

Когнітивні розлади у структурі неврологічних і психічних захворювань

За матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю

«Сучасні аспекти клінічної неврології» (10-12 березня, м. Яремче)

Когнітивні розлади (КР) супроводжують багато психічних і неврологічних захворювань, зокрема депресію, деменцію, інсульт. КР обтяжують перебіг основного захворювання та зумовлюють десоціалізацію пацієнтів. Утім, КР на ранніх етапах розвитку, як правило, добре піддаються корекції. Тож своєчасне проведення терапії, направленої на покращення когнітивної функції, дасть змогу полегшити перебіг основного неврологічного чи психічного захворювання й уникнути серйозніших проблем.



Завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, доктор медичних наук Михайло Михайлович Орос під час доповіді приділив значну увагу клініко-діагностичним аспектам КР при депресії й окреслив підходи до їх лікування та профілактики.

Депресія — це комплекс взаємопов'язаних емоційних, фізичних і когнітивних симптомів. Діагностичними критеріями депресії є наявність ≥ 5 характерних симптомів протягом останніх 2 тиж: 1) депресивний (знижений) настрій протягом більшої частини дня; 2) втрата інтересу та задоволення життям; 3) зменшення чи збільшення маси тіла; 4) безсоння чи сонливість; 5) психомоторне збудження чи загальмованість; 6) утомлюваність; 7) відчуття власної неповноцінності чи провини; 8) складнощі з концентрацією думок; 9) суїцидальні ідеї, повторні думки про смерть.

Згодом до перелічених симптомів приєднуються інші прояви депресії — постійне відчуття втоми, головний біль, розлади травлення тощо. Під час порушення сприйняття позитивних і негативних емоцій, їх аналізу й запам'ятовування формується ангедонія (втрата здатності переживати радість) — один з обов'язкових проявів депресивного розладу. Рано чи пізно в пацієнта з депресивним розладом розвиваються КР — труднощі з концентрацією уваги, прийняттям рішень, плануванням, швидкістю мислення, погіршення пам'яті тощо.

Сьогодні встановлено патогенетичний взаємозв'язок між депресією та КР. Пацієнти, в яких виявлено початкові прояви когнітивного дефіциту, мають значно вищий ризик розвитку депресії (R.L. Ownby et al., 2006). З іншого боку, депресія іноді може бути раннім симптомом або передумовою виникнення КР. В одному з клінічних досліджень було показано, що частота КР у пацієнтів із депресією становить 23%; при цьому КР спостерігалися впродовж значного періоду (94% від тривалості депресивного епізоду) та в 44% випадків залишалися в період ремісії (Guy M. Goodwin, 2015).

Лектор зауважив: у Діагностичному й статистичному керівництві з психічних розладів 5-го видання (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition — DSM-5), який було розроблено експертами Американської психіатричної асоціації відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), зазначено, що знижена здатність думати чи концентруватися та складнощі з прийняттям рішень є визначальними симптомами депресивного епізоду.

Слід урахувати, що часто пацієнти сприймають депресію як початок КР, що створює складнощі в диференціації депресії та когнітивної дисфункції як окремих станів. Здебільшого хворі описують свої КР як порушення уваги (складно зосередитися, втрачається хід думки), пам'яті (немає короткотривалої пам'яті, забудькуватість), психомоторної швидкості (апатія, сповільнення рухів) і виконавчих функцій (втрата впевненості, нерішучість, нездатність виконати кілька завдань).

Під час діагностичного пошуку критеріїв депресії лікар може стикнутися з такими труднощами в диференціації діагнозу: 1) розмежування депресії, що є синдромом психічного захворювання, та проявів фізіологічного смутку як відповіді на життєві негаразди (втрата близьких людей, соціальна невлаштованість

тощо); 2) диференціація соматичних проявів депресії з власне соматичною патологією; 3) вирішення питання про первинність або вторинність депресії у хворих із хронічною соматичною патологією; 4) розмежування симптомів депресії від проявів деменції в пацієнтів похилого віку.

Останнє питання — аспекти диференційної діагностики депресії та деменції, що починаються з розвитку когнітивної дисфункції, — професор М.М. Орос розглянув докладніше. КР часто є першими проявами не тільки депресії, а й деменції, тож перед лікарями постає запитання: провісниками якого захворювання є ці симптоми в конкретного пацієнта? Відомо, що в 30-50% осіб із деменцією спостерігаються різні симптоми, котрі можна розцінювати як прояви депресії. При цьому в 25-30% пацієнтів із депресією, особливо похилого віку, діагностують «псевдодеменцію» (пов'язану з депресією когнітивну дисфункцію).

Прояви КР при хворобі Альцгеймера та депресії дуже схожі, але їх можна віддиференціювати, якщо пам'ятати про деякі особливості КР у пацієнтів із цими захворюваннями. Для хвороби Альцгеймера характерним є погіршення симптомів, що прогресує; скарги на порушення пам'яті зазвичай відсутні, а її оцінювання за допомогою різноманітних тестів дає негативні результати; інколи спостерігається порушення сну; орієнтація в просторі значно знижена. При депресії ситуація діаметрально протилежна: симптоми КР не прогресують, але вони непокоїть хворих; окрім того, їх можна оцінити шляхом тестування (А.Є. Дубенко, 2012).

Лектор зазначив, що застосування різноманітних шкал для оцінювання ступеня виразності й взаємозв'язку депресії та деменції не завжди є можливим і доцільним. Поеднання декількох методик або їх адаптація до можливостей пацієнтів похилого віку нерідко є проблемою під час проведення психодіагностичного обстеження в таких хворих. Застосування значної кількості методик стомлює пацієнтів, що, з одного боку, може призвести до отримання хибнопозитивних результатів, а з другого — навіть погіршити стан хворого. Тому доцільно використовувати тест на заміну цифр символами (DSST — Digit Symbol Substitution Test). Цей оригінальний тест призначений для оцінювання уваги, швидкості психомоторних і виконавчих функцій. Він має 100 квадратів, які пацієнти намагаються максимально заповнити без жодного пропуску протягом 90 с (Е.О. Lichtenberger et al., 2009).

Лікувальна тактика щодо КР у пацієнтів із депресією та деменцією потребує мультимодального підходу й передбачає модифікацію способу та режиму життя, застосування медикаментозної терапії, в тому числі й препаратів із нейротрофічними та нейропротекторними властивостями, а також психотерапії. Відомо, що регулярна фізична активність покращує когнітивні функції у хворих із помірними КР і деменцією, сприяє нейропластичності та модулює імунну систему (знижується рівень прозапальних цитокінів TNF- α та IL-6 у гіпокампі).

Що стосується медикаментозної терапії, то одноразовий курс прийому антидепресантів приводить до значного (вдвічі) зменшення вираженості симптоматики депресивного розладу тільки в 54% хворих. При послідовному застосуванні різних препаратів період ремісії наставав у 50-65% пацієнтів. Слід зауважити, що використання психотерапії як додаткового методу лікування помітно підвищує його загальну результативність, але кардинальних зрушень не забезпечує. Психотерапія хронічної депресії приводить до ремісії в 32% випадків, тоді як комбінація психотерапії з антидепресантами — в 48% випадків (P. Cuijpers et al., 2013).

При лікуванні депресії з деменцією перевагу слід віддавати антидепресантам без холінолітичного ефекту, до яких належать: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну, мелатонінергічні препарати, тетрациклічні й атипіві трициклічні антидепресанти.

Також виокремлюють групу прокогнітивних антидепресантів, представниками яких є флувоксамін, бупропіон і циталопрам. Флувоксамін є агоністом сигма-1-рецепторів і впливає на вербальну та невербальну пам'ять. Циталопрам сприяє підвищенню швидкості реакції та покращує розпізнавання різноманітних стимулів. Застосування бупропіону доцільне при депресії з дефіцитом уваги, але протипоказане пацієнтам з епілептичними нападами в анамнезі у зв'язку з підвищенням епілептичної активності кори головного мозку (W. Daviss, 2008; I. Hindmarch et al., 2010; P. Cowen et al., 2013). Слід зазначити, що в пацієнтів із КР і вираженою апатією препаратом вибору є психостимулятор метилфенідат.

Проте жоден антидепресант із прокогнітивною дією не забезпечує впливу на весь спектр когнітивних порушень. Окрім того, ефективна корекція КР неможлива без застосування додаткових засобів, які мають цілеспрямовану дію. Отже, очевидна необхідність застосування комбінованого підходу в лікуванні пацієнтів із КР. Зокрема, ефективним є використання препарату Актовегін, який має виразні нейропротекторні та нейротрофічні властивості.

На сьогодні накопичений великий позитивний досвід використання в клінічній практиці препарату Актовегін у хворих із КР на тлі різноманітних захворювань. Препарат має також переконливу доказову базу щодо лікування КР. Так, у міжнародному 12-місячному мультицентровому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні ARTEMIDA продемонстрована ефективність терапії Актовегіном у пацієнтів із постінсультними КР. Уперше результати цього дослідження були представлені на Першому конгресі Європейської академії неврології в м. Берлін (Німеччина) у 2015 році та згодом були опубліковані в журналі Stroke (DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.014321).

У дослідженні взяли участь 503 пацієнти з 36 центрів у трьох країнах. Терапію Актовегіном проводили впродовж півроку за такою схемою: основна група (n=248) отримувала Актовегін у дозі 2000 мг/добу внутрішньовенно до 20 днів, у подальшому — перорально 1200 мг/добу; контрольна група (n=255) — плацебо внутрішньовенно до 20 днів, у подальшому — плацебо перорально. Період спостереження становив наступні 6 міс. Наприкінці періоду терапії було достовірно підтверджено зменшення когнітивного дефіциту за шкалою ADAS-Cog+. А через рік від розвитку інсульту спостерігали більш виражене покращення когнітивних функцій у пацієнтів, які отримували Актовегін, порівняно з плацебо.

Отже, наявність КР у пацієнтів із неврологічними та психічними захворюваннями зумовлює необхідність застосування додаткової патогенетичної терапії, спрямованої на покращення когнітивної функції.

Включення препарату Актовегін у комплексну схему лікування пацієнтів із КР не тільки дасть змогу сповільнити прогресування когнітивного дефіциту, а й спричинить його певний регрес, що, у свою чергу, забезпечить покращення соціальної адаптації та зменшить ступінь інвалідизації хворих.

Підготувала Людмила Онищук

Стаття друкується за сприяння ТОВ «Такеда Україна».

UA/AVG/1217/0141

АКТОВЕГІН



Потужний універсальний антигіпоксант

ЕНЕРГІЯ ЖИТТЯ

- Для лікування захворювань головного мозку судинного генезу, у тому числі постінсультних когнітивних порушень та деменції*
- Для патогенетичної терапії діабетичної полінейропатії*
- Для лікування патології судин нижніх кінцівок*



Переможець щорічного конкурсу професіоналів фармацевтичної галузі України «Панацея» 2006, 2010–2012, 2014–2017 років

Коротка інструкція для медичного застосування препарату Актовегін. Діюча речовина. Депротейнізований гемодериват із крові телят. **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій, таблетки, вкриті оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що впливають на травну систему і метаболічні процеси. Код АТС А16АХ10. **Показання.** Лікування захворювань головного мозку судинного генезу, у тому числі постінсультних когнітивних порушень та деменції; лікування порушень периферичного (артеріального, венозного) кровообігу та їх ускладнень (артеріальна ангіопатія, венозна трофічна виразка); лікування діабетичної полінейропатії. **Протипоказання.** Гіперчутливість до компонентів препарату. **Фармакологічні властивості.** На молекулярному рівні Актовегін спричиняє прискорення процесів утилізації кисню (підвищує стійкість до гіпоксії) і глюкози, тим самим сприяє підвищенню енергетичного метаболізму. У пацієнтів з цукровим діабетом і діабетичною полінейропатією об'єктивно зменшуються розлади чутливості, покращується якість життя. **Побічні реакції.** Препарат зазвичай переноситься добре. У поодиноких випадках можуть виникати анафілактичні (алергічні) реакції, анафілактичний шок. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. п. МОЗ України:** №UA/11232/01/01, №UA/11232/02/01. **Виробник:** ТОВ «Кусум Фарм», Україна (упаковка з форми in bulk фірми-виробника «Такеда Австрія ГмбХ», Австрія). Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів і лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або про скаргу на якість препарату Ви можете до ТОВ «Такеда Україна» за тел.: (044) 390 0909. * Інструкція для медичного застосування препарату Актовегін.

ТОВ «Такеда Україна»: 03110, м. Київ, вул. Солом'янська, будинок 11, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua