

Мудренко И.Г.

Сумской государственный университет, медицинский институт, Сумы, Украина

Mudrenko I.

Sumy State University, Medical Institute, Sumy, Ukraine

Эффективность Когнифена в лечении деменций

Effectiveness of cogniphen when treating dementia

Резюме

Поиск эффективных средств лечения деменции является приоритетным в области психиатрии. Статья посвящена изучению клинической эффективности препарата Когнифен у пациентов с деменциями. Данный лекарственный препарат содержит ноофен и нейромидин, таким образом, действует как ноотроп с седативным действием и антихолинэстеразное средство. Доказано положительное влияние препарата на высшие корковые функции (праксис, чтение, способность к ориентированию), повседневную активность пациентов, уменьшение депрессивных, параноидных, ипохондрических проявлений, тревоги, агитации, обсессивно-компульсивных симптомов, бессонницу. Прием Когнифена безопасен для данной категории пациентов и позволяет избежать назначения нейролептиков и транквилизаторов для купирования коморбидной психопатологической симптоматики.

Ключевые слова: деменция, когнитивный дефицит, Когнифен, депрессия, способность к самообслуживанию.

Abstract

Finding effective means of treating dementia is a priority in the field of psychiatry. The article is devoted to studying clinical effectiveness of Cogniphen in patients with dementia. Given medication contains noobut and neuromidin, so works as nootropics with sedative action and anticholinesterase drug. Positive effect of the drug on higher cortical functions (praxis, reading, orientation ability), daily activity of patients, reduction of depressive, paranoid, hypochondriac, obsessive-compulsive symptoms, anxiety, agitation, insomnia, is proved. Taking Cogniphen is safe for these patients and it allows to avoid appointment of neuroleptics and tranquilizers for reduction of comorbid psychopathological symptoms.

Keywords: dementia, cognitive deficit, Cogniphen, depression, ability to self-care.

■ ВВЕДЕНИЕ

Актуальность изучаемой темы обусловлена значительным ростом уровня деменций в мире во второй половине 20-го и в начале 21-го века. Деменция является основной причиной потери трудоспособности после онкозаболеваний и поражений спинного мозга и отнимает 11,2% лет трудоспособного периода лиц старше 60 лет [1–5].

Материальные затраты на лечение и уход за пациентами с деменцией исключительно высоки и характеризуются тенденцией к дальнейшему росту. В 2010 году общие глобальные социальные расходы на деменцию оценивались в 604 млрд долларов США и вдвое превышали потери от сердечно-сосудистых и онкозаболеваний [2, 3, 6, 7].

Эта проблема также актуальна и для Украины, в которой количество страдающих деменцией прогрессивно увеличивается. Деменция в основном поражает людей старшего возраста, однако растет число случаев возникновения этого состояния в возрасте до 65 лет [5, 7, 8, 9].

По данным института геронтологии, распространенность деменции в Украине среди лиц старше 60 лет составляет 10,4% [5, 10]. Так, по данным официальной статистики, в нашей стране зарегистрировано 62 180 пациентов со всеми видами деменции, что составляет 133,8 на 100 тыс. населения [1–5, 7, 11].

Наиболее частыми причинами развития деменции являются болезнь Альцгеймера, сосудистые поражения головного мозга, нейродегенеративные заболевания (болезнь Паркинсона, деменция с тельцами Леви, болезнь Гентингтона и др.). Около 80% всех случаев составляют деменции при болезни Альцгеймера и цереброваскулярной патологии и их сочетания [2, 4, 6, 12].

В современных исследованиях доказана тесная связь когнитивных расстройств при деменциях с широким кругом психопатологических синдромов и поведенческих расстройств. У пациентов с деменцией зачастую обнаруживаются депрессия и тревога. У данной категории пациентов симптомы тревоги встречаются в 5 раз чаще, чем у лиц пожилого возраста без деменции [1, 7, 9].

Так, при первично-дегенеративных деменциях депрессивные проявления диагностируются в 20–30%, а при сосудистой (мультиинфарктной) деменции – в 25–30% случаев [10, 12].

Наличие коморбидной психопатологической симптоматики при деменции является прогностически неблагоприятным признаком ограничения активности в повседневной жизни, инвалидизации и скорой смерти [7, 9, 12]. Анализ научных данных показывает, что в настоящее время отсутствуют разработанные меры медицинской и психосоциальной реабилитации дементных пациентов с суицидальными проявлениями и коморбидной психопатологической симптоматикой.

Необходимость изучения указанных вопросов обосновывает актуальность нашего исследования. Нами проверена с этой целью эффективность комбинированного лекарственного средства с ноотропным и седативным эффектом Когнифен, содержащего в своем составе фенибут и ипидакрин.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение эффективности применения препарата Когнифен у пациентов с деменциями по сравнению с традиционной схемой лечения согласно существующим протоколам.

Для достижения цели сформулированы следующие задачи:

1. Исследовать степень когнитивного дефицита в динамике лечения в сравнительных группах.

2. Определить влияние Когнифена на степень социального функционирования и способность к самообслуживанию пациентов с деменциями.
3. Изучить влияние Когнифена на коморбидную депрессивную симптоматику пациентов с деменциями.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего обследовано 147 пациентов на базе Сумского областного клинического психоневрологического диспансера им. Спивака, Сумского областного клинического госпиталя для ветеранов войны, Гериатрического пансионата, Четвертой городской больницы г. Сумы. Из них 107 пациентов прошли курс лечения Когнифеном (I группа), а 40 пациентов лечились согласно существующим протоколам (II группа). Повторное обследование пациенты проходили через месяц. Предложена следующая схема приема препарата: I неделя – по 1 капсуле 2 раза в день, II неделя – по 1 капсуле 3 раза в день, III–IV недели – по 2 капсулы 2 раза в день. Контрольное обследование прошли 132 пациента: 93 человека, лечившихся Когнифеном, и 39 человек, лечившихся по традиционной схеме. Остальные пациенты выбыли из исследования по разным причинам. Диагностика расстройств психики и поведения проводилась в соответствии с МКБ-10. От пациентов и их опекунов получено согласие на проведение диагностики и лечения. Лечение проводилось препаратом АО «Олайнфарм» Когнифен, одна капсула содержит фенибута 300 мг и ипидакрина (Нейромидин) 5 мг. Препарат применяют при заболеваниях нервной системы с нарушением когнитивных функций и процессов нервно-мышечной передачи: когнитивных расстройствах сосудистого, нейродегенеративного, посттравматического и другого генеза, инволюционных процессах у людей пожилого и старческого возраста, при трудностях в обучении и хронической недостаточности мозгового кровообращения [2].

Пациенты II группы получали базовое лечение сосудистыми, нейрометаболическими витаминными препаратами без применения ноотропов, антихолинэстеразных препаратов, нейролептиков, антидепрессантов и транквилизаторов.

Пациенты I группы распределились следующим образом: на первом месте деменция вследствие болезни Альцгеймера – 32 пациента (29,9%), сосудистая – 42 пациента (39,2%), смешанная (сосудистая и вследствие болезни Альцгеймера) – 33 пациента (30,8%). Пациенты с другими видами деменции (посттравматической, вследствие болезни Пика) исключены из исследования в связи с небольшой численностью случаев.

Использовались следующие методы исследования: шкала MMSE; клиническая рейтинговая шкала деменции (CDR), шкала определения выраженности суицидального риска, шкала определения самосознания смерти, шкала Гамильтона для оценки депрессии, тест Бартела, опросник Басса–Дарки, метод статистической обработки результатов.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты оценки когнитивных способностей по тесту MMSE в динамике лечения отражены на рисунке 1–4. Так, было установлено, что в I группе до лечения у большинства пациентов (54,35±8,16) % определял-



Рис. 1. Выраженность деменции у пациентов с деменцией до и после лечения Когнифеном

сы умеренный уровень выраженности деменции (рис. 1а). Тяжелый уровень деменции наблюдался у 19,57% пациентов, легкий уровень деменции был установлен у 13,04% пациентов, отдельные признаки деменции определялись у 13,04% пациентов. После прохождения курса лечения Когнифеном количество пациентов с умеренным (42,42±10,06) % и тяжелым (15,15±4,36) % уровнями деменции уменьшилось, а количество пациентов с легким уровнем деменции (24,24±6,59) % увеличилось (рис. 1б).

Во II группе до лечения определялись следующие особенности когнитивных нарушений: у 50,00% пациентов был установлен тяжелый уровень деменции, у 25,00% – умеренный уровень деменции, у 15,00% – легкий уровень деменции и у 10,00% пациентов определялись только отдельные признаки деменции (рис. 2а). После прохождения

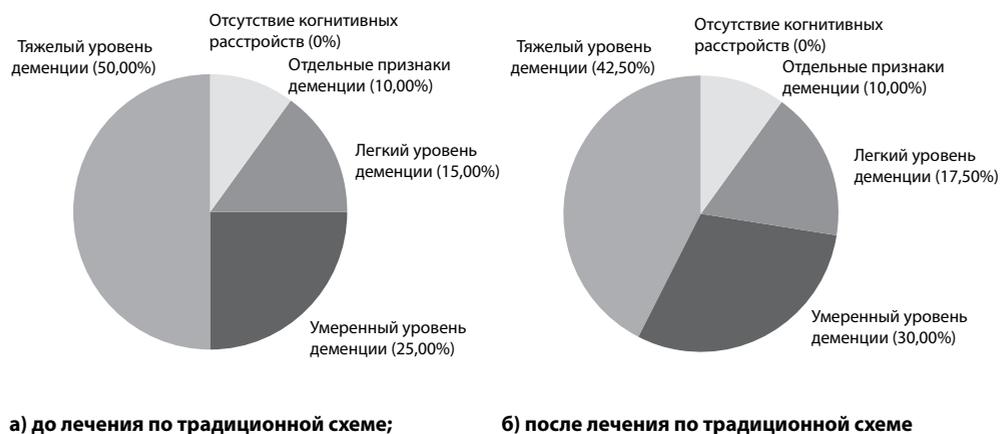


Рис. 2. Выраженность деменции у пациентов с деменцией до и после лечения по традиционной схеме

курса лечения по традиционной схеме было определено, что количество пациентов с тяжелым уровнем деменции ($42,50 \pm 8,48$) % снизилось, а количество пациентов с умеренным и легким уровнем деменции – увеличилось ($30,00 \pm 6,61$) % и ($17,50 \pm 4,18$) % соответственно (рис. 26).

То есть была установлена положительная динамика когнитивных функций при лечении как Когнифеном, так и по традиционной схеме, заключающаяся в уменьшении выраженности когнитивного дефицита в обеих группах. Полученные данные не позволили оценить эффективность лечения Когнифеном, поскольку достоверные различия между группами не были определены. Поэтому для установления специфики влияния Когнифена на когнитивные функции пациентов был проведен более подробный анализ особенностей динамики отдельных когнитивных функций по данным теста MMSE.

Так, было установлено, что в I группе до лечения отмечались нарушения праксиса ($28,30 \pm 0,50$) %, ориентирования во времени ($36,40 \pm 1,89$) %, снижение кратковременной памяти ($18,33 \pm 0,86$) %, концентрации внимания и способности к счету ($34,78 \pm 1,79$) %. Эти показатели приобретали самые низкие значения и отражали дефицитарную специфику данного контингента пациентов (рис. 3). Такие процессы, как «чтение» ($53,25 \pm 0,80$) %, «ориентирование в месте» ($61,74 \pm 1,43$) % и «речь» ($68,1 \pm 1,87$) %, приобретали средние значения. Наименее затронутыми оказались такие функции, как «восприятие» ($88,33 \pm 0,92$) % и «выполнение команд» ($71,73 \pm 1,19$) %.

После лечения Когнифеном наблюдалась положительная динамика, которая проявлялась в достоверном улучшении праксиса ($45,50 \pm 0,51$) % ($t=2,497$, $p \leq 0,025$), чтения ($66,65 \pm 0,78$) % ($t=2,086$, $p \leq 0,05$) и ориентирования в месте ($75,16 \pm 1,41$) % ($t=2,067$, $p \leq 0,05$). Также определялась тенденция к улучшению других когнитивных функций: на 7,9% улучшилось ориентирование во времени, на 7,07% – выполнение команд, на 5,22% – концентрация внимания и способность считать, на 4,63% – речь и на 2,87% – память.

Во II группе до лечения наблюдались следующие когнитивные нарушения:

наиболее выраженными оказались нарушения праксиса ($10,30 \pm 0,31$) %, памяти ($12,6 \pm 0,91$) %, концентрации внимания и способности к счету ($18,98 \pm 1,64$) %, ориентирование во времени ($28,1 \pm 1,77$) %. Нарушения в ориентировании в месте ($42,7 \pm 1,76$) %, чтении ($44,85 \pm 0,91$) %, выполнении команд ($45,93 \pm 1,36$) %, речи ($55,56 \pm 1,30$) % и восприятии ($68,46 \pm 1,14$) % приобретали средние значения (рис. 4).

После лечения по традиционной системе во II группе отмечалось улучшение когнитивных функций: на 10,17% улучшилось восприятие, на 9,6% – исполнение команд, на 8,82% и 8,06% – ориентирование на месте и ориентация во времени и месте соответственно, на 5,33% и на 5,15% – память и чтение соответственно, на 4,77% – способность формулировать собственные мысли, на 3,22% – праксис и на 2,1% – концентрация внимания. Однако эти позитивные изменения не приобретали достоверных значений. Следовательно, по данным теста MMSE и результатам проведенного анализа можно сделать вывод, что Когнифен положительно влияет на такие когнитивные функции пациентов с деменцией, как праксис, чтение и ориентация в пространстве.

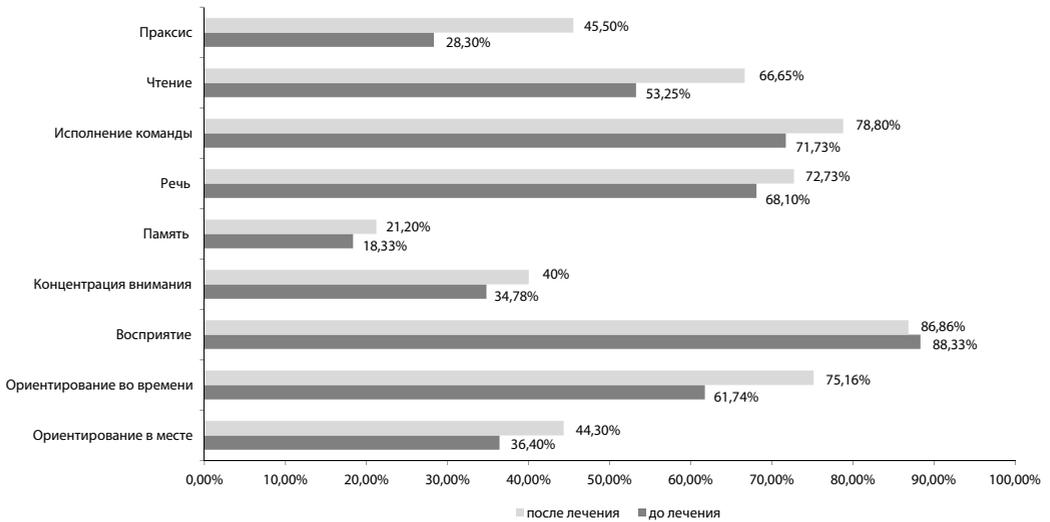


Рис. 3. Особенности когнитивных нарушений у пациентов с деменцией до и после лечения Когнифеном (по данным MMSE)

Динамика особенностей социального функционирования оценивалась по шкале Бартела, которая была направлена на определение субъективной оценки пациентом необходимости в уходе и способности самостоятельно справляться с жизненными заданиями: приемом пищи, гигиеническими процедурами, одеванием, передвижением и

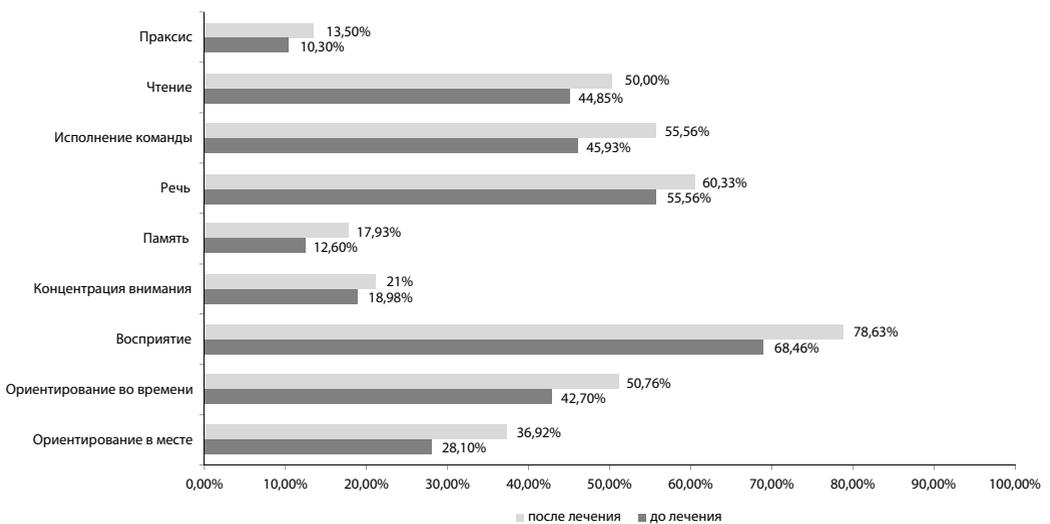


Рис. 4. Особенности когнитивных нарушений у больных деменцией до и после лечения по традиционной схеме (по данным MMSE)

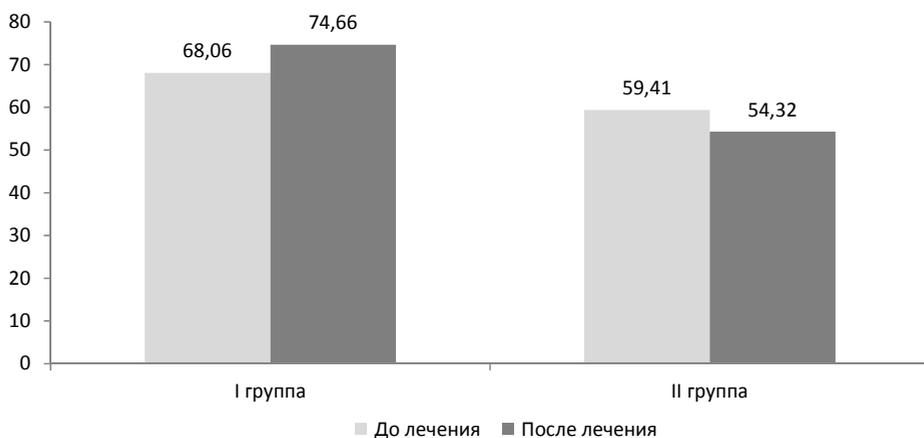


Рис. 5. Индекс активности повседневной жизни у пациентов с деменцией до и после лечения (по тесту Бартела)

т.д. (рис. 5). Так, до лечения в I группе индекс активности повседневной жизни составил 68,06 балла, что соответствовало умеренному уровню зависимости в повседневной жизни. После лечения Когнифеном этот индекс увеличился до 74,66 балла, однако достоверных различий не установлено.

Во II группе индекс активности повседневной жизни составил 59,41 балла, что соответствовало выраженному уровню зависимости от окружающих. После лечения по традиционной схеме этот показатель существенно не изменился и равняется 54,32 балла.

Следовательно, можно отметить, что использование Когнифена положительно влияет на активность пациентов в повседневной жизни, но эти изменения не приобретают достоверного значения.

Для оценки эффективности предложенной системы терапии была использована клиническая рейтинговая шкала деменции (CDR), кото-

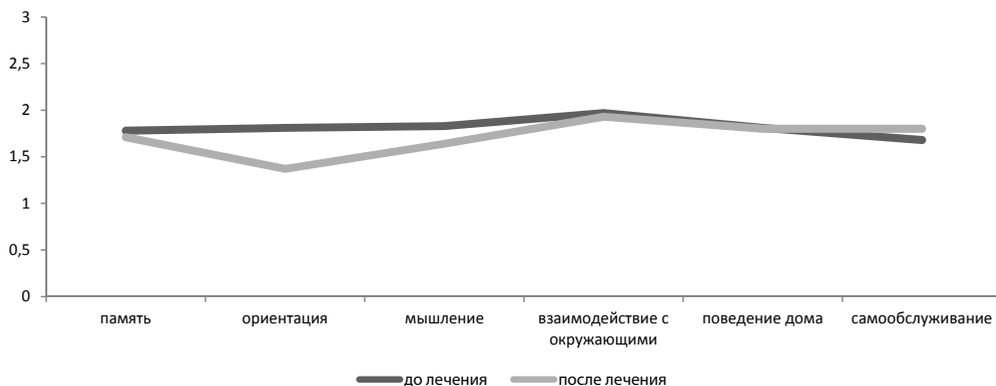


Рис. 6. Динамика выраженности нарушений социального функционирования у пациентов с деменциями до и после лечения Когнифеном (по результатам клинической рейтинговой шкалы деменции (CDR))

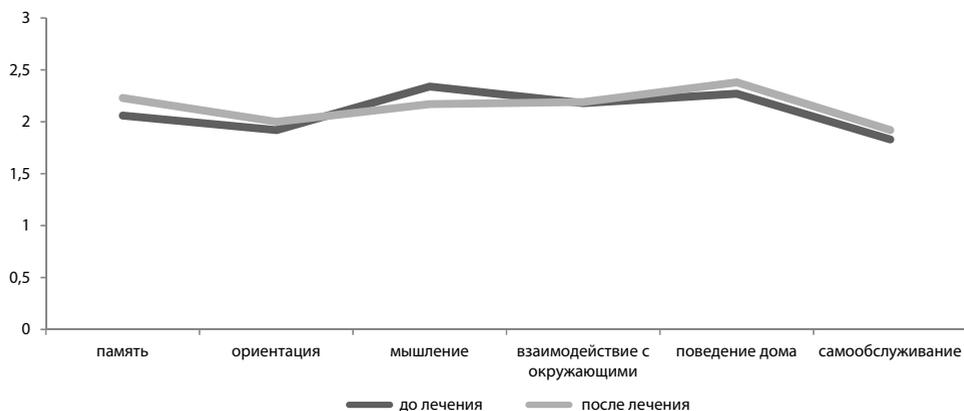


Рис. 7. Динамика выраженности нарушений социального функционирования у пациентов с деменциями до и после лечения по традиционной схеме (по результатам клинической рейтинговой шкалы деменции (CDR))

рая позволяет определить степень и специфику когнитивных нарушений у пациентов с деменцией. Так, было установлено, что до лечения пациенты I группы характеризовались умеренными нарушениями памяти ($1,78 \pm 0,85$), дезориентацией ($1,81 \pm 1,02$), умеренными трудностями при решении задач и анализе ($1,83 \pm 0,92$), потерей независимости вне дома ($1,97 \pm 0,91$), сужением интересов ($1,81 \pm 0,86$) и трудностями в самообслуживании ($1,68 \pm 0,90$) (рис. 6).

После лечения Когнифеном отмечалась положительная динамика в ориентировании ($1,37 \pm 1,01$): пациенты I группы стали достоверно лучше ориентироваться в месте и времени, но в незнакомой местности испытывали трудности ($t=1,975$, $p \leq 0,05$).

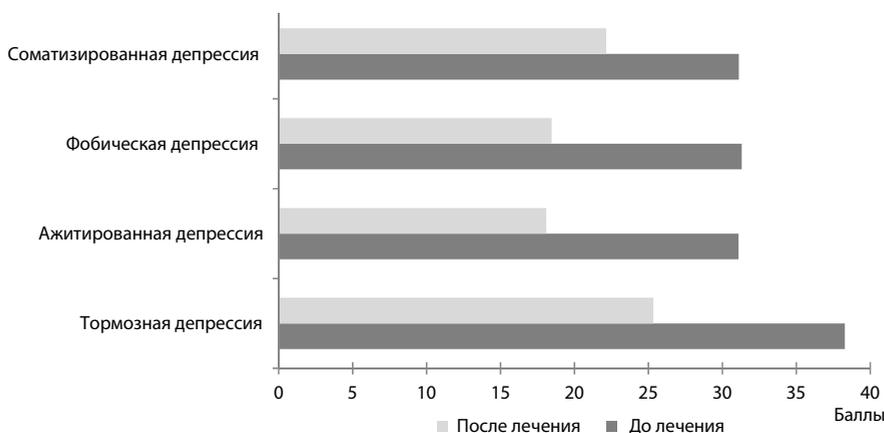


Рис. 8. Динамика выраженности депрессивных нарушений у пациентов с деменцией в процессе лечения Когнифеном (по результатам шкалы определения выраженности суицидального риска)

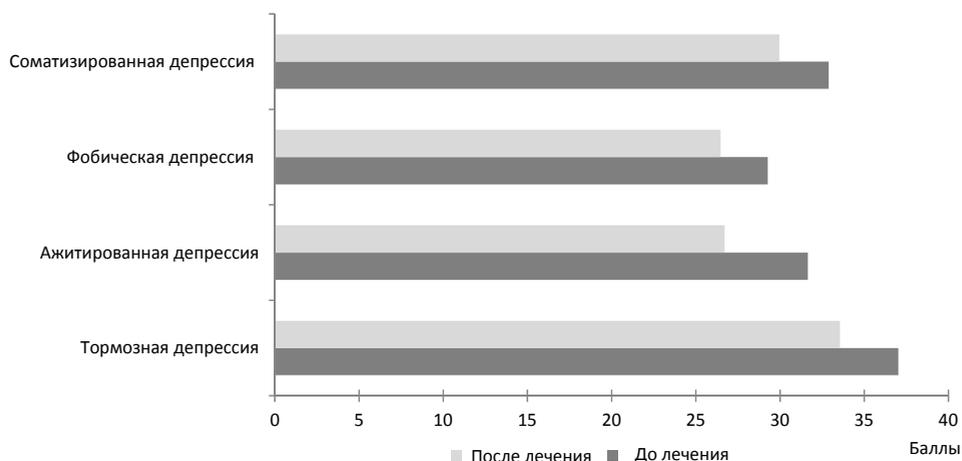


Рис. 9. Выраженность депрессивных нарушений у пациентов с деменцией до и после лечения по традиционной схеме (по результатам шкалы определения самосознания смерти)

Во II группе до лечения наблюдались следующие особенности: выраженные нарушения памяти ($2,06 \pm 0,98$), мышления ($2,34 \pm 0,81$), поведения ($2,27 \pm 0,90$), взаимодействия с окружающими ($2,18 \pm 0,91$), ориентирования ($1,92 \pm 1,06$) и самообслуживания ($1,83 \pm 0,98$) (рис. 7).

Во II группе после лечения по традиционной схеме отмечалась незначительная положительная динамика только по показателю «мышление» ($2,17 \pm 1,11$), но эти изменения не приобретали достоверных значений.

Анализ клинико-психопатологической структуры депрессии и ее динамики в процессе лечения у пациентов с деменциями позволил установить, что в I группе до лечения преобладающим типом депрессивных нарушений при деменциях была «тормозная депрессия» ($38,29 \pm 13,69$) %, что проявлялось в замедлении, трудностях протекания психических процессов и двигательных реакций. Также наблюдалось выражение соматизированной ($31,11 \pm 13,40$) %, фобической ($31,31 \pm 13,46$) % и агитированной ($31,09 \pm 13,59$) % форм депрессивных нарушений (рис. 8).

После прохождения курса лечения Когнифеном наблюдалась значительная редукция депрессивной симптоматики, что выражалось в достоверном уменьшении показателей тормозной ($t=4,539$, $p \leq 0,0001$), агитированной ($t=4,792$, $p \leq 0,0001$), фобической ($t=4,792$, $p \leq 0,0001$) и соматизированной ($t=2,993$, $p \leq 0,005$) депрессии. Полученные данные указывают на то, что применение Когнифена положительно влияет на редукцию депрессивной симптоматики.

Во II группе до лечения преобладающим типом депрессивных нарушений тоже была «тормозная депрессия» ($37,02 \pm 13,59$) %, а также значительно были выражены соматизированная ($32,89 \pm 12,64$) %, агитированная ($31,65 \pm 13,93$) % и фобическая ($29,27 \pm 12,70$) % формы депрессивных нарушений (рис. 9).

После прохождения курса лечения по традиционной схеме отмечалась редукция депрессивных нарушений: снизились показатели

Таблица 1
Динамика депрессивной симптоматики в процессе лечения пациентов с деменциями по результатам теста Гамильтона

Наименование показателей	I группа		II группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
	M±σ			
Депрессивное настроение	1,63±1,22	1,12±0,96*	1,76±1,20	1,58±1,05
Чувство вины	1,34±1,51	0,66±0,99*	1,50±1,31	1,00±1,21
Суицидальные намерения	0,89±1,27	0,51±1,06	0,78±1,32	0,47±1,05
Инсомния ранняя	0,78±0,84	0,54±0,75	1,31±0,70	1,08±0,51
Инсомния средняя	1,06±0,85	0,60±0,66*	1,02±0,72	0,76±0,65
Инсомния поздняя	0,93±0,85	0,51±0,80*	0,97±0,72	0,79±0,54
Работа и деятельность	3,26±0,95	2,63±1,34*	3,47±1,11	3,29±1,29
Заторможенность	2,13±1,07	1,57±0,90*	2,42±0,98	2,41±0,96
Возбужденность	1,80±1,47	0,78±0,82*	1,44±1,31	1,38±1,37
Психическая тревога	1,52±1,35	0,81±0,92*	1,26±1,25	1,20±1,30
Соматическая тревога	1,67±1,08	1,33±0,92	1,81±0,98	1,88±0,91
Пищеварительные соматические нарушения	0,69±0,79	0,45±0,67	0,86±0,70	0,85±0,61
Общие соматические симптомы	1,30±0,66	1,09±0,63	1,44±0,60	1,35±0,49
Генитальные симптомы	0,89±0,95	0,57±0,90	0,47±0,80	0,70±0,94
Ипохондрическое расстройство	1,28±1,26	0,54±0,97*	1,28±1,52	0,76±1,33
Потеря веса	0,82±0,90	0,42±0,79*	0,55±0,72	0,58±0,78
Потеря веса (фактическая)	0,58±0,80	0,21±0,55*	0,23±0,49	0,17±0,52
Критичность	1,15±0,87	0,75±0,75*	1,02±0,94	0,64±0,95
Суточные колебания	0,69±0,81	0,42±0,71	0,84±0,75	0,79±0,54
Суточные колебания (степень)	0,73±0,80	0,36±0,55*	0,84±0,82	0,79±0,73
Деперсонализация/дереализация	0,65±0,92	0,27±0,57*	1,26±1,45	1,58±1,54
Параноидные симптомы	1,32±1,49	0,42±1,03*	1,21±1,60	0,58±1,16
Обсессивные и компульсивные симптомы	0,26±0,61	0,09±0,29	0,36±0,63	0,23±0,55
Суммарный балл	27,45±10,13	15,36±8,22*	26,14±11,87	22,34±11,40
Условные обозначения: * – разница достоверна на уровне p≤0,05				

тормозной (33,55±10,85) %, агитированной (26,71±13,30) %, соматизированной (29,96±11,39) % и фобической (26,47±13,40) % форм депрессивных нарушений, но эти изменения не приобретали достоверных значений.

Полученные данные показывают, что применение Когнифена является более эффективным средством, позволяющим уменьшить депрессивные проявления у пациентов с деменцией, чем использование традиционных схем лечения данной категории пациентов.

Для понимания влияния Когнифену на динамику депрессивной симптоматики был проведен более подробный анализ проявлений депрессии у пациентов с деменциями, представленных в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, у пациентов I группы до лечения наиболее выражены были такие депрессивные проявления, как снижение активности и производительности в работе и деятельности (3,26±0,95 балла), заторможенность (2,13±1,07 балла), возбужденность (1,80±1,47 балла),

депрессивное настроение ($1,63 \pm 1,22$ балла), психическая и соматическая тревога ($(1,52 \pm 1,35$ балла) и $(1,67 \pm 1,08$ балла) соответственно), чувство вины ($1,34 \pm 1,51$ балла), подозрительность ($1,32 \pm 1,49$ балла) и соматические симптомы ($1,30 \pm 0,66$ балла), приобретающие ипохондрическую окраску ($1,28 \pm 1,26$ балла). Наименее выражены в I группе пациентов до лечения были обсессивные и компульсивные симптомы ($0,26 \pm 0,09$ балла) и симптомы деперсонализации и дереализации ($0,65 \pm 0,92$ балла), не было характерным снижение аппетита ($0,69 \pm 0,79$ балла), фактическая потеря веса ($0,58 \pm 0,80$ балла) и суточные колебания ($0,69 \pm 0,81$ балла).

После лечения Когнифеном была зафиксирована положительная динамика депрессивной симптоматики по большинству показателей, которая выражалась в наличии достоверных различий. Так, улучшилось настроение ($1,12 \pm 0,96$ балла), ($t=1,997$, $p \leq 0,05$), уменьшилось чувство вины ($0,66 \pm 0,99$ балла), ($t=2,265$, $p \leq 0,025$), улучшилось качество сна и пробуждения ($0,60 \pm 0,66$ балла), ($t=2,585$, $p \leq 0,01$) и ($0,51 \pm 0,80$ балла), ($t=2,216$, $p \leq 0,05$) соответственно), уменьшились апатия и заторможенность ($2,63 \pm 1,34$ балла), ($t=2,420$, $p \leq 0,01$) и ($1,57 \pm 0,90$ балла), ($t=2,427$, $p \leq 0,01$) соответственно), редуцировались возбуждение и психическая тревога ($0,78 \pm 0,82$ балла), ($t=3,588$, $p \leq 0,001$) и ($0,81 \pm 0,92$ балла), ($t=2,599$, $p \leq 0,01$) соответственно), улучшилась критичность ($0,75 \pm 0,75$ балла), ($t=2,105$, $p \leq 0,05$). Также уменьшились ипохондрические проявления ($0,54 \pm 0,97$ балла), ($t=2,814$, $p \leq 0,005$) и подозрительность ($0,42 \pm 1,03$ балла), ($t=2,995$, $p \leq 0,005$), редуцировалось ощущение измененности себя и окружающих ($0,27 \pm 0,57$ балла), ($t=2,085$, $p \leq 0,05$), а также выраженность суточных колебаний ($0,36 \pm 0,55$ балла), ($t=2,328$, $p \leq 0,025$) и потери веса ($0,21 \pm 0,99$ балла), ($t=2,319$, $p \leq 0,025$).

Положительная динамика в результате применения Когнифена в целом отражена на снижении суммарного балла выраженности депрессивных нарушений по шкале Гамильтона: до лечения он составил 27,45 балла, что соответствовало тяжелому уровню депрессивных нарушений, а после лечения – 15,36 балла, что соответствовало легкому уровню депрессивных нарушений ($t=5,817$, $p \leq 0,0001$).

В группе сравнения (II группа), где применялась традиционная схема лечения, наиболее выраженными депрессивными нарушениями до лечения были: апатия и заторможенность ($3,47 \pm 1,11$ балла) и ($2,42 \pm 0,98$ балла) соответственно), депрессивное настроение и чувство вины ($1,76 \pm 1,20$ балла) и ($1,50 \pm 1,31$ балла) соответственно), соматическая и психическая тревога ($1,81 \pm 0,98$ балла) и ($1,26 \pm 1,25$ балла) соответственно), трудности при засыпании ($1,31 \pm 0,70$ балла), возбуждение ($1,44 \pm 0,60$ балла) и соматические симптомы ($1,44 \pm 0,60$ балла). Не была характерна фактическая потеря веса ($0,23 \pm 0,49$ балла), обсессивно-компульсивные симптомы ($0,26 \pm 0,61$ балла), суточные колебания ($0,69 \pm 0,81$ балла) и симптомы деперсонализации/дереализации ($0,65 \pm 0,92$ балла) (табл. 1).

После лечения по традиционной схеме во II группе пациентов наблюдалась положительная динамика практически по всем показателям, но эти изменения не приобретали достоверных значений. Такая же тенденция наблюдалась и относительно общей выраженности депрессивных нарушений: суммарный балл депрессивных нарушений до лечения составлял 26,14 балла, после лечения суммарный балл несколько сни-

зился и составлял 22,34 балла, что соответствовало среднему уровню депрессивных нарушений. Достоверных различий в динамике лечения по традиционной схеме согласно показателям шкалы Гамильтона обнаружено не было.

■ ВЫВОДЫ

1. В ходе исследования у пациентов не зафиксировано существенных побочных действий, таким образом, препарат АО «Олайнфарм» Когнифен (капсулы) безопасен при применении у пожилых пациентов с деменциями.
2. Результаты исследования свидетельствуют об эффективности применения Когнифена на начальных стадиях деменции и при умеренных когнитивных нарушениях, поэтому препарат может быть рекомендован для профилактики формирования когнитивного дефицита у пациентов с органической патологией головного мозга и приостановки развития дементных процессов.
3. Доказано, что Когнифен положительно влияет на высшие корковые функции пациентов с деменцией, а именно – праксис ($t=2,497$, $p \leq 0,025$), чтение ($t=2,086$, $p \leq 0,05$) и ориентирование в месте ($t=1,975$, $p \leq 0,05$) по сравнению с базовым лечением.
4. Установлено положительное влияние препарата Когнифен на уменьшение уровня выраженности коморбидной депрессивной симптоматики у дементных пациентов ($t=5,817$, $p \leq 0,0001$), что выразилось в уменьшении показателей тормозной ($t=4,539$, $p \leq 0,0001$), ажитированной ($t=4,792$, $p \leq 0,0001$), фобической ($t=4,792$, $p \leq 0,0001$) и соматизированной ($t=2,993$, $p \leq 0,005$) депрессии независимо от типа деменции и в снижении уровня выраженности депрессии с тяжелого и умеренного до легкого.
5. Применение Когнифена в лечении деменции достоверно положительно влияет на качество всех фаз сна пациентов ($t=2,585$, $p \leq 0,01$), способствует редукции депрессивного настроения ($t=1,997$, $p \leq 0,05$) и суточных колебаний ($t=2,328$, $p \leq 0,025$), моторной заторможенности и апатии ($t=2,420$, $p \leq 0,01$), возбуждения и тревоги ($t=3,588$, $p \leq 0,001$) и ($t=2,599$, $p \leq 0,01$) соответственно).
6. Прием Когнифена способствует уменьшению ипохондрических жалоб на состояние своего соматического здоровья ($t=2,814$, $p \leq 0,005$), подозрительности ($t=2,995$, $p \leq 0,005$), уменьшает потерю веса и способствует нормализации аппетита ($t=2,319$, $p \leq 0,025$) дементных пациентов. Отмечено положительное влияние препарата на критические способности ($t=2,105$, $p \leq 0,05$) и способность к самообслуживанию и выполнению работ ($p \leq 0,05$).
7. Включение препарата Когнифен в схему лечения пациентов с деменциями позволяет купировать коморбидные психоэмоциональные расстройства (тревога, депрессивные проявления, бессонница, раздражительность, возбуждение, другое) без применения нейролептиков и транквилизаторов.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Mudrenko I.G. (2016) Do aktual'nosti problemi suicidal'noi povedinki u hvorih z demencijami [The urgency of the problem of suicide behavior in patients with dementia]. *Arhiv psihatrii*, vol. 22, no 2 (85), pp. 112–113.
2. Mishhenko T.S., Mishhenko V.M., Zdesenko I.V. (2016) Kognifen v postinsultnoj rehabilitacii bolnyx [Cogniphen in post-stroke rehabilitation patients]. *Ukrainskij visnik psixonevrologii*, vol. 24, no 3(88), pp. 89–96
3. Moskalenko V.F. Voloshin P.V., Petrosenko P.R. (2001) Strategiya borotbi z sudinnimi zavvoryuvannyami golovnogoz mozku [Strategy of fight against vascular diseases of the brain]. *Ukrainskij visnik psixonevrologii*. vol. 9, no 1 (26), pp. 5–7.
4. Maruta N.O., Panko T.V. (2010) Kliniko-psixopatologichni osoblivosti depresij ta ix terapiya u osib pozhilogo viku [Clinico-psychopathological features of depression and their therapy in the elderly]. *Ukrainskij visnik psixonevrologii*, vol. 19, no 1 (66), pp. 66–72.
5. Bachins'ka N.Ju., Kopchak O.O. Holinergicheskaja strategija v terapii kognitivnyh narushenij u pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Cholinergic strategy in the therapy of cognitive impairment in elderly and senile patients]. *Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal*, vol. 2, no 64, pp. 84–92.
6. Winblad B., Fioravanti M., Dolezal T. (2008) Therapeutic use of nicergoline. *Clin Drug Invest*, vol. 28, no 9, pp. 533–552.
7. Damulin I.V. (2005) Kognitivnye rasstrojstva pri cerebro-vaskuljarnoj patologii [Cognitive disorders in cerebrovascular disease]. *Zhurnal nevrologii i psihatrii imeni S.S. Korsakova*, vol. 10, pp. 55–56.
8. Petrjuk P.T., Jakushhenko I.A. (2010) Problemy depressij u bol'nyh s sosudistymi demencijami [Problems of Depression in Patients with Vascular Dementia]. *Novosti ukrainskoj psihatrii (electronic journal)*. Available at: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper341.htm>.
9. Elizabeth L. Sampson, White N., Leurent B., Scott S., Lord K., Round J., Jones L. (2014) Behavioral and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 205, no 3, pp. 189–196. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.130948
10. Slobodin T.N. (2012) Demencii nejrodegenerativnogoz proishozhdenija (podhody k diagnostike i lecheniju) [Dementia of neurodegenerative origin (approaches to diagnosis and treatment)]. *Ukrains'kij nevrologichnij zhurnal*, vol. 3, pp. 9–19.
11. Dubenko A.E., Korostij V.I. (2017) Patogeneticheskaja terapija kognitivnyh rasstrojstv i demencii s dokazanoj jeffektivnost'ju [Pathogenetic therapy of cognitive disorders and dementia with proven efficacy]. *Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal*, vol. 1, no 87, pp. 109–114.
12. Maruta N., Mudrenko I. (2017) Predictors of a suicidal behavior in patients with dementia. 25 th European congress of psychiatry, *European Psychiatry*, 41S (2017), pp. 365–404.

Поступила / Received: 21.08.2017

Контакты / Contacts: mudrenko.irina@gmail.com