

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 7-8 (304-305) Июль-Август 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 7-8 (304-305) 2020

Published in cooperation with and under the patronage
of the Tbilisi State Medical University

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

**ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК**

GMN: Georgian Medical News is peer-reviewed, published monthly journal committed to promoting the science and art of medicine and the betterment of public health, published by the GMN Editorial Board and The International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (U.S.A.) since 1994. **GMN** carries original scientific articles on medicine, biology and pharmacy, which are of experimental, theoretical and practical character; publishes original research, reviews, commentaries, editorials, essays, medical news, and correspondence in English and Russian.

GMN is indexed in MEDLINE, SCOPUS, PubMed and VINITI Russian Academy of Sciences. The full text content is available through EBSCO databases.

GMN: Медицинские новости Грузии - ежемесячный рецензируемый научный журнал, издаётся Редакционной коллегией и Международной академией наук, образования, искусств и естествознания (IASEIA) США с 1994 года на русском и английском языках в целях поддержки медицинской науки и улучшения здравоохранения. В журнале публикуются оригинальные научные статьи в области медицины, биологии и фармации, статьи обзорного характера, научные сообщения, новости медицины и здравоохранения.

Журнал индексируется в MEDLINE, отражён в базе данных SCOPUS, PubMed и ВИНТИ РАН. Полнотекстовые статьи журнала доступны через БД EBSCO.

GMN: Georgian Medical News – საქართველოს სამედიცინო სიახლენი – არის ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო რეცენზირებადი ჟურნალი, გამოიცემა 1994 წლიდან, წარმოადგენს სარედაქციო კოლეგიისა და აშშ-ის მეცნიერების, განათლების, ინდუსტრიის, ხელოვნებისა და ბუნებისმეტყველების საერთაშორისო აკადემიის ერთობლივ გამოცემას. GMN-ში რუსულ და ინგლისურ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული, თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოხილვითი ხასიათის სტატიები.

ჟურნალი ინდექსირებულია MEDLINE-ის საერთაშორისო სისტემაში, ასახულია SCOPUS-ის, PubMed-ის და ВИНТИ РАН-ის მონაცემთა ბაზებში. სტატიების სრული ტექსტი ხელმისაწვდომია EBSCO-ს მონაცემთა ბაზებშიდან.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

Ежемесячный совместный грузино-американский научный электронно-печатный журнал
Агентства медицинской информации Ассоциации деловой прессы Грузии,
Академии медицинских наук Грузии, Международной академии наук, индустрии,
образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия), Амиран Гамкрелидзе (Грузия),
Константин Кипиани (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия),
Тенгиз Ризнис (США), Реваз Сепиашвили (Грузия), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогешашвили,
Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Манана Жвания, Тамар Зерекидзе, Ирина Квачадзе,
Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе, Димитрий Кордзаиа, Теймураз Лежава,
Нодар Ломидзе, Джанлуиджи Мелотти, Марина Мамаладзе, Караман Пагава,
Мамука Пирцхалаишвили, Анна Рехвиашвили, Мака Сологашвили, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллнер, Кахабер Челидзе, Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа,
Рамаз Шенгелия, Кетеван Эбралидзе

Website:

www.geomednews.org

The International Academy of Sciences, Education, Industry & Arts. P.O.Box 390177,
Mountain View, CA, 94039-0177, USA. Tel/Fax: (650) 967-4733

Версия: печатная. **Цена:** свободная.

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

По вопросам подписки обращаться по тел.: 293 66 78.

Контактный адрес: Грузия, 0177, Тбилиси, ул. Асатиани 7, IV этаж, комната 408
тел.: 995(32) 254 24 91, 5(55) 75 65 99

Fax: +995(32) 253 70 58, e-mail: ninomikaber@geomednews.com; nikopir@geomednews.com

По вопросам размещения рекламы обращаться по тел.: 5(99) 97 95 93

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

© 2001. The International Academy of Sciences,
Education, Industry & Arts (USA)

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; Georgian Academy of Medical Sciences; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).

Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

EDITOR IN CHIEF

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),

Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA),

Konstantin Kipiani (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),

Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tengiz Riznis (USA), Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,

Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria, Kakhaber Chelidze,

Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava,

Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili, Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner,

Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze,

Nana Kvirkevelia, Teymuraz Lezhava, Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti,

Kharaman Pagava, Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili,

Ramaz Shengelia, Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board

7 Asatiani Street, 4th Floor

Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91

995 (32) 253-70-58

Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.

3 PINE DRIVE SOUTH

ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

WEBSITE

www.geomednews.org

Phone: +1 (917) 327-7732

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

1. Статья должна быть представлена в двух экземплярах, на русском или английском языках, напечатанная через **полтора интервала на одной стороне стандартного листа с шириной левого поля в три сантиметра**. Используемый компьютерный шрифт для текста на русском и английском языках - **Times New Roman (Кириллица)**, для текста на грузинском языке следует использовать **AcadNusx**. Размер шрифта - **12**. К рукописи, напечатанной на компьютере, должен быть приложен CD со статьей.

2. Размер статьи должен быть не менее десяти и не более двадцати страниц машинописи, включая указатель литературы и резюме на английском, русском и грузинском языках.

3. В статье должны быть освещены актуальность данного материала, методы и результаты исследования и их обсуждение.

При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать вид и количество экспериментальных животных, применявшиеся методы обезболивания и усыпления (в ходе острых опытов).

4. К статье должны быть приложены краткое (на полстраницы) резюме на английском, русском и грузинском языках (включающее следующие разделы: цель исследования, материал и методы, результаты и заключение) и список ключевых слов (key words).

5. Таблицы необходимо представлять в печатной форме. Фотокопии не принимаются. **Все цифровые, итоговые и процентные данные в таблицах должны соответствовать таковым в тексте статьи**. Таблицы и графики должны быть озаглавлены.

6. Фотографии должны быть контрастными, фотокопии с рентгенограмм - в позитивном изображении. Рисунки, чертежи и диаграммы следует озаглавить, пронумеровать и вставить в соответствующее место текста **в tiff формате**.

В подписях к микрофотографиям следует указывать степень увеличения через окуляр или объектив и метод окраски или импрегнации срезов.

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. При оформлении и направлении статей в журнал МНГ просим авторов соблюдать правила, изложенные в «Единых требованиях к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», принятых Международным комитетом редакторов медицинских журналов - <http://www.spinesurgery.ru/files/publish.pdf> и http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html В конце каждой оригинальной статьи приводится библиографический список. В список литературы включаются все материалы, на которые имеются ссылки в тексте. Список составляется в алфавитном порядке и нумеруется. Литературный источник приводится на языке оригинала. В списке литературы сначала приводятся работы, написанные знаками грузинского алфавита, затем кириллицей и латиницей. Ссылки на цитируемые работы в тексте статьи даются в квадратных скобках в виде номера, соответствующего номеру данной работы в списке литературы. Большинство цитированных источников должны быть за последние 5-7 лет.

9. Для получения права на публикацию статья должна иметь от руководителя работы или учреждения визу и сопроводительное отношение, написанные или напечатанные на бланке и заверенные подписью и печатью.

10. В конце статьи должны быть подписи всех авторов, полностью приведены их фамилии, имена и отчества, указаны служебный и домашний номера телефонов и адреса или иные координаты. Количество авторов (соавторов) не должно превышать пяти человек.

11. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи. Корректур авторам не высылаются, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

12. Недопустимо направление в редакцию работ, представленных к печати в иных издательствах или опубликованных в других изданиях.

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

Please note, materials submitted to the Editorial Office Staff are supposed to meet the following requirements:

1. Articles must be provided with a double copy, in English or Russian languages and typed or computer-printed on a single side of standard typing paper, with the left margin of 3 centimeters width, and 1.5 spacing between the lines, typeface - **Times New Roman (Cyrillic)**, print size - **12** (referring to Georgian and Russian materials). With computer-printed texts please enclose a CD carrying the same file titled with Latin symbols.

2. Size of the article, including index and resume in English, Russian and Georgian languages must be at least 10 pages and not exceed the limit of 20 pages of typed or computer-printed text.

3. Submitted material must include a coverage of a topical subject, research methods, results, and review.

Authors of the scientific-research works must indicate the number of experimental biological species drawn in, list the employed methods of anesthetization and soporific means used during acute tests.

4. Articles must have a short (half page) abstract in English, Russian and Georgian (including the following sections: aim of study, material and methods, results and conclusions) and a list of key words.

5. Tables must be presented in an original typed or computer-printed form, instead of a photocopied version. **Numbers, totals, percentile data on the tables must coincide with those in the texts of the articles.** Tables and graphs must be headed.

6. Photographs are required to be contrasted and must be submitted with doubles. Please number each photograph with a pencil on its back, indicate author's name, title of the article (short version), and mark out its top and bottom parts. Drawings must be accurate, drafts and diagrams drawn in Indian ink (or black ink). Photocopies of the X-ray photographs must be presented in a positive image in **tiff format**.

Accurately numbered subtitles for each illustration must be listed on a separate sheet of paper. In the subtitles for the microphotographs please indicate the ocular and objective lens magnification power, method of coloring or impregnation of the microscopic sections (preparations).

7. Please indicate last names, first and middle initials of the native authors, present names and initials of the foreign authors in the transcription of the original language, enclose in parenthesis corresponding number under which the author is listed in the reference materials.

8. Please follow guidance offered to authors by The International Committee of Medical Journal Editors guidance in its Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals publication available online at: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
http://www.icmje.org/urm_full.pdf

In GMN style for each work cited in the text, a bibliographic reference is given, and this is located at the end of the article under the title "References". All references cited in the text must be listed. The list of references should be arranged alphabetically and then numbered. References are numbered in the text [numbers in square brackets] and in the reference list and numbers are repeated throughout the text as needed. The bibliographic description is given in the language of publication (citations in Georgian script are followed by Cyrillic and Latin).

9. To obtain the rights of publication articles must be accompanied by a visa from the project instructor or the establishment, where the work has been performed, and a reference letter, both written or typed on a special signed form, certified by a stamp or a seal.

10. Articles must be signed by all of the authors at the end, and they must be provided with a list of full names, office and home phone numbers and addresses or other non-office locations where the authors could be reached. The number of the authors (co-authors) must not exceed the limit of 5 people.

11. Editorial Staff reserves the rights to cut down in size and correct the articles. Proof-sheets are not sent out to the authors. The entire editorial and collation work is performed according to the author's original text.

12. Sending in the works that have already been assigned to the press by other Editorial Staffs or have been printed by other publishers is not permissible.

**Articles that Fail to Meet the Aforementioned
Requirements are not Assigned to be Reviewed.**

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაეიცვათ შემდეგი წესები:

1. სტატია უნდა წარმოადგინოთ 2 ცალად, რუსულ ან ინგლისურ ენებზე დაბეჭდილი სტანდარტული ფურცლის 1 გვერდზე, 3 სმ სიგანის მარცხენა ველისა და სტრიქონებს შორის 1,5 ინტერვალის დაცვით. გამოყენებული კომპიუტერული შრიფტი რუსულ და ინგლისურენოვან ტექსტებში - **Times New Roman (Кириллица)**, ხოლო ქართულენოვან ტექსტში საჭიროა გამოვიყენოთ **AcadNusx**. შრიფტის ზომა – 12. სტატიას თან უნდა ახლდეს CD სტატიით.

2. სტატიის მოცულობა არ უნდა შეადგენდეს 10 გვერდზე ნაკლებს და 20 გვერდზე მეტს ლიტერატურის სიის და რეზიუმეების (ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე) ჩათვლით.

3. სტატიაში საჭიროა გაშუქდეს: საკითხის აქტუალობა; კვლევის მიზანი; საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები; მიღებული შედეგები და მათი განსჯა. ექსპერიმენტული ხასიათის სტატიების წარმოდგენისას ავტორებმა უნდა მიუთითონ საექსპერიმენტო ცხოველების სახეობა და რაოდენობა; გაუტკივარებისა და დაძინების მეთოდები (მწვავე ცდების პირობებში).

4. სტატიას თან უნდა ახლდეს რეზიუმე ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე არანაკლებ ნახევარი გვერდის მოცულობისა (სათაურის, ავტორების, დაწესებულების მითითებით და უნდა შეიცავდეს შემდეგ განყოფილებებს: მიზანი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; ტექსტუალური ნაწილი არ უნდა იყოს 15 სტრიქონზე ნაკლები) და საკვანძო სიტყვების ჩამონათვალი (key words).

5. ცხრილები საჭიროა წარმოადგინოთ ნაბეჭდი სახით. ყველა ციფრული, შემაჯამებელი და პროცენტული მონაცემები უნდა შეესაბამებოდეს ტექსტში მოყვანილს.

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრამების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალებების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

7. სამამულო ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალების თანდართვით, უცხოურისა – უცხოური ტრანსკრიპციით.

8. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით). ანბანური წყობით წარმოდგენილ ბიბლიოგრაფიულ სიაში მიუთითეთ ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში კვადრატულ ფხიხლებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით. მიზანშეწონილია, რომ ციტირებული წყაროების უმეტესი ნაწილი იყოს 5-6 წლის სიღრმის.

9. სტატიას თან უნდა ახლდეს: ა) დაწესებულების ან სამეცნიერო ხელმძღვანელის წარდგინება, დამოწმებული ხელმოწერითა და ბეჭდით; ბ) დარგის სპეციალისტის დამოწმებული რეცენზია, რომელშიც მითითებული იქნება საკითხის აქტუალობა, მასალის საკმაობა, მეთოდის სანდოობა, შედეგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობა.

10. სტატიის ბოლოს საჭიროა ყველა ავტორის ხელმოწერა, რომელთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-ს.

11. რედაქცია იტოვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.

12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც დასაბეჭდად წარდგენილი იყო სხვა რედაქციაში ან გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემებში.

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Kosenkov A., Stoliarchuk E., Belykh E., Sokolov R., Mayorova E., Vinokurov I. RESULTS OF RESECTION METHODS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH GIANT PYLORODUODENAL ULCERS COMPLICATED BY PERFORATION AND BLEEDING	7
Клименко М.В. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА TGF- β 1 В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	13
Грабский А.М. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ АРМЕНИИ	19
Sklyarova V., Kyshakevych I., Volosovsky P., Sklyarov P., Kupchak I.M. EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC ENDOMETRITIS IN REPRODUCTIVE AGE WOMEN WITH DISORDERS OF REPRODUCTIVE HEALTH.....	27
Центило В.Г., Удод А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ СУПРАГИОИДНОЙ И СУПРАОМОГИОИДНОЙ ШЕЙНОЙ ДИССЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	32
Virstiuk N., Matkovska N. PARAMETERS OF FIBRINOLYTIC AND ANTIFIBRINOLYTIC ACTIVITY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC LIVER CIRRHOSIS ASSOCIATED WITH ADIPOSITY	37
Kravchun P., Kadykova O., Narizhnaya A., Tabachenko O., Shaparenko O. ASSOCIATION OF CIRCULATING ADIPONECTIN, RESISTIN, IRISIN, NESFATIN-1, APELIN-12 AND OBESTATIN LEVELS WITH HYPERTENSION AND OBESITY	43
Тарасенко О.М., Кондратюк В.Е., Таранчук В.В., Кармазина Е.М., Кармазин Я.М. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ДОБАВЛЕНИЕМ СИНБИОТИКА НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОДАГРИЧЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ.....	48
Sokolenko M., Sokolenko L., Honchar H., Sokolenko A., Andrushchak M. THE ADVANCEMENTS IN TREATMENT OF HIV-INFECTED PATIENTS WITH HERPETIC INFECTION	56
Gulatava N., Tabagari S., Tabagari N. ASPECTS OF NUTRITION IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE	62
Авагимян А.А., Манукян И.А., Навасардян Г.А., Челидзе К.Л., Рисованный С.И. АТЕРОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ДИСБИОЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ (ОБЗОР)	69
Абрамов С.В., Кириченко А.Г., Корнацкий В.М., Огоренко В.В., Томах Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ.....	74
Курмышев М.В., Стасевич Н.Ю., Златкина Н.Е., Романов А.С., Каргон Е.А., Зарецкая Э.Г. ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СОЗДАНИЯ «КЛИНИК ПАМЯТИ» В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ.....	80
Труба Я.П., Радченко М.П., Головенко А.С., Беридзе М.М., Лазоришинец В.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ДУГИ АОРТЫ.....	85
Herasymenko O., Klimanskyi R., Zharikov S., Herasymenko V. CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ACUTE LYMPHADENITIS IN CHILDREN	91
Panko N., Tsiura O., Shevchenko N., Zimnytska T. LIVER LESION IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS WITH DIFFERENT DURATION OF METHOTREXATE TREATMENT	95

Усенова О.П., Моренко М.А., Ковзель Е.Ф., Шнайдер К.В., Влащенко К.Г. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ИММУННОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ STAT3 GOF, АУТОИММУННОГО ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОГО СИНДРОМА	100
Khoroshukha M., Ivashchenko S., Bosenko A., Biletska V., Kovalenchenko V. GENDER-ASSOCIATED EFFECTS OF SEROLOGICAL MARKERS OF BLOOD GROUPS ON THE DEVELOPMENT OF ATTENTION FUNCTION OF YOUNG ADOLESCENT ATHLETES	103
Макалкина Л.Г., Ихамбаева А.Н., Ахмадьяр Н.С., Калиева Ш.С., Кузиков А.М. АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ СИСТЕМНЫХ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРАХ ЗА 2015-2017 ГГ. В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.....	111
Безарашвили С.И. ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СВИНЦА В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ТБИЛИСИ.....	117
Yaremenko L., Grabovoi A., Cherkasov V., Lakhtadyr T., Shepelev E. REACTIONS OF ASTROCYTES AND MICROGLIA OF THE SENSORIMOTOR CORTEX AT LIGATION OF THE CAROTID ARTERY, SENSITIZATION OF THE BRAIN ANTIGEN AND THEIR COMBINATION.....	122
Pugovkin A., Erkudov V., Sergeev I., Khananashvili Y. THE PHYSIOLOGICAL BASIS FOR ASSESSMENT OF HAEMODYNAMIC PARAMETERS BY MEANS OF ARTERIAL PRESSURE PULSE WAVEFORM ANALYSIS IN PERIPHERAL ARTERIES	127
Seliukova N., Boyko M., Kustova S., Misiura K., Kamyshan A. PUBERTY GENESIS OF FEMALES-OFFSPRING RATS BORN TO MOTHERS WITH FETOPLENTAL INSUFFICIENCY	135
Васецкая О.П., Зубко Е.С., Проданчук Н.Г., Кравчук А.П., Жминько П.Г. ВЛИЯНИЕ N-ОКСИД-2,6-ДИМЕТИЛПИРИДИНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ, ИНДУЦИРОВАННЫХ ЦИКЛОФОСФАМИДОМ В КЛЕТКАХ КОСТНОГО МОЗГА МЫШЕЙ.....	141
Чануквадзе И.М., Кикалишвили Л.А., Джандиери К.Д., Отарашвили Р.Т., Джандиери Л.А. АДАПТАЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОРТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОМ ХОЛЕСТАЗЕ (ОБЗОР).....	148
Kodanovi L., Jokhadze M., Metreveli M., Berashvili D., Bakuridze A. INTRODUCTION OF AROMATIC PLANTS IN THE BATUMI BOTANICAL GARDEN AND THEIR RESEARCH FOR THE CONTENT OF BIOLOGICALLY ACTIVE COMPOUNDS	153
Chomakhashvili N., Chomakhashvili Z., Zosidze N., Franchuki K. ERGONOMIC PRINCIPLES IN MEDICINE AND DENTISTRY (REVIEW).....	158
Бараташвили З.З., Казахашвили Н.А., Герзмава О.Х. ПРОБЛЕМЫ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ ГРУЗИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID 19 (ОБЗОР).....	163
Слипченко С.А., Шишка А.Р., Булеца С.Б., Шишка Н.В., Слипченко А. С. ПРАВОВОЙ РЕЖИМ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ В МЕЖДУНАРОДНОМ ЧАСТНОМ ПРАВЕ	169
Deshko L., Kostenko Y., Koval I., Mikhailina T., Oliinyk O. THE RIGHT TO HEALTH: UKRAINE'S INTERNATIONAL OBLIGATIONS AND FINANCIAL ACTIVITY OF PUBLIC AUTHORITIES IN THE CONTEXT OF REFORMING THE NATIONAL HEALTHCARE SYSTEM.....	177
Kuntii A., Blahuta R., Stetsyk B., Sichkovska I., Harasym P. USE OF SPECIAL MEDICAL KNOWLEDGE BY A PRACTITIONER DURING INTERACTION WITH INVESTIGATOR IN THE INVESTIGATION OF ILLEGAL MEDICAL ACTIVITY	182
Южно А.А., Емельянов В.П., Павликовский В.И., Калашник Е.Н., Сиваш Е.М. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ПРАКТИКИ ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА.....	189
Муляр Г.В., Солоненко О.Н., Покальчук М.Ю., Плетнёва А.Е., Домброван Н.В. ПРАВОВОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УКРАИНЕ	195

ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СОЗДАНИЯ «КЛИНИК ПАМЯТИ» В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

¹Курмышев М.В., ²Стасевич Н.Ю., ³Златкина Н.Е., ³Романов А.С., ⁴Картон Е.А., ⁴Зарецкая Э.Г.

¹ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева» Департамента Здравоохранения г. Москвы;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт им. Н.А. Семашко»;

³ГБУ Московский научно-практический центр наркологии Департамента Здравоохранения г. Москвы;

⁴Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Россия

С начала XXI века на фоне увеличения продолжительности жизни борьба с деменцией признана важнейшей задачей, решение которой стало прерогативой систем здравоохранения и экономики большинства развитых государств [1-3]. По данным нескольких авторов [4-6], пионерские разработки новых форм организации диагностики и лечения деменций были предприняты в Великобритании, США и Австралии, где впервые в 60-70-х годах прошлого века созданы клиники памяти и Альцгеймеровские центры.

Специализированные службы, руководствуясь правилами организации психиатрических больниц и психиатрических отделений, разворачивали клинические подразделения в общесоматических учреждениях, ориентированных на помощь контингенту пациентов старших возрастных групп. Концепция первых клиник памяти состояла в расширении возможности диагностики и лечения с привлечением специалистов смежных и вспомогательных специальностей, разработок современных рекомендаций для лиц с ухудшением памяти и фокусировании научных исследований на проблеме деменций [6-9]. Такой вектор развития получил распространение и большинство клиник памяти создано с учетом мультидисциплинарной работы.

Цель исследования - комплексный анализ имеющихся литературных данных по целесообразности многогранного подхода при разработке концепции клиник памяти.

Материал и методы. В комплексном литературно-историческом анализе использовались данные официальных источников библиографических баз данных, как Российских, так и зарубежных: <https://www.who.int/countries/rus>; <http://www.staffordshirecares.info/HomeCommunityCare/Dementiasupportgroups.aspx>;

[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70004-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70004-8); [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01022-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01022-3).

Основная методика – монографический метод анализа и контент-анализ. В исследовании проанализировано 17 литературных источников, в которых отражены основные исторические вехи становления и развития «Клиник памяти» в мировой практике.

Результаты и обсуждение. Как показали данные аналитического обзора, в активный период развития психиатрической науки (начало XX века), ожидалось, что новые организационные формы оказания специализированной помощи позволят диагностировать невыявленные случаи деменции, расширить спектр терапевтических подходов [10,11]. Особое внимание в этот период уделялось оптимизации диагностических методик, в частности определению обратимости деменций. Показано, что число обратимых деменций уменьшалось в старших возрастных группах, однако увеличивалось число выявленных состояний на додементном этапе в амбулаторных или популяционных выборках, что и повлекло изменение объема и роли углубленного обследования, а также уточнение возможностей дифференциальной диагностики додементных когнитивных нарушений [11,12].

Наибольшую проблему в деятельности рассматриваемых организаций составила практика первичной диагностики деменций, несмотря на то, что с самого начала работы клиник памяти предполагалось объединение усилий психиатров и неврологов в выявлении когнитивного снижения у лиц пожилого и старческого возраста; на ранних этапах развития клиник памяти специализированной помощью была охвачена ничтожно малая доля пациентов, так как этой проблемой занимались только исследовательские центры научных и учебных заведений крупных городов [1,2,12]. Однако, их вклад в разработку диагностического инструментария с использованием возможностей высокотехнологичных научных методов способствовал установлению критериев диагностики, определению маркеров различных заболеваний с когнитивным снижением, что создало перспективу их диагностики на доклиническом этапе и обеспечило поиск доказательных превентивных стратегий.

Несколько иной подход был реализован в США в рамках парадигмы свободного и добровольного доступа к психиатрической помощи, где клиники памяти также открывались при исследовательских центрах и научных институтах [13]. В Альцгеймеровских центрах при университетах и научно-исследовательских учреждениях работа с контингентом пациентов позднего возраста с когнитивным снижением определялась, в первую очередь, задачами раннего выявления, изучения клинических проявлений, течения и прогноза заболевания, поиска закономерностей патогенеза при различных формах деменций позднего возраста. Пациенты Альцгеймеровских центров и клиник памяти активно включались в исследования эффективности новых лекарственных препаратов для лечения деменции, определения валидности отдельных методик или комплекса тестов оценки когнитивных дисфункций, необходимых для создания стандартов обследования и проведения дифференциальной диагностики [11,13]. В тот же период в некоторых учреждениях создавались когорты для катamnестического наблюдения, что послужило, в некотором смысле, развитию концепции мягкого когнитивного снижения (mild cognitive impairment, MCI) как доклинической стадии деменции [13], а применение современных методов нейровизуализации и изучение биомаркеров создали предпосылки к разработке ранней диагностики заболевания на додементном этапе [12].

Более прагматичные задачи определяли деятельность амбулаторных клиник памяти и Альцгеймеровских центров при территориальных лечебных учреждениях, крупных городских больницах, где осуществлялась консультативно-диагностическая и лечебная помощь. Терапия, рекомендуемая геронтопсихиатрами, проводилась семейными или врачами общей практики, а медико-социальная помощь оказывалась при активном участии местных подразделений альцгеймеровских ассоциаций. Значимым результатом деятельности этих служб явилось создание

регистров диагностированных случаев и определение потребности в медико-социальной помощи у населения. В некоторых странах созданы местные медико-социальные альцгеймеровские службы, в задачи которых входило обеспечение семей больных не только лекарственными препаратами и средствами по уходу, но и оказание психологической поддержки ухаживающим лицам, предоставление им возможности отдыха с временной заменой волонтерами или работниками подразделений. Особую форму внебольничной организации жизни пациентов представляли специализированные пункты дневного пребывания с досуговыми клубами и кафе. Эти упрочившиеся во многих странах нововведения служили укреплению концепции улучшения качества жизни больных деменцией и членов их семей, уменьшая бремя болезни и обеспечивая достойное существование страдающих продолжительным неизлечимым в настоящее время заболеванием.

На современном этапе в европейских странах клиники памяти включены в спектр услуг, оказываемых в рамках страховой медицины [14]. Наряду с научно-методическими Альцгеймеровскими центрами организованы центры высокотехнологической диагностики деменции, а также кабинеты памяти и когнитивных нарушений в учреждениях первичного звена здравоохранения, территориальные центры медико-социальной помощи больным деменцией [13,14].

В ходе анализа проанализированы показатели деятельности клиник памяти.

Внедрение специализированных клиник памяти в общемедицинской сети показало социально-экономическую целесообразность. На современном этапе можно проследить несколько основных мировых тенденций развития служб, оказывающих помощь лицам с мягким когнитивным дефицитом:

1. Количество диагностических центров увеличилось;
2. Обращаемость населения за специализированной помощью увеличилась;
3. Увеличилось количество обращений на ранних стадиях деменции;
4. Методики ранней диагностики додементных форм и признаков мягкого когнитивного снижения оказались валидными.

Так, в Нидерландах с распространением клиник памяти связывали восьмикратное увеличение числа обращений за помощью с жалобами на нарушение памяти. Ежегодное число впервые обратившихся возросло с 1700 до 14 175 лиц. В Великобритании отмечен рост на 77% направлений в клиники памяти с ранним этапом деменции или только с субъективными жалобами на память [14].

В Великобритании только за 2 года работы клиник памяти отмечено увеличение числа диагнозов деменции на 63%, в Нидерландах с распространением данных клиник связывают 5-кратный рост числа диагнозов — с 5 до 27% [11,14]. Параллельно с этим установлено, что средние значения показателя по шкале MMSE, свидетельствующие об уровне когнитивного функционирования, у обследованных пациентов возрастали с каждым календарным годом (с 15,6 в 1992 г. до 20,1 в 2004 г.), что указывает на более частое обращение больных на ранних стадиях деменции [8-10,15]. В то же время доля диагнозов деменции в клиниках памяти уменьшилась с 85 до 59% за счет увеличения обращений с мягким когнитивным снижением или только с жалобами на снижение памяти.

В Великобритании сравнительное исследование [10] показало, что пациенты, получившие диагноз в клинике памяти, моложе и показатель MMSE у них выше, в среднем,

на 6 баллов (19,4 против 14,0), чем у выявленных в населении психиатрическими бригадами, т.е. диагноз установлен предположительно на 2 года раньше в течение болезни. Внедрение этих новых служб привело к увеличению диагнозов, установленных специалистами клиник памяти.

Клиники памяти нацелены на улучшение эффективности и доступности помощи, способствуют открытости и дестигматизации.

Значимые результаты представлены в отчете 17-летнего опыта работы с контингентом пациентов с различной степенью деменции в городском центре деменции ADAC в Нью-Йорке. Полученные результаты показали рост обращений за последние годы на более ранней стадии заболевания с более высокими исходными показателями когнитивного и общего функционирования. Данные свидетельствуют об улучшении методов диагностики и оказания помощи особенно на ранних стадиях, в том числе и при мягком когнитивном снижении. В связи с этим авторы настаивают на необходимости увеличения числа центров и повышения их доступности. Учитывая, что работа с контингентом пациентов с мягким когнитивным снижением и при ранних стадиях деменции по сути неотличима от работы с дементными больными, были предложены концепции специализированной литературы и методических пособий по клиническим и юридическим вопросам.

Анализу подвергся также вопрос организации работы в клиниках памяти.

Согласно зарубежному опыту, пациенты зачастую обращаются в клиники памяти по направлению врачей общей практики или же другими специалистами. В одном из исследований деятельности клиники памяти Beard J.R. [3] указано, что 40% пациентов были направлены врачами общей практики, 18% - обратились самостоятельно, 15% — приведены членами семьи. В диагностическом обследовании больных, как правило, участвовали разные специалисты. Уже в первых клиниках памяти в обследование включены пять специалистов — психиатр, невролог, нейропсихолог, социальный работник и трудотерапевт, диагноз устанавливался в результате обобщения их заключений.

Анализ различных аспектов деятельности клиник памяти в Великобритании проводился с использованием шкал и структурированных опросников. В ходе исследования Rojas-Fernandez C. H. [15] установлено, что 60% клиник были открыты в последние 3 года, 75% — функционировали еженедельно; средние сроки деятельности составили 3,9 года (от 2 мес до 10 лет). Число сотрудников в клинике составило от 2 до 10 (в среднем 3) в режиме мультидисциплинарного подхода к обследованию пациентов. Диагностическая процедура занимала от 1 до 6 ч (в среднем, 3,1 ч). Использовались различные шкалы оценки когнитивных функций, шкала MMSE применялась в 95% случаев. Испытание лекарственных средств проводилось в 60% клиник, нейропсихологические исследования — в 35%, нейровизуализация — в 30%, генетические исследования — в 20%; эпидемиологические — в 20%.

Согласно полученным результатам, среднее число обращений больных в год составило 94, на день приема — 2,4. Виды деятельности учреждения включали диагностическую оценку специалиста, предоставление пациенту и его близким совета и информации, рекомендаций другим врачам по ведению больных, при необходимости направление в клинику или социальную службу, оценка больного для участия в исследовании лекарств,

начало и мониторинг лечения, просвещение и обучение профессионалов [15]. Обследование больных по единому протоколу мультидисциплинарной бригадой, включая лабораторные анализы и методы нейровизуализации, осуществлялось в клиниках памяти в Нидерландах. Из 180 наблюдавшихся 150 прошли полное обследование. Оценка и обобщение результатов занимали приблизительно 4,5 ч (за 3 визита) [14].

Национальные программы и международные проекты

В настоящее время государственные программы по преодолению проблемы деменций позднего возраста имеются в 27 странах Европы. При этом ведущая роль принадлежит Великобритании.

Учитывая масштабность задач, Министерство здравоохранения Великобритании создало Центр по разработке новых форм помощи, прежде всего амбулаторной, в первичном звене здравоохранения. Поставлена цель достичь высокого качества помощи, исходя из особенностей и возможностей региона. Консультанты центра помогают в разработке модели с учетом устремлений врачей и мнения пользователей. Деятельность центра включает обзор служб, разработку и внедрение новых стратегий, проведение исследований по проблеме, организацию и проведение конференций, конгрессов, мастер-классов и тренинга, а также представление публикаций. Первым шагом в рамках этой деятельности является изучение групп больных, их потребностей в видах помощи и потребностей членов их семей, второй шаг нацелен на определение, какие службы должны удовлетворить эти потребности, и выделение основ для их последующего планирования. Конкретные задачи новых служб помощи предусматривают идентификацию лиц, нуждающихся в помощи и обеспечение ее доступности; индивидуальное планирование помощи; осуществление поддержки в повседневной жизни, поддержание и развитие необходимых навыков у больных [1,2,15].

В Национальной стратегии решения проблем деменции в Англии ключевым компонентом плана реализации ранней диагностики и раннего вмешательства является развитие сети клиник памяти. Министерство Здравоохранения Великобритании на законодательном уровне постановило, что в условиях клиники памяти специалисты по гериатрической психиатрии должны проводить раннюю и точную диагностику деменции, мониторинг состояния и обеспечивать надлежащий уход за пациентами [16]. Эти положения влияют на внедрение в широкую практику, увеличение объема специализированной помощи, доступность информации о деменциях и преддементных состояниях как важнейший инструмент в борьбе с деменцией на государственном уровне.

Аналогично во Франции план по болезни Альцгеймера предусматривал создание консультативных центров по проблемам памяти с учетом территориального принципа. Для создания 38 новых клиник памяти инвестировано 7 млн. евро [14-16].

Реализация национальной стратегии борьбы с деменцией в Англии позволила высветить комплекс из трех факторов причин гиподиагностики деменций: фактор стигмы деменции, ложное представление о том, что проблемы с памятью обусловлены старением, и представление о том, что при деменции «ничего нельзя сделать» [11]. Констатируется, что для коррекции этих факторов и улучшения качества жизни пациентов необходима координация медицинских и соци-

альных служб, их интеграция и адаптация к меняющимся с течением болезни потребностям больных.

Коллективом авторов [1,2] разработана 7-ступенчатая модель планирования служб помощи пациентам с деменцией. Первая ступень предполагала преклиническую диагностику, просвещение населения, предоставление сведений о болезни и о том, куда обращаться за помощью. Вторая ступень — это диагностика и постановка диагноза. Третья ступень обеспечивает последующую поддержку пациента, информирование больных и членов их семьи о болезни, совместное планирование ведения, лечения и сохранения активности больного. Организация ухода, оценка и регулярный пересмотр потребностей пациента составляют задачи четвертой ступени. На пятой ступени включаются местные службы помощи — при быстром нарастании расстройств и возникновении психотических и поведенческих нарушений организуется помощь на дому или в центрах дневного пребывания для больных, пунктах отдыха для ухаживающих лиц. Шестая ступень предполагает необходимость длительного ухода, т.е. помещение больных в психиатрический стационар, интернат или приют. На последней ступени до ухода больного из жизни обеспечивается паллиативная помощь в специализированных психиатрических отделениях.

Правительство США рассматривает Национальный проект по проблеме деменций как историческую веху в решении приоритетных проблем общества. Одной из его амбициозных целей является осуществление профилактики и эффективного лечения болезни Альцгеймера к 2025 г. Другие цели направлены на улучшение ухода за больными, разработку системы поддержки ухаживающих лиц, увеличение их осведомленности о болезни и возможности отслеживать ее развитие. Совет разработчиков проекта возглавляет профессор Р. Петерсен — создатель концепции мягкого когнитивного дефицита. В совет входят также представители общественных организаций пациентов и ухаживающих за больными лиц [5,6,10].

В литературе нашли также отражение попытки оценки результативности и социально-экономической значимости национальных программ по преодолению проблемы деменции. По данным исследований, такие программы оказали существенное медицинское и социальное влияние [3,4,16]. Так, установлено, что если отсрочить начало болезни Альцгеймера на 5 лет, то к середине XXI столетия ее распространенность уменьшится на 50%, а если на 1 год — то число заболевших сократится на 9,2 млн, при этом предполагается, что в большей мере сократится число самых тяжелых форм, требующих больших затрат на уход за больными.

К. Rockwood [14] сравнил результаты исследования когнитивных функций и старения в Англии в 1991 и 2011 гг., т.е. до и после широкого внедрения клиник памяти. Ожидаемые показатели здоровья определялись тремя способами: самооценка, жизнь без инвалидности и период времени без когнитивного снижения. В 2011 г. по самооценке период жизни в состоянии здоровья был на 3,8 года больше у мужчин и на 2,7 года — у женщин, чем в 1991 г. Аналогичным образом в 2011 г. меньшее число лиц оценивали свое здоровье как плохое в сравнении с 1991 г. Сократились периоды состояния умеренной и тяжелой инвалидности, однако стали более длительными состояния легкого снижения здоровья. Сходные изменения касались уменьшения в целом на 0,7 года времени в состоянии

когнитивного снижения, прежде всего за счет тяжелых изменений, и увеличения на 4,4 года периода жизни без когнитивного снижения. Эти результаты превзошли ожидаемые/запланированные показатели, что стало предпосылкой экономического обоснования целесообразности развития внебольничных форм клиник памяти.

В журнале *Lancet* в 2013 г. опубликована Объединенная программа Евросоюза по исследованию болезни Альцгеймера и других нейродегенеративных заболеваний (Union Joint Programme — Neurodegenerative Disease Research, JPNDR). В программу входит изучение генетических, эпигенетических, средовых и протективных факторов этих болезней, а также разработка стратегий медицинской и социальной помощи. Положительной стороной таких программ является возможность объединения усилий исследователей разных стран и увеличение размеров выборок больных при проведении исследований.

Общая стратегия помощи лицам пожилого возраста нацелена на уменьшение инвалидизации и несостоятельности. В качестве приоритетных выдвигаются четыре направления активных действий [5-7,12]:

1. Учет потребностей стареющих людей.
2. Создание системы длительного наблюдения и оказания помощи больным пожилого и старческого возраста, что делает неизбежным партнерство с семьями, учреждениями, сообществами, частным сектором и всеми производителями услуг).
3. Доброжелательная позиция в обществе в отношении пожилых людей.
4. Создание физической и социальной среды, отвечающей потребностям стареющих членов общества.

Выводы. 1. Таким образом, организация «Клиник памяти» позволяет решить сразу несколько задач:

- а) предоставить врачам общей практики возможность оценки психического состояния пациентов с жалобами на прогрессирующие проблемы с памятью;
- б) разработать точные и валидные методы выявления ранних проявлений когнитивного дефицита;
- в) обеспечить пациентов информацией и советами по общим принципам сохранения памяти;
- д) выявить и включить пациентов с конкретными диагнозами (в том числе болезнью Альцгеймера) в реабилитационные и исследовательские программы.

2. Организация «Клиник памяти» как учреждений, оказывающих высоко специализированную помощь, является важнейшей прерогативой развития психиатрической службы, доказавшей на практике зарубежных стран целесообразность в контексте улучшения качества жизни пациентов с деменцией и членов их семей, а также имеющих положительное влияние на социально-экономические показатели.

ЛИТЕРАТУРА –

1. A grand plan for Alzheimer's disease and related dementias. *The Lancet Neurology*. 2012;11(3):201.
2. Azam B., Whitfield T. J., Radford D., Dontham S. G., Stevens T., Dannhauser Th., Walker Z. Trends in referred patient profiles in a memory clinic for over 20 years. *Dementia* 2014; 15(4) DOI: 10.1177/1471301214539691
3. Beard J.R., Officer A., Araujo de Carvalho I., Sadana R., Pot A.M., Michel J.P., Lloyd-Sherlock P., Epping-Jordan J.E., Peeters G.M., Mahanani W.R., Thiyagarajan J.A., Chatterji S. The World report on ageing and health: a policy framework for

healthy ageing. *The Lancet Neurology*. 2016;387:10033:2145-2154.

4. Benbow S. M., Jolley D. (2012). Organisation of services in geriatric psychiatry. In A. Sinclair, J. Morley, B. Vellas (Eds.), *Pathy's principles and practice of geriatric medicine* (Vol. 2, 5th ed. pp. 1001–1016). Chichester: Wiley-Blackwell.
5. Carillo M.C., Thies W., Bain L.J. The Global Impact of Alzheimer's Disease. In: *Alzheimer's Disease – Modernizing Concept, Biological Diagnosis and Therapy*. *Advances in Biological Psychiatry*. 2012;28:1-14.
6. Cohen C.I., McKenzie Sh.E., Rahmani M., Singh J., Prospere E. Historical Changes in the Severity of Dementia and Accompanying Neuropsychiatric Symptoms in Persons Presenting for Evaluation in a Multiracial Urban Dementia Center. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2012; 26(4):352-357. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31823cfbdd>
7. Dubois B., Feldman H., Jacova C., Hampel H., Molinuevo J.L., Blennow K., DeKosky S.T., Gauthier S., Selkoe D., Bateman R., Cappa S., Crutch S., Engelborghs S., Frisoni G.B., Fox N.C., Galasko D., Habert M.O., Jicha G.A., Nordberg A., Pasquier F., Rabinovici G., Robert P., Rowe C., Salloway S., Sarazin M., Epelbaum S., de Souza L.C., Vellas B., Visser P.J., Schneider L., Stern Y., Scheltens P., Cummings J.L. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *Lancet Neurology*. 2014; 13(6): 614-629. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70090-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70090-0)
8. Ferri C. P., Prince M., Brayne C., Brodaty H., Fratiglioni L., Ganguli M., Scazufca M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet*, 366, 2112–2117. doi: 10.1016/s0140-6736(05)67889-0.
9. Gavrilova S.I., Pre-dementia neurocognitive disorder: diagnostic and therapeutic aspects. *Review of psychiatry and medical psychology*, 2018; (1): 98-98
10. Joining forces to fight neurodegenerative diseases. *The Lancet Neurology*. 2013;12(2):119. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70004-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70004-8)
11. Koch T., Iliffe, S. (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 11, 52. doi: 10.1186/1471-2296-11-52.
12. Passmore A. P., Craig, D.A. (2004). The future of memory clinics. *The Psychiatrist*, 28, 375–377.
13. Prince M., Bryce R., Ferri C. Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention/Published by Alzheimer's Disease International (ADI)*. 2011.
14. Rockwood K. What can we expect of health in old age? *The Lancet Neurology*. 2016; 387:10020:730-731. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01022-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01022-3)
15. Rojas-Fernandez C. H., Patel T., Lee L. An Interdisciplinary Memory Clinic: A Novel Practice Setting for Pharmacists in Primary Care in Ontario, Canada (2014) DOI: 10.1177/1060028014526857
16. Simpson. S., Beavis D., Dyer J., Ball, S. (2004). Should old age psychiatry develop memory clinics? A comparison with domiciliary work. *Psychiatric Bulletin*, 28, 78–82. *Staffordshire Cares*. (n.d.). Dementia support groups. Retrieved from <http://www.staffordshirecares.info/HomeCommunityCare/Dementiasupportgroups.aspx>.
17. Steenland K., Macneil J., Bartell S., Lah J. Analyses of Diagnostic Patterns at 30 Alzheimer's Disease Centers in the US. *Neuroepidemiology*. 2010;35:1:1927. <https://doi.org/10.1159/000302844>

SUMMARY

HISTORICAL ANALYSIS AND ANALYTICAL REVIEW OF THE CREATION OF “MEMORY CLINICS” IN THE WORLD PRACTICE

¹Kurmyshev M., ²Stasevich N., ²Zlatkina N., ³Romanov A., ⁴Karton E., ⁴Zaretskaya Ye.

¹GBUZ “Psychiatric clinical hospital No. 1 named after N. A. Alekseev” Of the Department of Health of the city of Moscow; ²FGBNU “ national research Institute N. A. Semashko; ³GBU Moscow scientific and practical center of narcology Of the Department of Health of the city of Moscow; ⁴Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, of the Ministry of health of Russia, Russia

The number of elderly and senile people with severe senile asthenia syndrome and cognitive disorders, which eventually develop into dementia, is increasing every year in the world. It is this disease that is the highest priority in the health care of the entire world community.

The article provides a historical overview of the creation of memory clinics that operate in the paradigm of providing community-based psychiatric care. The results of changes in the clinical-dynamic and epidemiological indicators of the prevalence of dementia in the direction of early detection of pre-dementia conditions with mild cognitive decline syndrome are presented. Global trends in the development of memory clinics for outpatient patients are considered.

The purpose of the study: to provide a comprehensive analysis of the available literature data on the feasibility of a multi-faceted approach in the development of the concept of memory clinics.

Keywords: memory clinics, cognitive decline, mild cognitive decline syndrome, neurocognitive rehabilitation program, elderly and senile persons, non-drug rehabilitation.

РЕЗЮМЕ

ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СОЗДАНИЯ «КЛИНИК ПАМЯТИ» В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

¹Курмышев М.В., ²Стасевич Н.Ю., ²Златкина Н.Е., ³Романов А.С., ⁴Картон Е.А., ⁴Зарецкая Э.Г.

¹ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева» Департамента Здравоохранения г. Москвы; ²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт им. Н.А. Семашко»; ³ГБУ Московский научно-практический центр наркологии Департамента Здравоохранения г. Москвы; ⁴Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Россия

В мире с каждым годом увеличивается число лиц пожилого и старческого возраста с выраженным синдромом

старческой астении и когнитивными расстройствами, которые перерастают в конечном итоге в деменцию. Именно это заболевание является наиболее приоритетным в здравоохранении всего мирового сообщества.

Цель исследования - комплексный анализ имеющихся литературных данных по целесообразности многогранного подхода при разработке концепции клиник памяти.

В статье приводится исторический экскурс по созданию клиник памяти, работающих в парадигме оказания внебольничной психиатрической помощи. Приводятся результаты изменения клинико-динамических и эпидемиологических показателей распространенности деменций в сторону раннего выявления додементных состояний с синдромом мягкого когнитивного снижения. Рассмотрены мировые тренды развития клиник памяти для амбулаторного контингента пациентов.

რეზიუმე

“მეხსიერების კლინიკების” შექმნის მსოფლიო პრაქტიკის ისტორიული ანალიზი და ანალიტიკური მიმოხილვა

¹მ. კურმიშევი, ²ნ. სტასევიჩი, ²ნ. ზლატკინა, ³ა. რომანოვი, ⁴ე. კარტონი, ⁴ე. ზარეცკაია

¹ნ. ალექსეევის სახ. ფსიქიატრიული კლინიკური საავადმყოფო №1, მოსკოვი; ²ნ. სემაშკოს სახ. ეროვნული სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი; ³მოსკოვის ნარკოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი; ⁴მოსკოვის ა. ევდოკიმოვის სახ. სახელმწიფო სამედიცინო-სტომატოლოგიური უნივერსიტეტი, რუსეთის ფედერაცია

მსოფლიოში ყოველწლიურად იზრდება ხანდაზმული და მოხუცი ადამიანების რაოდენობა მოხუცებულობითი ასთენიის გამოხატული სინდრომით და კოგნიტიური დარღვევებით, რაც, საბოლოოდ, გადაიზრდება ხოლმე დემენციაში. სწორედ ეს დაავადება წარმოადგენს ყველაზე პრიორიტეტულ პრობლემას მსოფლიო თანამეგობრობის ჯანდაცვაში.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ლიტერატურაში არსებული მონაცემების კომპლექსური ანალიზი მრავალმხრივი მიდგომების მიზანშეწონილების შესახებ მეხსიერების კლინიკების კონცეფციის შემუშავების სათვის.

სტატიაში მოტანილია ისტორიული ექსკურსი მეხსიერების კლინიკების შექმნის შესახებ, რომლებიც მუშაობდნენ არაპოსპიტალური ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის პარადიგმაში. მოტანილია დემენციის კლინიკურ-დინამიკური და ეპიდემიოლოგიური მახვენებლების გავრცელების ცვლილებების ანალიზის შედეგები, კერძოდ, დემენციამდელი მდგომარეობების ადრეული გამოვლენის და რბილი კოგნიტიური დაქვეითების სინდრომისკენ გადახრის მიმართულებით. განხილულია მეხსიერების კლინიკების განვითარების მსოფლიო ტრენდები ამბულატორიული პაციენტებისათვის.