 долл. США) [14, 26, 27]. Таким образом, необходимые затраты на оказание высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ВСР методами КС и КЭ можно оценить как экономически эффективные. Причем эти затраты практически уравниваются при рациональной организации медицинской помощи.

Наиболее экономически выгодной оказалась КЭ. Прямые медицинские затраты при КС были на 83 364 руб. больше, чем при КЭ. Сокращение сроков госпитализации в НСО (доля затрат на которую была наибольшей) после операции позволит уменьшить затраты на хирургическое лечение. Проведение КС при госпитализации в НСО обеспечит экономию прямых медицинских затрат в 39 903 руб. на каждого больного.

Через 1 год КЖ у пациентов после КС или КЭ было значительно лучше, чем у перенесших ИИ. При этом после КС отмечены более высокие показатели КЖ.

Заключение. Таким образом, важно своевременно выявлять и направлять больных с ВСР на КС или КЭ. Данные методы лечения высокоэффективны и безопасны, обеспечивают высокий уровень КЖ при цереброваскулярной патологии.

Показания для КС или КЭ у 98% больных были определены сосудистыми хирургами. Неврологам также необходимо активнее выявлять и своевременно направлять больных с ВСР для лечения в РСЦ. В периоперационном периоде пациенты должны состоять на диспансерном учете у невролога, который осуществляет лабораторный контроль, УЗИ сосудов, оптимизирует фармакотерапию, формулирует рекомендации по дальнейшему лечению.

Предлагаемые изменения в организации помощи больным с ВСР позволят значительно повысить эффективность лечения и снизить его стоимость, а также улучшить КЖ пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Комплекс мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. Сердечно-сосудистая патология. Современное состояние проблемы. М.: Медиа Медика, 2009;266–73.
- Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. Сборник методических рекомендаций, программ, алгоритмов. Под ред. В.И. Скворцовой. М.: Литтерра, 2007;192 с.
- Горбачев В.И. Два года реализации целевой сосудистой программы в Иркутской области. Официальный сайт Министерства здравоохранения Иркутской области. www.minzdrav-irkutsk.ru
- Белоусов Ю.Б., Белоусов Д.Ю., Афанасьева Е.В. и др. Прогнозирование влияния статинов на прямые медицинские затраты при вторичной профилактике у пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Качеств клин практ 2011;1:97–115.
- Портнягина Е.В., Портнягин А.Ф. Фармакотерапия цереброваскулярного атеротромбоза. Клин геронт 2009; 15(10–11):46–54.
- Парфенов В.А., Вербицкая С.В. Международные рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта и их реализация в амбулаторной практике. Неврол нейропсихиатр психосом 2011(1);16–21.
- Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации III пересмотра 2007 г. Всероссийское научное общество кардиологов. Секция атеросклероза. М.: 2007;37 с.
- Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. Рекомендации Ев-
- ропейской организации по борьбе с инсультом. М.: Бионика, 2008;104 с.
- Sacco R.L., Adams R., Albers G. et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. American Stroke Association. Stroke 2006;37:577–617.
- Виберс Д., Фейгин В., Браун Р. Инсульт. Клиническое руководство. 2-е изд. М.: Бино, 2005;608 с.
- Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke. Stroke 2007;38:1655.
- Кучеренко С.С. Каротидная эндартерэктомия и каротидное стентирование: за и против. Вестн Рос воен-мед акад 2011;3(35):220–5.
- Явелов И.С. Ацетилсалициловая кислота и профилактика инсульта у больных группы высокого риска. Неврол нейропсихиатр психосом 2009;3(4):64–9.
- Куликов А.Ю. Практические аспекты оценки качества жизни. Доклад на V конгрессе с международным участием «Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в РФ», 1–2 марта 2011 г., Самара.
- Портнягина Е.В., Портнягин А.Ф. Цели и возможности антиагрегантной терапии в неврологической практике. Неврол нейропсихиатр психосом 2010;2:83–8.
- Ведение больных после ангиопластики коронарных артерий. Клин фармакол и тер 2004;4:2–7.
- Гавриленко А.В., Иванов В.А., Пивень А.В. Оценка эффективности, факторов риска каротидной эндартерэктомии и каротидного стентирования у пациентов с симптомным стенозом внутренних сонных артерий в раннем послеоперационном периоде. Ангиол и сосуд хир 2010;16(4):125–9.
- Гавриленко А.В., Сандриков В.А., Иванов В.А. и др. Каротидная эндартерэктомия или каротидное стентирование: выбор оптимального метода лечения больных со стенозами сонных артерий. Ангиол и сосуд хир 2011;17(2):70–7.
- Современные подходы к лечению стенозов сонных артерий. Информационное письмо для неврологов, терапевтов, кардиологов, геронтологов, семейных врачей. Под ред. проф. В.И. Скворцовой. М., 2006.
- Шульц А.А., Гогонадзе Л.К., Шульц О.Г. и др. Опыт активного внедрения рентгенэндоваскулярных методов лечения патологии артерий предцеребрального русла в практику отделения сердечно-сосудистой хирургии. Междунар журн интервенц кардиоангиол 2011(24);136–7.
- Кавтеладзе З.А., Былов К.В., Дроздов С.А. и др. Каротидное стентирование или эндартерэктомия. Междунар журн интервенц кардиоангиол 2011;24:53–4.
- Осиев А.Г., Редькин Д.А. Стенозы сонных артерий: взгляд интервенционного кардиолога. Cons med 2007;9(2):9–12.
- Brott T.G., Co-Chair, Halperin J.L. et al. ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS Guideline on the Management of Patients With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease. Circulation, 2011; 124: 489–532.
- Кучеренко С.С. Каротидная эндартерэктомия и каротидное стентирование: взгляд невролога. Новост мед и фармац 2010;328.
- Отраслевой стандарт «Клинико-экономические исследования. Общие положения» 91500.14.0001–2002.
- Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Сычева Е.Ю. Экономические стратегии лечения в кардиологии. Журн мед неотлож сост 2007;3(10):20–23.
- Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Нгуен Т. Определение «порога общества платить» в России, в Европейских странах и в странах

СНГ. Фармакоэкономика 2011;4:7–12.
 28. Eckstein H.-H., Ringleb P., Allenberg J.-R. et al. Results of the Stent-Protected Angioplasty versus Carotid Endarterectomy (SPACE) study to treat symptomatic stenoses at 2 years: a multinational, prospective, randomised trial. Lancet Neurology DOI:10.1016/S1474-4422(08)70196-0.
 29. Yadau J.S., Wbolely M.H. et al. for the Stenting end angioplastic witch Protection in Patient at High Risk for Endarterectomy Investingators (SAPPHIRE) et al.

N Engl J Med 2004;351:1493–501.
 30. Study to Evaluate the Neuroshield Bare Wire Cerebral Protection System and X-Act Stent in Patients at High Risk for Carotid Endarterectomy (SECURITY). Amer College of Cardiol 2007;504:613–2418.
 31. Brown M.M., Rogers J., Bland J.M. Endovascular versus surgical treatment in patients with carotid stenosis in the carotid and vertebral artery transluminal angioplasty study (Cavatas): a randomised trial. Lancet 2001;357(2):1729–37.

32. Mas J.L., Chatellier G., Beyssen B. et al. Endarterectomy versus stenting in patients with symptomatic severe carotid stenosis. N Eng J Med 2006;355(16):1660–71.
 33. Brott T.G., Hobson R.W. 2nd, Howard G. et al. Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis. CREST. N Engl J Med 2010; 363(1):11–23.
 34. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. Рук-во для врачей и научных работников М.: Самарский дом печати, 2004;432 с.

М.Л. Чухловина

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»

Когнитивные расстройства у лиц молодого возраста с опиоидной зависимостью и их коррекция

Цель исследования — оценка когнитивных функций и лекарственная коррекция выявленных нарушений у лиц, употребляющих героин.

Пациенты и методы. Обследовано 32 больных 18–45 лет (7 женщин, 25 мужчин), употреблявших героин в течение 1–3 лет. Использованы краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС), методики «заучивания слов» и «исключения слов», тесты «информация — память — концентрация внимания», рисования часов с количественной оценкой, батарея лобных тестов. Проводилась коррекция выявленных когнитивных расстройств, стандартизированным экстрактом Гинкго Билоба (EGb 761®, Танакан®).

Результаты исследования. Когнитивные расстройства выявлены у всех больных: у 68,8% — умеренные нарушения, у 31,2% — деменция легкой степени. Наиболее выраженными оказались нарушения мышления, определялись снижение внимания, лобная дисфункция, визуально-пространственные расстройства. После курса лечения танаканом (по 120–240 мг/сут, в зависимости от выраженности когнитивных нарушений, в течение 3 мес) установлено достоверное улучшение показателей КШОПС, мышления, концентрации внимания, памяти, однако они не достигли параметров контрольной группы, состоявшей из 10 практически здоровых соответствующего возраста и пола.

Ключевые слова: когнитивные функции, опиоиды, героин, экстракт Гинкго Билоба (EGb 761®, Танакан®).

Контакты: Мария Лазаревна Чухловина alexei.chukh@mail.ru

Cognitive impairments in young people with opioid addiction and their correction

M.L. Chukhlovina

Saint Petersburg State Pediatric Medical Academy

Objective: to evaluate cognitive functions and drug correction of identified impairments in heroin users.

Patients and methods. Thirty-two patients (7 women and 25 men) aged 18 to 45 years who had used heroin for 1–3 years were examined using the mini-mental state examination (MMSE), the techniques of «memorizing words» and «excluding words», the tests of «information-memory-concentration», quantitative assessment of clock drawing, and the frontal assessment battery. The detected cognitive impairments were corrected with the standardized Ginkgo Biloba extract (EGb 761®, Tanakan®).

Results. Cognitive impairments were found in all the patients: moderate cognitive disorders in 68.8% and mild dementia in 31.2%; thinking disorders were most noticeable; decreased attention, frontal lobe dysfunction, and visual spatial impairments were detectable. After a course of therapy with tanakan (120–240 g/day according to the degree of cognitive impairments for 3 months), there was a significant improvement in MMSE scores, thought, concentration, memory; however, they failed to achieve the scores in the control group consisting of 10 apparently healthy individuals of the same age and sex.

Key words: cognitive functions, opioids, heroin, Ginkgo Biloba extract (EGb 761®, Tanakan®).

Contact: Maria Lazarevna Chukhlovina alexei.chukh@mail.ru

Актуальной проблемой современной неврологии и психиатрии является совершенствование диагностики и лечения опиоидной зависимости. Статистические данные свидетельствуют о том, что за последние 10 лет количество наркозависимых в России увеличилось на 60%, состав

вив в 2009 г. 550 тыс. человек. Изучение социально-демографических и поведенческих особенностей потребителей наркотиков в Северо-Западном Федеральном округе выявило выраженный рост общей заболеваемости наркома- нией в последние годы; среди употребляющих наркотики