

І. Г. Мудренко

НЕЙРОПРОТЕКЦІЯ КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ХВОРИХ З ДЕМЕНЦІЯМИ АЛЬЦГЕЙМЕРІВСЬКОГО ТА НЕАЛЬЦГЕЙМЕРІВСЬКОГО ТИПІВ

Сумський державний університет, м. Суми

mudrenko.irina@gmail.com

Актуальність. Пошук ефективних засобів збереження та відновлення мнестичних функцій у осіб з когнітивними розладами є пріоритетним у галузі охорони психічного здоров'я.

Мета – порівняти вплив лікарського засобу Когніфен на динаміку когнітивних функцій та активності у повсякденному житті у хворих з різними видами деменцій.

Матеріали та методи дослідження. На базі лікувальних закладів м. Суми отримали лікування всього 107 хворих: з деменціями при хворобі Альцгеймера – 32 (29,9 %) пацієнти, з судинними деменціями – 42 (39,2 %) пацієнти, зі змішаними деменціями – 33 пацієнти (30,8 %). Використовували наступні методики: шкала MMSE, клінічна рейтингова шкала деменції (CDR), тест Бартела, метод статистичної обробки результатів.

Результати. На підставі порівняльного аналізу доведена ефективність застосування Когніфену при деменціях судинного генезу ($p \leq 0,026$, ДК=-2,34, МІ=0,28) та при хворобі Альцгеймера ($p \leq 0,01$, ДК=6,67, МІ=0,76), що полягає у позитивній зміні рівня вираженості когнітивних порушень. Специфіка впливу Когніфену при судинних деменціях полягає у покращенні праксису ($t=2,770$, $p \leq 0,007$) і процесу орієнтування у часі ($t=2,261$, $p \leq 0,027$) та у місці ($t=2,257$, $p \leq 0,027$), а при деменціях, обумовлених хворобою Альцгеймера, – орієнтування у місці ($t=2,768$, $p \leq 0,008$). Результати аналізу за тестом Бартела продемонстрували позитивний вплив Когніфену на соціальне функціонування і здатність до самообслуговування в повсякденному житті при судинних деменціях.

Висновки. Результати дослідження свідчать про покращення вищих кіркових функцій, здатності до орієнтування в часі та місці, незалежності в побуті у хворих з судинною та деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера.

Ключові слова:
судинна деменція,
деменція внаслідок
хвороби Альцгеймера,
когнітивний
дефіцит, інгібітори
ацетилхолінестерази,
лікування, Когніфен,
здатність до само-
обслуговування.

Актуальність. Деменція є провідною психічною патологією серед осіб похилого віку. Недементні когнітивні порушення реєструються у 11–17 %, а деменція у 5–8 % населення віком понад 60 років. Деменція – набуте зниження пам'яті та інтелекту внаслідок органічного ураження головного мозку, яке призводить до втрати професійних навичок та здатності до самообслуговування. Найпоширенішою є деменція внаслідок хвороби Альцгеймера, друге місце посідає судинна деменція, деменція з тільцями Леві та фронето-темпоральна деменція зустрічаються рідше [1, 2].

Прийнято вважати, що дементний процес є незворотним, тому метою лікування є стабілізація когнітивних функцій та відстрочення їх зниження; підвищення якості життя пацієнта та осіб, які доглядають за ним; збереження здатності хворого до самообслуговування.

Вартість психіатричної допомоги хворим з деменціями зростає по мірі прогресування когнітивного дефіциту та у зв'язку з приєднанням супутніх психічних симптомів (агресія, психози, депресія, агітація, сексуальна роз-

гальмованість, апатія, конфабуляторна сплутаність свідомості, галюцинаторно-параноїдні симптоми тощо) [3].

Результати фармакоепідеміологічних досліджень свідчать, що близько 50 % хворих приймають церебропротектори та коректори мікроциркуляції, 10 % – ноотропні засоби, і лише 1/3 пацієнтів отримують лікування атидементними препаратами. Проте доведену терапевтичну ефективність в лікуванні деменцій мають лише інгібітори ацетилхолінестерази та блокатори глутаматних NMDA рецепторів [1, 3]. Терапія хворих з когнітивними розладами повинна бути максимально ранньою, тривалою та адекватною. Деякі автори наголошують на необхідності пожиттєвого прийому антидементних препаратів. Лікування деменцій є справжнім викликом професійній компетентності фахівців з охорони психічного здоров'я, піднімає ряд діагностичних і терапевтичних питань.

Нещодавно в Україні з'явився принципово новий, інноваційний комбінований препарат (Когніфен), який містить у своєму складі два абсолютно різних за хімічною структурою та фармакологічними властивостями

компоненти, які оптимально доповнюють один одного з точки зору клініко-фармакологічних ефектів, – фенібут (300 мг) та іпідакрин (5 мг). Препарат одночасно впливає на фундаментальні нейромедіаторні механізми розвитку дементного синдрому – холін-, ГАМК- та дофамінергічні [4–6, 7].

Матеріали та методи дослідження

Всього у дослідженні взяли участь 107 пацієнтів, які отримували лікування на базі Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру ім. Співака, Сумського обласного клінічного госпіталю для ветеранів війни, Геріатричного пансіонату, Четвертої міської лікарні м. Суми. Усі хворі отримали курс лікування Когніфеном впродовж 30 днів. Запропонована зручна схема прийому препарату: I тиждень – по 1 капсулі 2 рази на день, II тиждень – по 1 капсулі 3 рази на день, III – IV тижні – по 2 капсули 2 рази на день. Повторне обстеження пройшли 93 особи, які лікувалися Когніфеном. Решта хворих з різних причин вибули з дослідження. Діагностику розладів психіки та поведінки проводили відповідно до МКХ-10. Від хворих та їх піклувальників отримували згоду на проведення діагностики і лікування. Лікування проводили препаратом АТ «Олайнфарм» Когніфен (Латвія), який виробляється згідно з євростандартами.

Для досягнення поставленої мети ми використовували наступні методи дослідження: клінічний, психодіагностичний (шкала MMSE, клінічна рейтингова шкала деменції (CDR), тест Бартела для оцінки активності у повсякденному житті (Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index)) та метод статистичної обробки даних.

Результати та їх обговорення

Для розуміння впливу Когніфену при різних формах деменції була проаналізована терапевтична динаміка в залежності від форми деменції. Згідно з метою дослідження були виділені три групи деменцій: деменції при хворобі Альцгеймера, судинні деменції та змішані деменції. До групи хворих з деменціями при хворобі Альцгеймера увійшли 32, до групи хворих з судинними деменціями – 42, до групи хворих зі змішаними деменціями – 33 пацієнти.

Результати вираженості загального показника когнітивного дефіциту у хворих трьох груп представлені на рисунку 1.

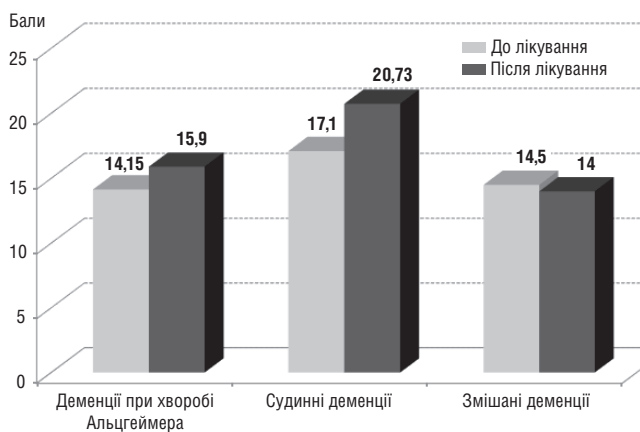


Рис. 1. Вплив Когніфену на динаміку загального показника когнітивного дефіциту при різних типах деменції (за результатами тесту MMSE)

При деменціях, що обумовлені хворобою Альцгеймера, середній загальний показник когнітивного дефіциту до лікування становив 14,5 бала, що відповідає деменції помірного рівня. Після лікування Когніфеном середній загальний показник когнітивного дефіциту збільшився та становив 15,9 балів, що також відповідало помірному рівню деменції. При наявності позитивної динаміки в процесі застосування Когніфену вірогідних розбіжностей, які б доводили ефективність застосування цього препарату для лікування деменцій при хворобі Альцгеймера, виявлено не було.

При судинних деменціях загальний показник когнітивного дефіциту до лікування становив 17,1 бала, що відповідає деменції помірного рівня. Після застосування Когніфену цей показник збільшився до 20,73 бала, що відповідає деменції легкого рівня. Отримані дані вірогідно відрізнялись на рівні $p \leq 0,01$ при $t=2,589$, що доводить ефективність застосування Когніфену для зниження когнітивного дефіциту у пацієнтів з судинними деменціями.

При деменціях змішаного типу середні показники когнітивного дефіциту до та після лікування були практично однаковими ((14,50±5,95 балів) та (14,00±6,59 балів) відповідно) та характеризувалися помірним рівнем вираженості деменції.

Для визначення діагностичного коефіцієнта впливу Когніфену на зниження вираженості деменції був проведений аналіз динаміки рівнів деменції у пацієнтів трьох груп, представлений у таблиці 1.

Визначено, що до лікування у більшості хворих з деменцією при хворобі Альцгеймера був помірний рівень деменції (59,38±12,2) %, тоді як у 28,13 % – тяжкий рівень та у 6,25 % – легкий рівень деменції. Після лікування Когніфеном кількість пацієнтів з тяжким та помірним рівнями деменції знизилась ((16,13±4,92) % та (48,39±11,6) % відповідно), а кількість пацієнтів з легким рівнем деменції значно збільшилась – (29,03±8,15) %, ($p \leq 0,01$, ДК=6,67, МІ=0,76).

При судинних деменціях до лікування у 57,14 % пацієнтів був помірний рівень деменції (11–19 балів за MMSE), у 19,05 % спостерігали окремі ознаки деменції (24–27 балів), у 14,29 % – легкий рівень деменції (20–23 бали) та лише у 9,52 % виявлено тяжкий рівень деменції (0–10 балів). Після курсу лікування Когніфеном відмічена позитивна динаміка, яка проявлялась збільшенням кількості хворих з легким рівнем деменції та окремими її ознаками ((20,00±6,17) % та (33,33±9,39) % відповідно), у деяких пацієнтів зникли когнітивні порушення ((6,67±2,22) %) та значно зменшилась кількість пацієнтів з помірним ((33,33±9,39) %) ($p \leq 0,026$, ДК=-2,34, МІ=0,28) та тяжким ((6,67 ± 2,226) %) рівнями деменції.

При деменціях змішаного типу до лікування у 48,48 % пацієнтів спостерігали помірний, у 27,27 % – тяжкий, у 18,18 % – легкий рівень вираженості деменції; у 6,06 % визначались окремі ознаки деменції.

Після лікування Когніфеном збільшилась кількість пацієнтів з наявністю окремих ознак деменції і легким рівнем деменції ((9,38±2,88) % та (21,88±6,249) % відповідно) та зменшилась кількість хворих з помірним і тяжким рівнями деменції ((43,75±10,60) % та (25,00±6,98) %

Таблиця 1. Вплив Когніфену на вираженість когнітивних порушень при різних типах деменцій (за результатами тесту MMSE)

Показник	Р (ТМФ)	До лікування (% пацієнтів)	Після лікування (% пацієнтів)	ДК	МІ
Деменції при хворобі Альцгеймера					
Відсутність порушень	1,000	0	0		
Окремі ознаки деменції	0,387	6,25	6,45	0,14	0
Легкий рівень деменції	0,016	6,25	29,03	6,67	0,76
Помірний рівень деменції	0,137	59,38	48,39	-0,89	0,05
Тяжкий рівень деменції	0,127	28,13	16,13	-2,41	0,14
Судинні деменції					
Відсутність порушень	0,170	0	6,67		
Окремі ознаки деменції	0,085	19,05	33,33	2,43	0,17
Легкий рівень деменції	0,202	14,29	20,00	1,46	0,04
Помірний рівень деменції	0,026	57,14	33,33	-2,34	0,28
Тяжкий рівень деменції	0,311	9,52	6,67	-1,55	0,02
Змішані деменції					
Відсутність порушень	1,000	0	0		
Окремі ознаки деменції	0,317	6,06	9,38	1,89	0,03
Легкий рівень деменції	0,227	18,18	21,88	0,80	0,01
Помірний рівень деменції	0,182	48,48	43,75	-0,45	0,01
Тяжкий рівень деменції	0,217	27,27	25,00	-0,38	0

відповідно), однак ця позитивна динаміка не набувала вірогідних значень.

Отже, отримані результати доводять ефективність застосування Когніфену при деменціях судинного генезу та при хворобі Альцгеймера, що полягає у тому, що Когніфен позитивно впливає на зміну вираженості когнітивних порушень.

Для оцінки специфіки когнітивного статусу та його динаміки у процесі лікування Когніфеном при різних типах деменцій був проведений детальніший аналіз показників когнітивних функцій за тестом MMSE (табл. 2). Так, при хворобі Альцгеймера до лікування найбільш ураженими були такі когнітивні функції як пам'ять ((10,00±0,62) %), праксис ((15,00±0,37) %), концентрація уваги ((26,00±1,76) %) та орієнтування у часі та місці ((20,00±1,39) % та (52,2±1,10) % відповідно). Найменш ураженими виявилися функції сприйняття ((84,33±0,86) %), виконання команд ((84,33±1,10) %), мова та читання ((69,00±1,02) % та (61,50±0,91) % відповідно).

Після лікування Когніфеном у пацієнтів з деменцією при хворобі Альцгеймера спостерігали позитивну динаміку здібності до називання предметів й побудови речень

((75,33±1,01) %), читання ((75,00±0,83) %) та графічного зображення предметів ((20,00±0,41) %). Покращилось орієнтування у часі ((36,00±1,64) %), а також значно поліпшилось орієнтування у місці ((72,00 ± 1,31) %) (t=2,768, p<0,008).

У хворих з судинними деменціями до лікування відмічалось значне порушення таких когнітивних функцій як пам'ять ((19,00±0,91) %), здібність до графічного зображення ((28,00±0,46) %) та читання ((50,00±0,83) %), орієнтування у часі та місці ((41,80±2,09) % та (68,4±1,55) % відповідно), концентрація уваги та здібність до рахування ((43,80±1,89) %). Найбільш збереженими виявилися такі функції як сприйняття (100 %), здібність до виконання команд, називання предметів та побудови речень ((73,00±1,19) % та (71,33 ± 0,84) % відповідно).

Після застосування Когніфену для лікування хворих на судинні деменції відмічали значне поліпшення процесу орієнтування у часі ((64,00±1,97) %) (t=2,261, p<0,027) та у місці ((84,00±1,24) %) (t=2,257, p<0,027), здібності до зображення графічних малюнків ((60,00±0,50) %) (t=2,770, p<0,007).

Також спостерігали тенденцію до покращення таких функцій як пам'ять ((28,66±1,17) %), мова ((75,33±0,78) %), концентрація уваги ((58,60±2,18) %), виконання команди ((80,00±1,22) %) та читання ((66,50±0,80) %).

У пацієнтів зі змішаними деменціями до лікування спостерігався когнітивний дефіцит у таких функціях як пам'ять ((22,00±0,87) %), праксис ((41,00±0,65) %), сприйняття ((72,00±0,92) %), концентрація уваги й здібність до рахування ((30,00±1,47) %) і читання ((41,50±0,56) %), орієнтування у часі та місці ((41,60±1,74) % та (60,00±1,38) % відповідно), здібності виконувати команди та називати предмети ((55,33±1,13) % та (63,66±0,78) % відповідно).

Після лікування Когніфеном у пацієнтів зі змішаними деменціями спостерігали тенденцію до покращення орієнтування у часі та місці ((42,40±1,41) % та (62,40±1,59) % відповідно), процесів побудови мови ((66,66±1,15) %), читання ((56,00±0,62) %), праксису ((50,00±0,52) %) та виконання команд ((70,66±1,09) %), але ці зміни не досягали вірогідних розбіжностей.

Отримані дані доводять, що Когніфен позитивно впливає на відновлення когнітивних функцій, насамперед при судинних деменціях, а також при деменціях, що спричинені хворобою Альцгеймера. Специфіка впливу Когніфену полягає в покращенні процесу орієнтування у місці та часі, а також здібності до графічного зображення.

Для оцінки ефективності застосування Когніфену при лікуванні різних типів деменцій був проведений аналіз впливу цього препарату на динаміку соціального функціонування за тестом Бартела (рис. 2). Оцінювали ступінь самостійності у прийомі їжі, одяганні, прийомі ванни, туалеті, пересуванні. При деменціях, обумовлених хворобою Альцгеймера, до лікування сумарний бал дорівнював 78,75, що відповідало помірному рівню залежності від оточуючих у повсякденному житті. Після лікування Когніфеном цей показник істотно не змінився – (76,11±29,48) балів.

У пацієнтів з судиною деменцією індекс повсякденної активності складав 61,25 балів, що також відповідало помірному рівню залежності від оточуючих у повсякденному житті. Після застосування Когніфену у цих

пацієнтів індекс повсякденного функціонування значно збільшився – (78,93±20,74) балів, (t=2,930, p<0,01), що свідчить про покращення самостійності пацієнтів із судиною деменцією в самообслуговуванні у повсякденному житті.

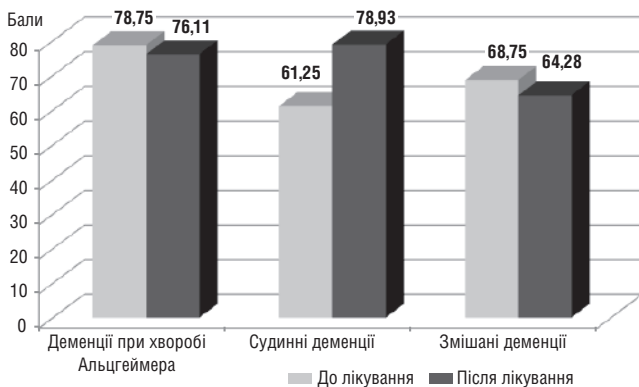


Рис. 2. Вплив Когніфену на динаміку повсякденної активності при різних типах деменцій (за результатами тесту Бартела)

У пацієнтів зі змішаним типом деменції індекс повсякденної активності дорівнював 68,75 бала, що, як і при інших типах деменції, відповідає помірному рівню залежності від оточуючих. Після курсу лікування Когніфеном рівень соціального функціонування пацієнтів даної групи істотно не змінився – 64,28 балів.

Отримані дані доводять, що Когніфен позитивно впливає на соціальне функціонування і здатність до самообслуговування в повсякденному житті при судинних деменціях.

Для оцінки ефективності Когніфену була використана клінічна рейтингова шкала деменції (CDR), що дозволила оцінити вплив Когніфену на динаміку ступеня та специфіки когнітивних порушень у хворих на різні типи деменції. Встановлено, що до лікування пацієнти з деменцією при хворобі Альцгеймера мали помірні порушення пам'яті (2,25±0,73), мислення (2,25±0,84) і самообслуговування (1,75±0,73), відмічались помірна дезорієнтація у місці та часі (2,29±0,84), втрачена самостійність перебування поза домом (2,20±0,91), звуження кола інтересів (1,91±0,77) (рис. 3).

Після лікування Когніфеном в групі хворих на деменції при хворобі Альцгеймера спостерігалось знач-

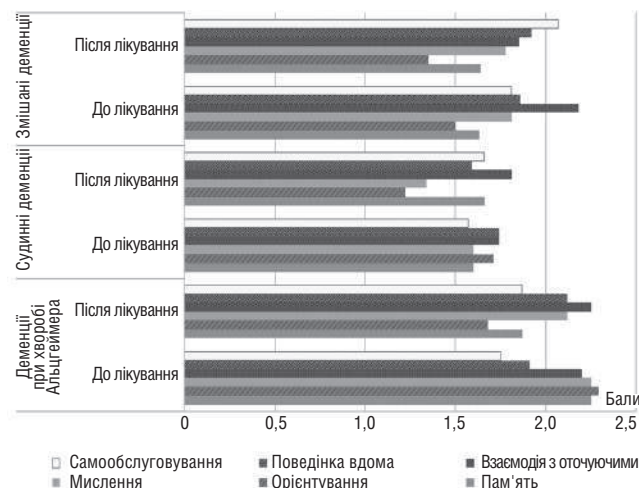


Рис. 3. Вплив Когніфену на динаміку соціального функціонування при різних типах деменцій (за клінічною рейтинговою шкалою деменції (CDR))

не покращення процесу орієнтування (1,68±0,77) (t=2,289, p<0,025), а також тенденція до покращення запам'ятовування поточних подій (1,87±0,61) та зменшення труднощів при розв'язанні задач (2,12±0,61). Когніфен не впливав на зміну поведінки вдома, процес самообслуговування та взаємодію з оточуючими ((2,12±0,80), (1,87±0,61) та (2,25±0,85) відповідно).

При судинних деменціях до лікування відмічався середній рівень порушення процесу самообслуговуван-

Таблиця 2. Вплив Когніфену на динаміку когнітивних функцій при різних типах деменцій (за результатами тесту MMSE)

Показник	До лікування	Після лікування	t-value	p
	%±σ			
Деменції при хворобі Альцгеймера				
Орієнтування у часі	20,00 ± 1,39	36,00 ± 1,64	-1,791	0,080
Орієнтування у місці	52,20 ± 1,10	72,00 ± 1,31	-2,768	0,008
Сприйняття	84,33 ± 0,86	83,33 ± 0,83	0,153	0,879
Концентрація уваги	26,00 ± 1,76	24,00 ± 1,44	0,222	0,825
Пам'ять	10,00 ± 0,62	10,00 ± 0,66	0,041	0,968
Мова	69,00 ± 1,02	73,33 ± 1,01	-0,409	0,685
Виконання команди	84,33 ± 1,10	83,33 ± 0,95	0,125	0,901
Читання	61,50 ± 0,91	75,00 ± 0,83	-1,036	0,306
Праксис	15,00 ± 0,37	20,00 ± 0,41	-0,401	0,690
Судинні деменції				
Орієнтування у часі	41,80 ± 2,09	64,00 ± 1,97	-2,261	0,027
Орієнтування у місці	68,40 ± 1,55	84,00 ± 1,24	-2,257	0,027
Сприйняття	100,0 ± 0,83	97,60 ± 0,69	0,361	0,719
Концентрація уваги	43,80 ± 1,89	58,60 ± 2,18	-1,542	0,128
Пам'ять	19,00 ± 0,91	28,66 ± 1,17	-1,203	0,233
Мова	71,33 ± 0,84	75,33 ± 0,78	-0,632	0,529
Виконання команди	73,00 ± 1,19	80,00 ± 1,22	-0,727	0,469
Читання	50,00 ± 0,83	66,50 ± 0,80	-1,708	0,092
Праксис	28,00 ± 0,46	60,00 ± 0,50	-2,770	0,007
Змішані деменції				
Орієнтування у часі	41,60 ± 1,74	42,40 ± 1,41	-0,080	0,937
Орієнтування у місці	60,00 ± 1,38	62,40 ± 1,59	-0,264	0,793
Сприйняття	72,00 ± 0,92	70,66 ± 1,31	0,119	0,906
Концентрація уваги	30,00 ± 1,47	25,00 ± 1,61	0,506	0,616
Пам'ять	22,00 ± 0,87	20,66 ± 0,89	0,148	0,883
Мова	63,66 ± 0,78	66,66 ± 1,15	-0,274	0,786
Виконання команди	55,33 ± 1,13	70,66 ± 1,09	-1,276	0,210
Читання	41,50 ± 0,56	56,00 ± 0,62	-1,540	0,132
Праксис	41,00 ± 0,65	50,00 ± 0,52	-0,428	0,671

ня ($1,57 \pm 0,95$), запам'ятовування ($1,60 \pm 0,81$) і мислення ($1,60 \pm 0,92$), а також спостерігалися дезорієнтація у місці та часі ($1,71 \pm 1,11$), звуження інтересів ($1,74 \pm 0,89$) та труднощі у встановленні контактів з оточуючими ($1,74 \pm 0,89$).

Після застосування Когніфену при лікуванні судинної деменції відмічалось значне покращення орієнтування ($1,22 \pm 0,77$) ($t=1,929$, $p \leq 0,05$), а також тенденція до покращення процесу мислення ($1,34 \pm 0,64$) та розширення кола інтересів до різних видів діяльності ($1,59 \pm 0,95$). Не виявлений позитивний вплив Когніфену на зміну взаємодії з оточуючими, процесу пам'яті та якості самообслуговування ($1,81 \pm 0,95$), ($1,66 \pm 0,87$) та ($1,66 \pm 1,01$) відповідно).

Пацієнти зі змішаним типом деменції до лікування характеризувались втратою самостійності перебування поза домом ($2,18 \pm 0,85$), звуженням кола інтересів ($1,86 \pm 0,88$), труднощами в ухваленні рішень та аналізі ($1,81 \pm 0,85$), порушенням у сфері самообслуговування ($1,81 \pm 0,93$), а також наявністю мнестичних порушень та дезорієнтації ($1,63 \pm 0,88$) і ($1,50 \pm 0,85$) відповідно).

Після лікування Когніфеном у групі хворих зі змішаним типом деменції спостерігалась тенденція до позитивної динаміки в сферах орієнтування, мислення та взаємодії з оточуючими ($1,35 \pm 0,99$), ($1,78 \pm 0,78$) та ($1,85 \pm 0,86$) відповідно), однак ці позитивні зміни не набували вірогідних значень. Когніфен не впливав на зміну поведінки вдома, процес самообслуговування та мнестичні процеси ($1,92 \pm 1,05$), ($2,07 \pm 1,12$) та ($1,64 \pm 0,82$) відповідно).

Отже, аналіз впливу Когніфену на динаміку ступеня та специфіки когнітивних порушень у хворих на різні типи деменції довів, що цей препарат позитивно впливає, насамперед, на процес орієнтування при судинних деменціях та деменціях при хворобі Альцгеймера.

Висновки

Отримані результати доводять ефективність застосування Когніфену при деменціях судинного ґенезу легкого та помірного ступенів та при хворобі Альцгеймера, що виявляється у позитивному впливі на зміну вираженості когнітивних порушень.

Специфіка впливу Когніфену полягає в покращенні процесу орієнтування у місці та у часі, а також здібностей до графічного зображення та праксису.

Встановлено, що Когніфен позитивно впливає на соціальне функціонування і здатність до самообслуговування (прийом їжі, одягання, пересування, відвідування туалету) у повсякденному житті при судинних деменціях.

Список використаної літератури

1. Любов Е. Б. Клинико-эпидемиологические, фармакоэпидемиологические и экономические аспекты старческих деменций / Е. Б. Любов, И. Р. Еналиев, Т. П. Крюченкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, вып. 2. – С. 33–38.
2. Левин О. С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / О. С. Левин. – М.: Медпресс, 2010. – 256 с.
3. Дубенко А. Е. Патогенетическая терапия когнитивных расстройств и деменции с доказанной эффективностью / А. Е. Дубенко, В. И. Коростий // Международный неврологический журнал. – 2017. – № 1 (87). – С. 109–114. DOI: 10.22141/2224-0713.1.87.2017.96545.
4. Lee R. T. Cholinergic neurons as a target of pharmacotherapeutic strategy of Alzheimer's disease / R. T. Lee, I. O'Connor, H. P. Preston // Cholinergic Neurotransmission and Neurological Diseases. – Butterworth: Manders&Co, 2014. – P. 134–162.
5. Бурчинский С. Г. Инновации в стратегии фармакотерапии ранних когнитивных расстройств / С. Г. Бурчинский, Е. В. Демченко // Международный неврологический журнал. – 2016. – № 6 (84). – С. 85–89.
6. Evans T. L. Cognitive enhancers: new sight on the old problem / T. L. Evans // Ann. Rev. Pharmacol. Pharmacother. – 2012. – Vol. 5. – P. 34–50.
7. Мищенко Т. С. Когнифен в постинсультной реабилитации больных / Т. С. Мищенко, В. М. Мищенко, И. В. Здесенко // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 3 (88). – С. 89–96.

References

1. Lyubov, E. B., Enaliev, I. R., & Kryuchenkova, T. P. (2010). Kliniko-epidemiologicheskie farmakoepidemiologicheskie i ekonomicheskie aspekty starcheskikh dementsii [Clinical-epidemiological, pharmacoepidemiological and economic aspects of senile dementia]. *Sotsialnaia i klinicheskaia psikiatriia – Social and Clinical Psychiatry*, vol. 20, issue 2, pp. 33–38. (In Russian).
2. Levin, O. S. (2010). *Diagnostika i lechenie dementsii v klinicheskoi praktike* [Diagnosis and treatment of dementia in clinical practice]. Moscow: Medpress, 256 p. (In Russian).
3. Dubenko, A. Ye., & Korostii, V. I. (2017). Patogeneticheskaia terapiia kognitivnykh rasstroistv i dementsii s dokazannoi effektivnostiu [Pathogenetic therapy of cognitive disorders and dementia with proven efficacy]. *Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal – International Neurological Journal*, no. 1 (87), pp. 109–114. (In Russian). DOI: 10.22141/2224-0713.1.87.2017.96545.
4. Lee, R. T., O'Connor, I., & Preston, H. P. (2014) Cholinergic neurons as a target of pharmacotherapeutic strategy of Alzheimer's disease. *Cholinergic Neurotransmission and Neurological Diseases* (pp. 134–162). Butterworth: Manders&Co.
5. Burchynskyi, S. H., & Demchenko, O. V. (2016). Innovatsii v strategii farmakoterapii rannikh kognitivnykh rasstroistv [Innovations in pharmacotherapy strategy on the early stages of cognitive impairment]. *Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal – International Neurological Journal*, no. 6 (84), pp. 85–89. (In Russian). DOI: 10.22141/2224-0713.6.84.2016.83124.
6. Evans, T. L. (2012). Cognitive enhancers: new sight on the old problem. *Ann. Rev. Pharmacol. Pharmacother*, vol. 5, pp. 34–50.
7. Mishchenko, T. S., Mishchenko, V. M., & Zdesenko, I. V. (2016). Kognifen v postinsultnoi reabilitatsii bolnykh [Cogniphen in post-stroke rehabilitation patients]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiï – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 3 (88), pp. 89–96. (In Russian).

НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЯМИ АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОГО И НЕАЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОГО ТИПОВ

И. Г. Мудренко

Актуальность. Поиск эффективных средств сохранения и восстановления мнестических функций у лиц с когнитивными расстройствами является приоритетным в области охраны психического здоровья.

Цель – сравнить влияние лекарственного средства Когнифен на динамику когнитивных функций и повседневную активность у больных различными видами деменции.

Материалы и методы. На базе лечебных учреждений г. Сумы получили лечение всего 107 больных: с деменциями при болезни Альцгеймера – 32 (29,9%) пациента, с сосудистыми деменциями – 42 (39,2 %) пациента, со смешанной формой деменции – 33 пациента (30,8 %). Использовались методики: шкала MMSE; клиническая рейтинговая шкала деменции (CDR), тест Бартела, метод статистической обработки результатов.

Результаты. На основании сравнительного анализа доказана эффективность применения Когнифена при сосудистых деменциях ($p \leq 0,026$, ДК=–2,34, МИ=0,28) и при болезни Альцгеймера ($p \leq 0,01$, ДК=6,67, МИ=0,76), которая заключается в положительной динамике уровня выраженности когнитивных нарушений. Специфика влияния Когнифена при сосудистой деменции заключается в улучшении праксиса ($t=2,770$, $p \leq 0,007$) и процесса ориентировки во времени ($t=2,261$, $p \leq 0,027$) и в месте ($t=2,257$, $p \leq 0,027$), а при деменциях, обусловленных болезнью Альцгеймера, – ориентировки в месте ($t=2,768$, $p \leq 0,008$). Результаты анализа по тесту Бартела продемонстрировали положительное влияние Когнифена на социальное функционирование и способность к самообслуживанию в повседневной жизни при сосудистой деменции.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют об улучшении высших корковых функций, способности к ориентированию во времени и месте, независимости в быту у больных сосудистой и деменцией вследствие болезни Альцгеймера.

Ключевые слова: сосудистая деменция, деменция вследствие болезни Альцгеймера, когнитивный дефицит, ингибиторы ацетилхолинэстеразы, лечение, Когнифен, способность к самообслуживанию.

NEUROPROTECTION OF COGNITIVE DEFICIT IN PATIENTS WITH DEMENTIA OF THE ALZHEIMER'S AND NON-ALZHEIMER'S TYPE

Mudrenko I. H.

Background. Finding effective means of preserving and restoring mnemonic functions in people with cognitive impairments is a priority in the field of mental health protection.

Objective: to compare the effect of Cognifen on the dynamics of cognitive functions and activity in everyday life in patients with various types of dementia.

Materials and methods. Totally 107 patients received treatment on the basis of medical institutions in Sumy: 32 patients (29.9 %) with dementia at Alzheimer's disease, 42 patients (39.2 %) – with vascular dementia and 33 patients (30.8%) with mixed dementia. The techniques which were used are as follows: MMSE scale; clinical dementia rating scale (CDR), the Bartel's test, method of statistical results processing.

Results. Basing on the comparative analysis, the efficiency of Cognifen at dementia of the vascular genesis ($p \leq 0.026$, $DK = -2.34$, $MI = 0.28$) and at Alzheimer's disease ($p \leq 0.01$, $DK = 6.67$, $MI = 0,76$), which consists in a positive change of the level of severity of cognitive impairments was proven. The specificity of the effect of Cognifen at vascular dementia lies in improving praxis ($t = 2,770$, $p \leq 0,007$), time orientation ($t = 2,261$, $p \leq 0,027$) and place orientation ($t = 2,257$, $p \leq 0,027$) and in case of dementia caused by Alzheimer's disease – place orientation ($t = 2,768$, $p \leq 0,008$). The results of the Bartel's test showed a positive effect of Cognifen on social functioning and self-service ability in everyday life at vascular dementia.

Conclusions. The results of the study may be indication of improvement of higher cortical functions, ability to orientate in time and place, independence at home for patients with vascular dementia and dementia due to Alzheimer's disease.

Keywords: vascular dementia, dementia due to Alzheimer's disease, cognitive deficit, acetylcholinesterase inhibitor, treatment, Cognifen, self-service ability.

Стаття надійшла до редакції 31.08.2017 р.

МУДРЕНКО Ірина Григорівна, к.мед.н., асистент кафедри нейрохірургії та неврології, Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми, Україна; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

МУДРЕНКО Ирина Григорьевна, к.мед.н., ассистент кафедры нейрохирургии и неврологии, Сумской государственной университет, медицинский институт, г. Сумы, Украина; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

MUDRENKO Iryna Hryhorivna, MD, PhD, Assistant of the Neurosurgery and Neurology Department, Sumy State University, Medical Institute, Sumy, Ukraine; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com