

*І. Г. Мудренко*  
**ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ  
 КЛІНІЧНИМИ ВАРІАНТАМИ ДЕМЕНЦІЙ**

*И. Г. Мудренко*  
**Фармакологическая коррекция депрессивных симптомов у больных с различными  
 клиническими вариантами деменций**

*I. H. Mudrenko*  
**Pharmacological correction of depressive symptoms in patients with different clinical types of dementia**

В цієї статті висвітлено результати наукового дослідження щодо лікування коморбідної депресивної симптоматики у хворих з різними клінічними варіантами деменції препаратом Когніфен. Цей лікувальний засіб є комбінованим і містить нообут та нейромідин, отже — діє як ноотроп з седативною дією та як антихолінестеразний засіб. Хворих досліджували в трьох групах: хворі з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера, з судинною деменцією, з деменцією змішаного типу. Доведено позитивний вплив препарату на редукцію депресивної симптоматики при різних клінічних варіантах деменцій та зниження рівня депресії з тяжкого і помірного до легкого. В статті наведено динаміку окремих складових депресивного синдрому в результаті лікування. Встановлено позитивний вплив препарату на редукцію суїцидальних проявів (антивітальних висловлювань, думок, намірів, спроб) у хворих з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера та змішаного типу на рівні  $p \leq 0,05$ . Отже, Когніфен можна рекомендувати для купірування коморбідної депресивної симптоматики у хворих з деменціями, що дозволяє уникнути поліпрагмазії та додаткового призначення антидепресантів та транквілізаторів.

**Ключові слова:** судинна деменція, змішана деменція, деменція внаслідок хвороби Альцгеймера, Когніфен, депресія, ризик суїциду

В данной статье отражены результаты научного исследования по лечению коморбидной депрессивной симптоматики у больных с различными клиническими вариантами деменции препаратом Когнифен. Данное лечебное средство является комбинированным и содержит нообут и нейромидин, таким образом — действует как ноотроп с седативным действием и как антихолинэстеразные средства. Больных исследовали в трех группах: больные с деменцией вследствие болезни Альцгеймера, с сосудистой деменцией, с деменцией смешанного типа. Доказано положительное влияние препарата на редукцию депрессивной симптоматики при различных клинических вариантах деменции и снижение уровня депрессии с тяжелого и умеренного до легкого. В статье приведена динамика отдельных составляющих депрессивного синдрома в результате лечения. Установлено положительное влияние препарата на редукцию суицидальных проявлений (антивитальных высказываний, мыслей, намерений, попыток) у больных с деменцией вследствие болезни Альцгеймера и смешанного типа на уровне  $p \leq 0,05$ . Таким образом, Когнифен можно рекомендовать для купирования коморбидной депрессивной симптоматики у больных с деменцией, что позволяет избежать полипрагмазии и дополнительного назначения антидепрессантов и транквилизаторов.

**Ключевые слова:** сосудистая деменция, смешанная деменция, деменция вследствие болезни Альцгеймера, Когнифен, депрессия, риск суицида

The article presents the results of the scientific study on the treatment of comorbid depressive symptoms in patients with various clinical types of dementia with Cognifen. This drug is combined and contains noobut and neuromidin, thus acts as a sedative effect of nootropic and anticholinesterase medication. Patients were examined in three groups: with dementia, with Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia of mixed type. The positive effect of the drug on reduction of depressive symptoms at various clinical types of dementia and reduction of the level of depression from severe and moderate to mild was proven. The article presents the dynamics of the separate components of depressive syndrome as a result of treatment. The positive effect of the drug on the reduction of suicidal manifestations (anti-vital statements, thoughts, intentions, attempts) in patients with dementia due to Alzheimer's disease and of mixed type at the level of  $p \leq 0.05$  was proven. Thus, Cognifen can be recommended for reduction of comorbid depressive symptoms in patients with dementia, what allows to avoid polypragmasy and addition appointment of antidepressants and tranquilizers.

**Key words:** vascular dementia, dementia of mixed type, dementia due to Alzheimer's disease, Cognifen, depression, risk of suicide

В Україні спостерігається процес старіння населення та як результат — збільшення кількості хворих на деменцію. Деменція — це вікозалежне захворювання, здебільшого вражає людей старшого віку [1—3]. Частота зустрічальності деменції збільшується з віком: від 2 % в популяції до 65 років до 20 % в осіб віком 80 років і старших. Серед осіб понад 65 років приблизно у 9 % є легка або помірна деменція, у 5 % — важка [4].

На частку осіб похилого та старечого віку припадає пік за кількістю завершених суїцидів, що пов'язано з наявністю хронічних соматичних захворювань, втратою роботи, самотністю, усвідомленням невідворотності смерті.

У сучасних дослідженнях доведений міцний зв'язок когнітивних розладів при деменціях з широким колом психопатологічних синдромів та поведінкових розладів. У хворих з деменцією найчастіше виявляється депресія та тривога. В цій категорії хворих симптоми тривоги спостерігаються в 5 разів частіше, ніж в осіб похилого віку без деменції [5, 3]. Зокрема, при хворобі Альцгеймера депре-

сія спостерігається декілька рідше (близько 20—30 %), а при деменціях внаслідок хвороби Паркінсона, судинній, з тільцями Леві — частіше (у 30—60 % випадків) [5—7].

Наявність депресії в разі підвищує ризик розвитку деменції. У більшій частині хворих на депресію виявляють когнітивний дефіцит. Депресія може бути єдиною клінічною ознакою на початкових стадіях деменції та у хворих з помірним когнітивним дефіцитом. Встановлено, що хворі з тяжким ступенем когнітивного дефіциту (за шкалою MMSE 0—10 балів) мають вірогідно більший рівень симптомів депресії, ніж пацієнти з помірним або легким когнітивним зниженням. Наявність депресії є прогностично несприятливим чинником щодо швидкого прогресу когнітивного та функціонального дефіциту [6, 8, 9].

Близько 2/3 хворих з коморбідною депресивною симптоматикою думають про самогубство, а 10—15 % вчиняють спроби суїциду. Найнебезпечнішими щодо скоєння суїциду, на думку багатьох авторів, є початкові стадії деменції [6].

Виникає необхідність в лікуванні коморбідної депресивної симптоматики, проте деякі вчені повідомляють,

що хворі з судинною деменцією відносно резистентні до антидепресантів [29]. Застосування інгібіторів холін-естерази в свою чергу сприяє зменшенню роздратованості, емоційної лабільності у хворих на деменції та зменшує дистрес у осіб, які здійснюють догляд за хворими.

Необхідність пошуку ефективних засобів лікування депресії у хворих з деменціями обґрунтовує актуальність нашого дослідження. Для лікування деменцій використовують широке коло нейротрофічних, антихолінестеразних та ноотропних препаратів. Нашу увагу привернув новий на фармринку України комбінований лікарський засіб з ноотропним та антихолінестеразним ефектом Когніфен (АТ «Олайнфарм», Латвія), що містить у своєму складі фенібут та іпідакрін.

Мета — дослідити вплив препарату Когніфен на коморбідну депресивну симптоматику та ступінь суїцидального ризику у хворих з різними клінічними варіантами деменції.

Для досягнення мети сформовані такі завдання:

1. Вивчити вплив Когніфену на коморбідну депресивну симптоматику хворих з різними клінічними варіантами деменції.

2. Вивчити вплив Когніфену на рівень суїцидального ризику у хворих з різними клінічними варіантами деменції.

3. Дослідити вплив Когніфену на рівень самосвідомості смерті у хворих з різними клінічними варіантами деменцій.

Усього обстежено 107 пацієнтів на базі Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру ім. О. В. Співака, Сумського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни, Геріатричного пансіонату, Четвертої міської лікарні м. Суми. Всі хворі пройшли курс лікування Когніфеном. Повторне обстеження пацієнти проходили через місяць. Запропоновано таку схему прийому препарату: I тиждень — по 1 капсулі 2 рази на день, II тиждень — по 1 капсулі 3 рази на день, III—IV тиждень — по 2 капсулі 2 рази на день. Контрольне обстеження пройшли 93 особи, яких лікували Когніфеном. Решта хворих вибули з дослідження за різними причинами.

Діагностику розладів психіки та поведінки проводили відповідно до МКХ-10. Від хворих та їх піклувальників отримано згоду на проведення діагностики та лікування.

Лікування проводили препаратом АТ «Олайнфарм» Когніфен, одна капсула містить фенібуту 300 мг та іпідакрину (нейромідину) 5 мг. Препарат застосовують при хворобах нервової системи з порушенням когнітивних функцій та процесів нервово-м'язової передачі: когнітивних розладах судинного, нейродегенеративного, посттравматичного та іншого генезу, інволюційних процесах у людей похилого та старечого віку, при труднощах у навчанні та хронічній недостатності мозкового кровообігу [11]. Завдяки ноотропній складовій (фенібуту) Когніфен має антиастенічну, протитривожну дію, підвищується ініціатива та інтерес, зменшується напруження та страх, поліпшуються всі фази сну.

Згідно з метою дослідження були виокремлені три групи деменцій: деменції при хворобі Альцгеймера, судинні деменції та змішані деменції. Кількість пацієнтів, що склали групу хворих з деменціями при хворобі Альцгеймера, становила 32 (29,9 %), 42 (39,3 %) пацієнти склали групу хворих з судинними та 33 хворих (30,8 %) — зі змішаними деменціями. Хворі з іншими видами деменцій виключені з дослідження через малу кількість випадків.

Використовували такі методи дослідження: шкала визначення вираженості суїцидального ризику (В. Л. Гавенко та співавт., 2001), шкала визначення самосвідомості смерті, шкала Гамільтона для оцінки депресії — HDRS

(Hamilton M., 1967), метод статистичної обробки результатів.

Середній бал вираженості депресії за шкалою Гамільтона склав 27,45 бала: в групі хворих з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера (27,3 бала), що відповідає тяжкому ступеню вираженості депресії, у хворих з судинною деменцією — 26,8 бала (помірна депресія), хворі зі змішаною деменцією виявляли тяжкий рівень депресивної симптоматики — 28,7 бала.

Аналіз клініко-психопатологічної структури депресії та її динаміки в процесі лікування Когніфеном у хворих на різні типи деменції продемонстрував наявність специфічного впливу Когніфену на динаміку проявів депресії (рис. 1, табл. 1).

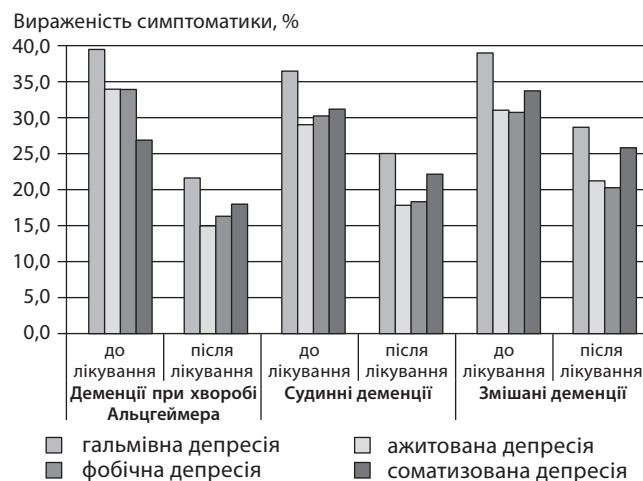


Рис. 1. Вплив Когніфену на динаміку форм депресії при різних деменціях (за результатами шкали Гамільтона)

Як видно з рисунку 1 та таблиці 1, у хворих з деменцією при хворобі Альцгеймера до лікування спостерігалось переважання гальмівної депресії (39,51 ± 14,73) %, що проявлялось в уповільненні реакцій та відчутті пригніченості настрою. Також були виражені ажитована (33,97 ± 14,87) % та фобічна (33,89 ± 13,74) % форми депресії, які проявлялись наявністю сумного настрою, що супроводжується тривогою, наявністю стурбованості та необґрунтованих страхів та підвищеною руховою активністю. Найменш вираженою формою депресії для цієї групи хворих була соматизована депресія (26,92 ± 14,66) %.

Після лікування Когніфеном спостерігалась виражена позитивна динаміка, що полягала у значній редукції депресивних проявів при деменціях, зумовлених хворобою Альцгеймера: у 1,8 раза зменшилися прояви ажитованої депресії ( $t = 5,368, p \leq 0,0001$ ), у 2,2 раза — гальмівної депресії ( $t = 4,675, p \leq 0,0001$ ), у 2 рази відбулась редукція фобічної депресії ( $t = 4,967, p \leq 0,0001$ ) та у 1,5 раза — соматизованої депресії ( $t = 2,160, p \leq 0,05$ ).

У групі хворих з судинною деменцією до лікування також спостерігалось переважання гальмівної форми депресивного порушення (36,58 ± 14,70) %, інші форми депресивних проявів були виражені меншою мірою: 31,25 % — соматизована, 30,20 % — фобічна та 29,10 % — ажитована форми депресії.

В цій групі хворих в результаті лікування Когніфеном спостерігалась редукція всіх форм депресивних проявів у середньому в 1,5 раза: вірогідно зменшились прояви фобічної ( $t = 3,934, p \leq 0,0001$ ), гальмівної ( $t = 3,555, p \leq 0,001$ ), ажитованої ( $t = 3,678, p \leq 0,0001$ ) та соматизованої депресії ( $t = 2,770, p \leq 0,01$ ).

Таблиця 1. Вплив Когніфену на динаміку вираженості форм депресії при різних деменціях (за результатами шкали Гамільтона)

	Вираженість симптоматики, %		t-value	p
	до лікування	після лікування		
<b>Деменція внаслідок хвороби Альцгеймера</b>				
Гальмівна депресія	39,510*	21,818*	4,675	0,0001
Ажитована депресія	33,974*	15,000*	5,368	0,0001
Фобічна депресія	33,894*	16,250*	4,967	0,0001
Соматизована депресія	26,923**	18,125**	2,160	0,036
<b>Судинна деменція</b>				
Гальмівна депресія	36,580***	25,073***	3,555	0,001
Ажитована депресія	29,101*	17,921*	3,678	0,0001
Фобічна депресія	30,208*	18,347*	3,934	0,0001
Соматизована депресія	31,250**	22,177**	2,770	0,007
<b>Змішана деменція</b>				
Гальмівна депресія	39,015****	28,693****	3,309	0,002054
Ажитована депресія	31,019****	21,181****	3,304	0,002083
Фобічна депресія	30,729***	20,313***	3,340	0,001887
Соматизована депресія	33,854**	25,781**	2,151	0,037925

Примітка: \* —  $p \leq 0,0001$ ; \*\* —  $p \leq 0,05$ ; \*\*\* —  $p \leq 0,001$ ; \*\*\*\* —  $p \leq 0,0025$

До лікування у пацієнтів зі змішаним типом деменції переважав гальмівний ( $39,01 \pm 9,87$ ) % і соматичний ( $33,85 \pm 12,62$ ) % типи депресивного порушення, також були виражені ажитована ( $31,01 \pm 8,81$ ) % та фобічна ( $30,72 \pm 9,74$ ) % депресії.

Після лікування Когніфеном хворих на змішані деменції спостерігалась редукція депресивних порушень в середньому в 1,4 раза, що проявлялось в зменшенні показників гальмівної ( $t = 3,309$ ,  $p \leq 0,0025$ ), соматизованої ( $t = 2,151$ ,  $p \leq 0,05$ ), ажитованої ( $t = 3,304$ ,  $p \leq 0,0025$ ) і фобічної ( $t = 3,340$ ,  $p \leq 0,001$ ) депресії.

Отже, отримані дані довели, що Когніфен позитивно впливає на редукцію різних депресивних проявів при всіх типах деменції, однак найвищу ефективність препарат демонструє при купіруванні ознак тривоги, ажитації та страхів у хворих з деменцією при хворобі Альцгеймера.

Для більш докладної оцінки впливу Когніфену на динаміку депресивної симптоматики при різних типах деменцій був проведений аналіз динаміки окремих симптомів депресії під впливом Когніфену, результати якого наведені в таблиці 2.

До лікування хворі на деменцію, зумовлену хворобою Альцгеймера, характеризувались, насамперед, зниженням активності та продуктивності діяльності ( $3,46 \pm 0,76$ ) і загальмованістю ( $2,00 \pm 0,97$ ), яка сполучалась зі збудженістю ( $2,61 \pm 1,29$ ), наявністю психічної та соматичної тривоги ( $1,92 \pm 1,41$  та  $1,46 \pm 0,85$  бала відповідно) та депресивним настроєм ( $1,46 \pm 1,30$ ). Найменш вираженими були obsесивно-компульсивні симптоми ( $0,38 \pm 0,75$ ), добові коливання ( $0,46 \pm 0,76$ ), симптоми дереалізації/деперсоналізації ( $0,53 \pm 0,94$ ) та проблеми, пов'язані з травною системою ( $0,53 \pm 0,64$ ).

Після лікування Когніфеном спостерігалась позитивна динаміка, що полягала у редукції усіх депресивних симптомів, особливо суттєво знизились збудженість ( $0,80 \pm 0,89$ ,  $t = 5,346$ ,  $p \leq 0,0001$ ), психічна та соматична тривога ( $0,70 \pm 0,65$ ,  $t = 3,580$ ,  $p \leq 0,001$  та  $1,00 \pm 0,45$ ,  $t = 2,171$ ,  $p \leq 0,05$ , відповідно), загальмованість ( $1,40 \pm 0,82$ ,  $t = 2,205$ ,  $p \leq 0,05$ ) та суїцидальні наміри ( $0,10 \pm 0,30$ ,

$t = 2,659$ ,  $p \leq 0,01$ ), відновилась активність ( $2,30 \pm 1,30$ ,  $t = 3,792$ ,  $p \leq 0,0005$ ), підвищився апетит ( $0,20 \pm 0,41$ ,  $t = 2,0422$ ,  $p \leq 0,05$ ), зникли проблеми, пов'язані з втратою анамнестичної та фактичної маси тіла ( $0,40 \pm 0,82$ ,  $t = 2,528$ ,  $p \leq 0,01$ ) та ( $0,20 \pm 0,61$ ,  $t = 2,407$ ,  $p \leq 0,025$ ) відповідно), поліпшилось засинання ( $0,20 \pm 0,61$ ,  $t = 2,794$ ,  $p \leq 0,01$ ), редукувались іпохондричні, генітальні та паранояльні симптоми ( $0,30 \pm 0,65$ ,  $t = 2,248$ ,  $p \leq 0,05$ ;  $0,20 \pm 0,61$ ,  $t = 2,048$ ,  $p \leq 0,05$  та  $0,10 \pm 0,30$ ,  $t = 3,004$ ,  $p \leq 0,005$ ), відповідно.

Треба наголосити, що сумарний бал за шкалою Гамільтона до лікування складав 27,30 бала, що відповідало тяжкому рівню депресивних порушень, а після застосування Когніфену цей показник знизився та становив 11,17 бала, що відповідало легкому рівню депресивних порушень. При цьому різниці були вірогідні на рівні  $t = 6,148$ ,  $p \leq 0,0001$ .

У пацієнтів з судинною деменцією найбільш вираженими були такі симптоми депресії як втрата активності та зниження продуктивності ( $3,24 \pm 1,08$ ), загальмованість ( $1,90 \pm 0,93$ ), збудження ( $1,67 \pm 1,51$ ), поєднане з соматичною та психічною тривогою ( $1,52 \pm 1,06$ ) та ( $1,43 \pm 1,27$ ) відповідно, почуттям провини ( $1,38 \pm 1,55$ ) та підвищеною підозрілістю (паранояльність —  $1,38 \pm 1,51$ ). Найменш вираженими порушеннями були obsесивно-компульсивні симптоми ( $0,14 \pm 0,47$ ), анамнестична втрата маси тіла ( $0,57 \pm 0,80$ ), симптоми дереалізації/деперсоналізації ( $0,62 \pm 0,91$ ), вираженість добових коливань ( $0,71 \pm 0,64$ ).

Після лікування Когніфеном спостерігалась виражена позитивна динаміка практично за всіма показниками депресивних проявів. Суттєво знизилось почуття провини ( $0,67 \pm 1,15$ ,  $t = 2,144$ ,  $p \leq 0,05$ ), проблеми з втратою маси тіла ( $0,40 \pm 0,72$ ,  $t = 2,127$ ,  $p \leq 0,05$ ), поліпшилась якість сну та пробудження ( $0,67 \pm 0,61$ ,  $t = 3,235$ ,  $p \leq 0,001$ ) та ( $0,40 \pm 0,72$ ,  $t = 2,587$ ,  $p \leq 0,01$ , відповідно), редукувались збудження ( $0,73 \pm 0,69$ ,  $t = 3,168$ ,  $p \leq 0,0001$ ), психічна тривога ( $0,67 \pm 0,80$ ,  $t = 2,897$ ,  $p \leq 0,01$ ), іпохондричні симптоми ( $0,67 \pm 1,09$ ,  $t = 2,067$ ,  $p \leq 0,05$ ), підозрілість ( $0,53 \pm 1,11$ ,  $t = 2,618$ ,  $p \leq 0,01$ ) та симптоми дереалізації/деперсоналізації ( $0,07 \pm 0,25$ ,  $t = 3,234$ ,  $p \leq 0,0001$ ).

Таблиця 2. Вплив Когніфену на депресивну симптоматику при різних формах деменції (за результатами шкали Гамільтона, бали)

Найменування показників	Деменція при хворобі Альцгеймера		Судинні деменції		Змішані деменції	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Депресивний настрій	1,46	1,00	1,52	1,20	2,00	1,12*
Почуття провини	1,23	0,60	1,38	0,67*	1,41	0,75
Суїцидальні наміри	0,92	0,10*	0,81	0,87	1,00	0,37*
Інсомнія рання	0,84	0,20*	0,81	0,67	0,66	0,75
Інсомнія середня	0,69	0,30	1,24	0,67*	1,16	0,87
Інсомнія пізня	1,00	0,60	0,90	0,40*	0,91	0,62
Робота та діяльність	3,46	2,30*	3,24	2,73	3,08	2,87
Загальмованість	2,00	1,40*	1,90	1,33*	2,66	2,25
Збудженість	2,61	0,80*	1,67	0,73*	1,16	0,87
Психічна тривога	1,92	0,70*	1,43	0,67*	1,25	1,25
Соматична тривога	1,46	1,00*	1,52	1,47	2,16	1,50
Травні соматичні порушення	0,53	0,20*	0,76	0,73	0,75	0,25*
Загальні соматичні симптоми	1,15	1,00	1,33	1,13	1,41	1,12
Генітальні симптоми	0,69	0,20*	1,05	0,80	0,83	0,62
Іпохондричний розлад	1,00	0,30*	1,24	0,67*	1,66	0,62*
Втрата маси тіла	1,07	0,40*	0,81	0,40*	0,58	0,50
Втрата маси тіла (фактична)	0,76	0,20*	0,57	0,27	0,41	0,12
Критичність	1,38	1,10	0,95	0,60	1,25	0,62*
Добові коливання	0,46	0,20	0,81	0,60	0,75	0,37
Добові коливання (ступінь)	0,53	0,20	0,71	0,47	1,00	0,37*
Деперсоналізація/дереалізація	0,53	0,30	0,62	0,07*	0,83	0,62
Параноїдні симптоми	1,15	0,10*	1,38	0,53*	1,41	0,62
Обсесивні та компульсивні симптоми	0,38	0,20	0,14	0,00	0,33	0,12
Сумарний бал	27,30	11,17*	26,81	12,62*	28,70	12,83*

Примітка: \* — різниця вірогідна на рівні  $p \leq 0,05$

Оцінка середнього показника тяжкості депресивних проявів показала, що у хворих на судинні деменції до лікування цей показник дорівнював 26,81 бала, що відповідало помірному рівню депресивних порушень. Після лікування цей показник суттєво знизився до легкого рівня ( $12,62 \pm 10,33$ ,  $t = 6,031$ ,  $p \leq 0,0001$ ).

До лікування хворі зі змішаним типом деменції характеризувалися, насамперед, зниженням працездатності та активності ( $3,08 \pm 0,88$ ), загальмованістю ( $2,66 \pm 1,20$ ), вираженістю соматичної тривоги ( $2,16 \pm 1,17$ ), депресивного настрою ( $2,00 \pm 1,10$ ), наявністю іпохондричних, параноїдних та соматичних симптомів ( $1,66 \pm 1,27$ ,  $1,41 \pm 1,41$  та  $1,41 \pm 0,50$ , відповідно) та почуття провини ( $1,41 \pm 1,47$ ). Найменш притаманними хворим цієї групи були обсесивно-компульсивні симптоми ( $0,33 \pm 0,64$ ), труднощі при засинанні та проблеми з втратою маси тіла ( $0,66 \pm 0,87$  та  $0,41 \pm 0,65$ , відповідно).

Після застосування Когніфену для лікування деменцій змішаного типу було встановлено, що Когніфен позитивно впливає на редукцію практично всіх депресивних проявів, особливо позитивна динаміка виявлялася в поліпшенні настрою ( $1,12 \pm 0,81$ ,  $t = 2,720$ ,  $p \leq 0,01$ ), зменшенні суїцидальних намірів ( $0,37 \pm 0,72$ ,  $t = 1,997$ ,  $p \leq 0,05$ ), поліпшенні апетиту ( $0,25 \pm 0,45$ ,  $t = 2,426$ ,  $p \leq 0,025$ ), редукції іпохондричних симптомів ( $0,62 \pm 1,02$ ,  $t = 2,731$ ,  $p \leq 0,01$ ), зменшенні вираженості добових коливань ( $0,37 \pm 0,50$ ,  $t = 2,449$ ,  $p \leq 0,01$ ) та підвищенні критичності ( $0,62 \pm 0,72$ ,  $t = 2,424$ ,  $p \leq 0,025$ ).

Треба наголосити, що до лікування в групі хворих зі змішаними деменціями сумарний показник вираженості депресивних проявів становив 28,75 бала, що відповідало тяжкому рівню депресивних порушень. Після лікування Когніфеном цей показник суттєво зменшився та став дорівнювати 12,83 бала, що відповідало легкому рівню вираженості депресивних порушень ( $t = 6,240$ ,  $p \leq 0,0001$ ).

Для оцінювання ефективності використання Когніфену для редукції суїцидального ризику був проведений аналіз суїцидального ризику до та після лікування при різних типах деменції (рис. 2).

До лікування в групі хворих з деменцією, що зумовлена хворобою Альцгеймера, рівень суїцидального ризику дорівнював 21,15 бала, що відповідало низькому рівню суїцидального ризику. Після лікування Когніфеном рівень суїцидального ризику знизився до 19,8 бала, але суттєвих різниць визначено не було.

При змішаній деменції до лікування рівень суїцидального ризику був низьким ( $20,38 \pm 8,77$ ) бала, а після лікування Когніфеном він збільшився до 23,0 балів, але ці зміни не були вірогідно значущими.

Рівень суїцидального ризику до лікування в групі хворих зі змішаним типом деменції дорівнював 22,58 бала, що також відповідало низькому рівню суїцидального ризику. Застосування Когніфену сприяло незначному зниженню цього показника ( $21,14 \pm 2,51$ ) бала, але розходження не досягали суттєвого значення.

Рівень суїцидального ризику, бали



Рис. 2. Вплив Когніфену на динаміку суїцидального ризику при різних типах деменцій

Отже, результати проведеного аналізу дозволили довести, що застосування Когніфену позитивно впливає на ризик суїциду у пацієнтів з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера та змішаною деменцією (за даними тесту Гамільтона), також відзначається позитивна динаміка показника за результатами тесту вираженості суїцидального ризику, хоча вірогідних різниць не встановлено.

Також аналізували вплив Когніфену на динаміку самосвідомості смерті при різних типах деменцій (рис. 3).

Рівень самосвідомості смерті, бали

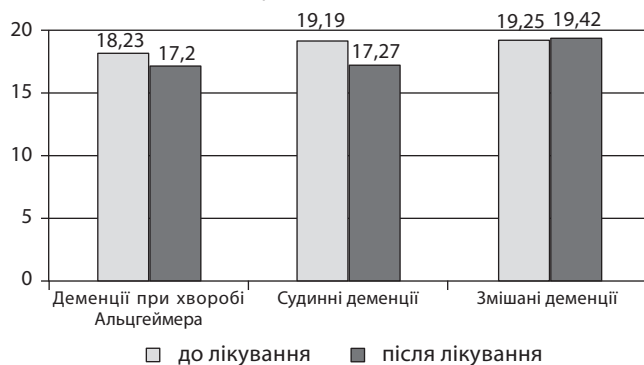


Рис. 3. Вплив Когніфену на динаміку самосвідомості смерті при різних типах деменцій

Зокрема, при хворобі Альцгеймера до лікування спостерігався низький рівень самосвідомості смерті ( $18,23 \pm 4,38$ ) бала, що найімовірніше, свідчило про зниження критичності цієї категорії хворих, що виражалось в знеціненні життя та спотворенні почуття страху перед смертю. Після лікування Когніфеном показник самосвідомості смерті декілька знизився ( $17,20 \pm 4,46$ ) бала, але суттєвих різниць встановлено не було.

Схожа тенденція спостерігалась в групі хворих на судинні деменції: до лікування показник самосвідомості смерті був низьким та дорівнював 19,19 бала. Після лікування він також знизився до 17,27 бала, але ці зміни були несуттєвими.

При деменціях змішаного типу показник самосвідомості смерті до та після лікування характеризувався низькими значеннями — ( $19,25 \pm 4,85$ ) та ( $19,42 \pm 2,65$ ) бала відповідно та відсутністю суттєвої динаміки.

Проведений аналіз дозволив довести, що застосування Когніфену майже не впливає на самосвідомість смерті пацієнтів з різними типами деменцій.

Отже, результати проведеного аналізу довели, що Когніфен позитивно впливає на редукцію різноманітної депресивної симптоматики при різних видах деменцій та знижує рівень депресії з важкого і помірного до легкого.

1. Доведено, що застосування Когніфену позитивно впливає на редукцію депресивної симптоматики, що виражалось у зменшенні показників гальмівної ( $t = 4,539, p \leq 0,0001$ ), ажитованої ( $t = 4,792, p \leq 0,0001$ ), фобічної ( $t = 4,792, p \leq 0,0001$ ) та соматизованої ( $t = 2,993, p \leq 0,005$ ) депресії, незалежно від типу деменції, та у зниженні рівня вираженості депресії з важкого і помірного до легкого. Однак найефективніше препарат діє на симптоми ажитації, тривоги та страху у хворих з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера.

2. Встановлено специфіку впливу Когніфену при різних типах деменції:

— при деменціях, зумовлених хворобою Альцгеймера: Когніфен впливав на редукцію збудженості ( $t = 5,346, p \leq 0,0001$ ), психічної ( $t = 3,580, p \leq 0,001$ ) та соматичної ( $t = 2,171, p \leq 0,05$ ) тривоги, загальмованості ( $t = 2,205, p \leq 0,05$ ) та суїцидальних намірів ( $t = 2,659, p \leq 0,01$ ), іпохондричних ( $t = 2,248, p \leq 0,05$ ), генітальних ( $t = 2,048, p \leq 0,05$ ) та паранояльних ( $t = 3,004, p \leq 0,005$ ) симптомів, проблем, пов'язаних із втратою маси тіла ( $t = 2,528, p \leq 0,01$ ), а також на відновлення активності ( $t = 3,792, p \leq 0,0005$ ), апетиту ( $t = 2,0422, p \leq 0,05$ ) та засинання ( $t = 2,794, p \leq 0,01$ ).

— при судинних деменціях: суттєво знизилось почуття провини ( $t = 2,144, p \leq 0,05$ ), проблеми з втратою маси тіла ( $t = 2,127, p \leq 0,05$ ), поліпшилась якість сну ( $t = 3,235, p \leq 0,001$ ) та пробудження ( $t = 2,587, p \leq 0,01$ ), редукувались збудження ( $t = 3,168, p \leq 0,0001$ ), психічна тривога ( $t = 2,897, p \leq 0,01$ ), іпохондричні симптоми ( $t = 2,067, p \leq 0,05$ ), підозрілість ( $t = 2,618, p \leq 0,01$ ) та симптоми дереалізації/деперсоналізації ( $t = 3,234, p \leq 0,0001$ ).

— при деменціях змішаного типу: Когніфен позитивно впливає на редукцію депресивного настрою ( $t = 2,720, p \leq 0,01$ ), суїцидальних намірів ( $t = 1,997, p \leq 0,05$ ), іпохондричних симптомів ( $t = 2,731, p \leq 0,01$ ), зменшення вираженості добових коливань ( $t = 2,449, p \leq 0,01$ ), підвищення критичності ( $t = 2,424, p \leq 0,025$ ) та поліпшення апетиту ( $t = 2,426, p \leq 0,025$ ).

3. Встановлено, що після лікування Когніфеном у хворих з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера та змішаного типу відбулося вірогідне зменшення суїцидальних проявів (антивітальних висловлювань, думок, намірів, спроб) на рівні  $p \leq 0,05$ .

Отже, Когніфен можна рекомендувати для купірування коморбідної депресивної симптоматики у хворих з деменціями, що дозволяє уникнути поліпрагмазії та додаткового призначення антидепресантів та транквілізаторів.

#### Список літератури

1. Бачинская Н. Ю., Копчак О. О. Холинергическая стратегия в терапии когнитивных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста // Международный неврологический журнал. 2014. № 2 (64). С. 84—92.
2. Петрюк П. Т., Якушенко И. А. Проблемы депрессии у больных с сосудистыми деменциями [Электронный ресурс] // Новости украинской психиатрии. 2010. Режим доступа : [http://www.psychiatry.ua/articles/paper\\_341.htm](http://www.psychiatry.ua/articles/paper_341.htm).
3. Behavioral and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study /

E. L. Sampson, N. White, B. Leurent, [et al.] // The British Journal of Psychiatry. 2014. Vol. 205 (3). P. 189—196.

4. Дубенко А. Е., Коростий В. И. Депрессия и деменция: коморбидность, дифференциальная диагностика и тактика ведения пациентов // НейроNews. 2014. № 1. С. 22—27.

5. Мудренко І. Г. До актуальності проблеми суїцидальної поведінки у хворих з деменціями // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 112—113.

6. Левин О. С., Васенина Е. Е. Депрессия и деменция у пожилых: диагностические и терапевтические аспекты // Фарматека. 2012. № 19. С. 76—80.

7. Apostolova L., Cummings J. Psychiatric manifestations of dementia // Continuum. 2007. Vol. 13. P. 56—65.

8. Maruta N., Mudrenko I. Predictors of a suicidal behavior in patients with dementia: 25<sup>th</sup> European congress of psychiatry // European Psychiatry. 2017. 41S. S. 365.

9. Левин О. С. Депрессия и деменция у пожилых пациентов // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012. № 4. С. 39—44.

10. Potter G. G., Steffens D. C. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults // Neurologist. 2007. Vol. 13. P. 105—117.

11. Мищенко Т. С., Мищенко В. М., Здесенко И. В. Когніфен в постинсультній реабілітації больных // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 3 (88). С. 89—96.

Надійшла до редакції 28.07.2017 р.

**МУДРЕНКО Ірина Григорівна**, кандидат медичних наук, асистент кафедри нейрохірургії та неврології медичного інституту Сумського державного університету, м. Суми, Україна; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

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

УДК 616.89-008.447-092

*Г. Я. Пилягіна*

## ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ФОРМЫ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ\*

*Г. Я. Пилягіна*

### Особливості патогенезу еквівалентної форми саморуйнівної поведінки

*Н. Ya. Pyliahina*

### Pathway aspects of equivalent form of self-destructive behaviour

В статье рассмотрены патогенетические особенности формирования эквивалентной формы саморазрушающего поведения (ЭквСрПв). Представлены основные положения терминологического понятия ЭквСрПв, а также описан вклад аутодеструктивных копинг-стратегий и механизма смещенной активности в формирование ЭквСрПв. На основе анализа клинических примеров показаны особенности системной диагностики и принципов терапии ЭквСрПв.

**Ключевые слова:** саморазрушающее поведение, эквивалентная форма саморазрушающего поведения, психические расстройства, девиантные детско-родительские отношения

У статті розглянуті патогенетичні особливості формування еквівалентної форми саморуйнівної поведінки (ЕквСрПв). Наведені основні положення термінологічного поняття ЕквСрПв, а також описаний внесок аутодеструктивних копинг-стратегій і механізму зміщеної активності в формування ЕквСрПв. На ґрунті аналізу клінічних прикладів показані особливості системної діагностики і принципів терапії ЕквСрПв.

**Ключові слова:** саморуйнівна поведінка, еквівалентна форма саморуйнівної поведінки, психічні розлади, девіантні дитячо-батьківські відносини

There are different aspects of pathway of self-destructive behavior equivalent form (EqvSDB) described in article. Terminological concept of EqvSDB is determined. Engagement of self-destructive coping strategy and displacement mechanism include in of EqvSDB description. Clinical examples help to understand system diagnostic approach and therapy principles to EqvSDB.

**Keywords:** self-destructive behaviour, self-destructive equivalents, mental disorders, deviant child-parental mutual relations

Значимость проблем саморазрушающего поведения (СрПв) очевидна в связи с постоянным повсеместным высоким уровнем как самоубийств, так и суицидальных попыток. Основная лечебно-профилактическая работа в суицидологии в Украине, несмотря на ее реальную неадекватность и несоответствие актуальности данной проблемы, направлена на суицидентов, совершивших самоповреждающие действия. Такие внешние проявления СрПв, а также суицидальные мысли (внутренняя форма СрПв) [1—3] большинство психиатров и психологов рассматривают как основные проявления аутодеструктивной активности. Такая профессиональная позиция приводит к тому, что многочисленные и самые разнообразные эквивалентные формы саморазрушения, приносящие существенный ущерб личности и обществу, остаются вне поля зрения клиницистов. Кроме того, в отношении эквивалентных проявлений СрПв практически не разработаны концептуальные модели их этио-

патогенеза именно как вариантов аутодеструктивной активности. Чаще всего аутодеструктивные эквиваленты, варианты эквивалентной формы СрПв (ЭквСрПв) относят к другим психическим и поведенческим нарушениям (например, так расценивают синдромы химической зависимости), либо рассматривают их как неболезненные, социально приемлемые и одобряемые формы поведения (например, к таким вариантам можно отнести «работоголизм», профессии, связанные с обязательным жизненным риском и т. д.). Хотя к ЭквСрПв можно отнести практически все варианты психических и поведенческих расстройств, так как все они включают в свой патогенез различные виды смещенной активности. Однако в реальной существующей практике оказания помощи больным саморазрушающей сущностью психических и поведенческих нарушений, их этиопатогенетическая сущность как ЭквСрПв чаще всего просто игнорируется.

Однако в начале обсуждения необходимо обсудить используемую терминологию.

Итак, эквивалентная форма СрПв — это любые осознанные действия или стратегии поведения, которые находят под волевым контролем, но продвигают индивида к более ранней физической смерти, вопреки

\* Данное сообщение основано на материалах монографии Г. Я. Пилягіна «Саморазрушающее поведение: феноменология, принципы патогенетической динамики и диагностики».