

С.А. Маляров

ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ
 Центр психосоматики и депрессий Универсальной клиники «Обериг», г. Киев

Ключевые слова:
 депрессия, когнитивные нарушения, терапия.

В статье рассматриваются когнитивные симптомы депрессии и их влияние на функциональное восстановление пациента, что становится важнейшей современной целью лечения депрессии, в отличие от достижения редукции симптоматики или ремиссии. Длительная терапия (6–12 месяцев) селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и эсциталопрамом в особенности, имеет некоторые возможности улучшать когнитивные способности пациента с депрессией, помимо собственно антидепрессивного эффекта, но потребность в новых фармакологических препаратах огромна.

В последнее десятилетие в области практической психиатрии пересматриваются цели и задачи терапии. Если в конце XX века эффективность лечения определялась степенью редукции психопатологической симптоматики, то в 10-х годах этого столетия критерием успешности терапии стало достижение устойчивой ремиссии и, соответственно, предотвращение повторного обострения заболевания. Представление о стабилизирующей и про-

филактической терапии наполнилось конкретным содержанием. Оптимизация лекарственной терапии и реабилитационных мероприятий стала определяться не только и не столько эффективностью в отношении симптомов болезни, сколько ее результативностью – соотношением переносимости и эффективности терапевтического вмешательства, что и определяло готовность пациента соблюдать рекомендованный режим терапии. В настоящее время понятие ремиссии перестало быть конечной целью лечения, а стало одним из условий восстановления преморбидного уровня социального функционирования пациента. То есть, достижение ремиссии не означает обязательность «восстановления» пациента, но без ремиссии невозможен возврат прежнего уровня социального функционирования. Проще говоря, это стремление к сглаживанию коммуникативного противоречия между обращением пациента за тем, «чтобы стало хорошо», и практикой врача, «чтобы не было плохо». Не удивительно, что критерий социального функционирования заложен в схему диагностики большинства психических расстройств в современных классификациях (МКБ–10, рабочей версии будущей МКБ–11 и новой американской классификации DSM–5). При этом подчеркивается, что социальное функционирование во многом определяется сохранностью и/или восстановлением когнитивных способностей пациента.

Таблица 1. Четыре кластера депрессивного симптомокомплекса.

Аффективные (эмоциональные)	Когнитивные (психологические)
Подавленность, печаль Утрата интереса к обычной деятельности и сниженное реагирование на жизненные события Отсутствие удовлетворения от выполняемых дел Утрата мотивации, апатия Ощущение «недостатка ощущений, чувств» Чувство опустошенности Тревога, напряжение Раздражительность Фрустрация	Снижение концентрации внимания Нерешительность или колебания в принятии решений Снижение уверенности в себе и сниженная самооценка Чувство собственной бесполезности Самообвинение и самоуничижение Беспомощность Пессимизм Чувство безнадежности, мысли о смерти и самоубийстве
Психомоторная активность	Соматические (биологические, витальные)
Ретардация Замедление движений и ступор Недостаточность мимической экспрессии Некоммуникабельность Ажитация Неусидчивость Суевливость Бесцельная неконтролируемая гиперактивность	Расстройство жизненных функций Расстройство сна – сонливость или бессонница Расстройство аппетита – снижение или повышение Изменение веса тела Нарушение половой функции «Витальность» Усталость и повышенная истощаемость Слабость, вялость Безволие и субъективное ощущение «утраты энергии» Телесные сенестопатии Боли – острые и ноющие Ощущения сдавливания, озноба, тяжести в конечностях Другие значимые и неопределенные ощущения

В данной статье речь пойдет о значении нарушения когнитивного функционирования, возможности его выявления и выборе его как одной из целей терапии при депрессивных состояниях.

Парадокс заключается в том, что на практике, коль скоро речь идет об аффективном расстройстве, в меньшей степени уделяют внимание когнитивной сфере психопатологических проявлений, тогда как эти симптомы всегда считались важным кластером депрессивного симптомокомплекса (табл. 1).

При этом всегда подчеркивалась взаимозависимость и неразделимость этих 4 категорий депрессивного симптомокомплекса. В этом смысле скорее следовало бы употреблять не дискретное понятие – категории, кластеры, а континуальное – модальность, как описание оси или

Табл. 2. Когнитивные симптомы как диагностические признаки депрессии в классификациях DSM-5 и МКБ-10

DSM-5 и МКБ-10 выделяют когнитивные симптомы как диагностические признаки депрессии	
DSM-5	ICD-10
8-й критерий депрессивного эпизода указывает, что депрессивный больной может испытывать снижение умственных способностей, или концентрации, или затруднения в принятии решения (diminished ability to think or concentrate or indecisiveness) почти каждый день (или по субъективной оценке или по наблюдению окружающих) ¹ Психомоторное беспокойство или заторможенность (Psychomotor agitation or retardation) почти каждый день по наблюдениям окружающих, а не только на основании субъективных ощущений беспокойства или замедленности	«Снижение способности... к концентрации» Capacity for concentration «...выраженная психомоторная заторможенность, ажитация»... marked psychomotor retardation, agitation

измерения единой картины. Однако изменение в динамике психопатологической картины и, в частности, в процессе терапии каждой из модальностей может отличаться различной поступательностью. Это соображение учитывается в новой классификации DSM-5 и в будущей МКБ-11 в виде обязательного описания когнитивных симптомов и их динамики (табл. 2).

Согласно широкой ретроспективной оценке клинических данных и по результатам формализованных диагностических интервью когнитивные расстройства относятся к числу наиболее распространенных проявлений депрессии в остром периоде (рис. 1).

С учетом заявленных целей достижения доболезненного уровня функционирования на фоне устойчивой ремиссии еще более важным является факт, что когнитивные нарушения являются наиболее устойчивым кластером депрессивной симптоматики и длительное время наблюдаются у 30–50% больных, достигших состояния ремиссии [5]. Так, в исследовании INSTEL проводилось 3-летнее катамнестическое наблюдение пациентов (n=267), перенесших депрессию и достигших состояния ремиссии [3]. Как основной вывод, было отмечено, что практически половину этого периода пациенты испытывали влияние когнитивных проблем на повседневное функционирование (рис. 2).

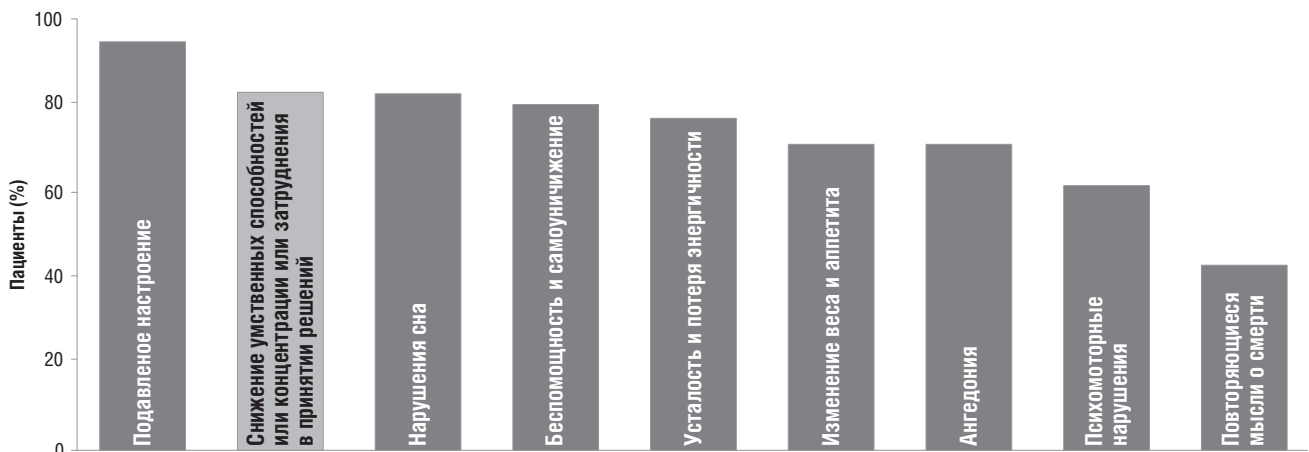


Рис. 1. Представленность диагностических симптомов у пациентов с первичным депрессивным эпизодом

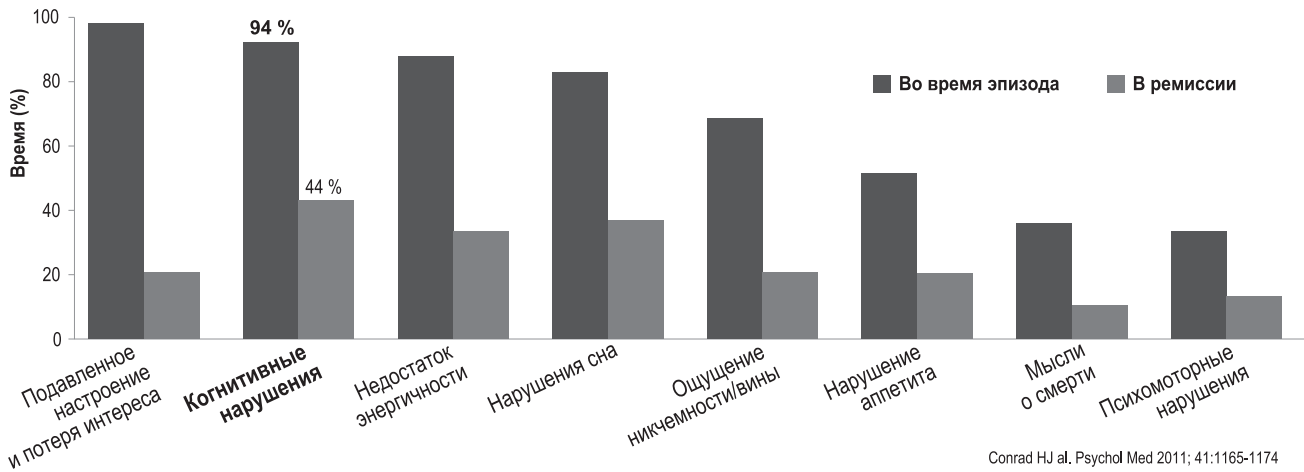
Как было замечено выше, кластеры депрессивных симптомов различаются по динамике выхода из депрессивного состояния, в частности, ответа на терапию. Итак, наиболее устойчивыми кластерами депрессивной симптоматики являются когнитивные нарушения и соматовегетативные (витальные) симптомы. Их отсроченная редукция, по сути, определяет период становления полной ремиссии. С другой стороны, запаздывающая редукция когнитивных нарушений является основным препятствием для восстановления социального функционирования.

В последнее десятилетие, благодаря накопившимся данным об эффективности и переносимости новых антидепрессантов, в частности СИОЗС, обсуждаемые критерии ремиссии стали базироваться на:

- степени редукции симптомов – практически бессимптомное или с минимумом симптомов состояние (не более 7 баллов по шкале Гамильтона, не более 10–12 баллов по шкале Монтгомери–Асберг);
- продолжительности – устойчивое состояние от нескольких недель до нескольких месяцев;
- уровне нарушения социального функционирования – конечная оценка качества ремиссии определяется восстановлением и дальнейшим совершенствованием доболезненного функционирования.

Таким образом, оптимальным результатом лечения будет ремиссия без остаточной симптоматики, без нарушения социального функционирования и с продолжительностью, исчисляемой месяцами. Соответственно, хорошей, но частичной, может считаться ремиссия с продолжительным отсутствием симптомов, но с неполным функциональным восстановлением. Недостаточной или неполной ремиссией может считаться достигнутое состояние, при котором остаются как продолжительная резидуальная симптоматика, так и недостаточное восстановление функционирования [10].

В результате выполнение двуединой задачи – достижение продолжительной асимптоматичной (по возможности) ремиссии и восстановление функционирования – в значительной степени определяется влиянием терапии на когнитивные симптомы депрессии. Это и позволяет говорить, что стабилизирующий и поддерживающий этапы терапии депрессивного эпизода являются достаточно самостоятельными и не менее важными, чем период активной терапии острого аффективного состояния. Эта



Conrad HJ al. Psychol Med 2011; 41:1165-1174

Рис. 2. Когнитивные нарушения как резидуальная симптоматика в ремиссии

самостоятельная роль этапа окончательного купирования резидуальной симптоматики в виде когнитивных проблем и, соответственно, становления стабильного полноценного социального функционирования предполагает обязательность продолжения терапии после завершения этапа активной терапии еще не менее 10–12 месяцев. В методологически очень убедительной работе Jaeger и соавт. (2006) было показано, что у больных, перенесших тяжелый депрессивный эпизод, ощущаемое восстановление социального функционирования спустя 6 месяцев после достижения относительной ремиссии прямо коррелировало с улучшением на этом этапе внимания, краткосрочной памяти и исполнительных функций, а стабильность показателей способности к освоению навыков и психомоторики в остром периоде являлась положительным прогностическим показателем дальнейшего восстановления.

При выборе терапии на стабилизирующем и поддерживающем этапах мы должны учитывать возможное влияние лекарственного средства (или их комбинации) на когнитивные проблемы больного и, соответственно, на скорость достижения желаемого уровня функционирования.

На протяжении последнего десятилетия в доказательные исследования стали включать оценку редукции когнитивных нарушений, динамики восстановления качества жизни и социального функционирования пациента как показатели полноты достигаемой ремиссии. Однако в большинстве исследований эти показатели рассматривались как вторичные и трактовались как один из аспектов собственно антидепрессивного эффекта. Отчасти это было связано с методологическими сложностями создания протоколов исследований независимой оценки клинических, психофизиологических и социально-психологических показателей и практической проблемой определения критериев включения пациентов в исследование. Поэтому можно было говорить о результативности продолжительной антидепрессивной терапии в целом. Впервые эта методологическая проблема обсуждалась в блестящем обзоре одного из лидеров психиатрии конца XX века – PerVech [8]. Он наглядно продемонстрировал, что положительная динамика обсуждаемых показателей начинает существенно меняться на финальных этапах «краткосрочных»

(12–18 недель) контролируемых исследований, вслед за достигнутой 50% редукцией собственно клинической депрессивной симптоматики. Он делает вывод о необходимости самостоятельных проспективных контролируемых исследований динамики резидуальной симптоматики и восстановлении социального функционирования после достижения условной асимптоматичности (например, редукция симптомов ниже 12 баллов по шкале MADRS – условная граница ремиссии), т.е., на этапах стабилизирующей и профилактической терапии. К сожалению, за всю историю доказательных исследований в психиатрии таких исследований ничтожно мало. Все же, на материале имеющихся исследований автор показал, что некоторые антидепрессанты, сопоставимые по эффективности редукции симптомов депрессии в период активной терапии, значительно отличаются по улучшению показателей качества жизни, возможностей когнитивного функционирования, а также по вовлеченности в трудовые процессы. Как оказалось, пациенты, достигшие ремиссии, на фоне продолжающейся терапии препаратами – селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) – успешнее восстанавливаются в повседневной жизни, по сравнению с пациентами, продолжающими принимать трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, нортриптилин [1]).

Можно предположить, что помимо проблем с переносимостью и безопасностью, определяющих приверженность пациентов лечению, седативные свойства некоторых препаратов не способствуют качеству повседневной активности пациентов, их принимающих. Таким образом, целям восстановления когнитивных способностей и социального функционирования в большей степени соответствуют антидепрессанты 2-го поколения, в частности СИОЗС.

Несколько позже эти идеи в развитии были изложены группой ведущих канадских психиатров [9]. Они подчеркнули необходимость оценки отдаленной резидуальной симптоматики (в первую очередь, когнитивной) и показателей социального функционирования как самостоятельных целей исследования, а не как следствия антидепрессивного эффекта. Такая параллельная оценка динамики определенных категорий симптомов и показателей функционирования позволит получить

в сопоставлении важнейшую информацию о различиях в действии терапевтических средств на отдельных этапах лечения.

Указывая на возможность учета динамики когнитивных нарушений и функционального восстановления, авторы отметили, что на ранних этапах терапии можно говорить об улучшении этих показателей по сравнению с исходным уровнем в остром состоянии, а на этапах продолжающейся терапии необходимо оценивать приближение этих показателей к средним показателям у здоровых людей в общей популяции. Таким образом, представление о восстановлении доболезненного уровня функционирования вошло в практику клинических исследований. Восстановление функционирования как самостоятельная цель терапии была изложена и другими авторами [2, 7].

С использованием данной методологии оценки качества функционирования пациентов независимо от оценки редукции клинических симптомов было продемонстрировано и различие не только между поколениями антидепрессантов, но и среди антидепрессантов нового поколения. Так, в двойном слепом контролируемом исследовании было показано, что при сопоставимой эффективности в отношении клинических симптомов эсциталопрам (Ципралекс) превосходил дулоксетин по показателям улучшения когнитивных возможностей и социального функционирования [6].

В еще более современном исследовании было показано, что положительное действие эсциталопрама на когнитивное функционирование не зависит от собственно антидепрессивного эффекта [12].

В другой современной работе было проверено предположение, что препараты агониста норадреналиновой и дофаминовой систем ЦНС обладают преимуществом в плане усиления когнитивных функций, по сравнению с антидепрессантами с другим механизмом действия [4]. В проспективном контролируемом исследовании сравнивалось влияние на когнитивное функционирование и показатели социального восстановления эсциталопрама (Ципралекса) и бупропиона, т.е. селективного серотонинергического и селективного норадренергического / дофаминергического действия, соответственно, антидепрессантов. Оба препарата в одинаковой степени вызвали улучшение вербальных и невербальных когнитивных функций, краткосрочной (рабочей) памяти, способностей к обучению и освоению новых навыков и ускоряли процесс социального восстановления [11].

Чем же все-таки в реальной жизни человека, страдающего депрессией, проявляется нарушение когнитивной сферы? Любая болезнь – это состояние дезадаптации в окружающей среде, в первую очередь, социальной. В социальном плане депрессия – это потеря способности принимать решения. И не всегда снижение интенсивности собственно аффективных симптомов возвращает эту способность. Важнейшую роль тут имеют когнитивные проблемы. Упомянутые выше нейропсихологические показатели процесса внимания, памяти (особенно краткосрочной, рабочей), исполнительных функций и психомоторики оборачиваются такими проблемами в повседневной жизни и работе, как:

- сомнения и нерешительность;
- неспособность планировать и поддерживать режим;
- невозможность сосредоточиться (например при чтении) или сконцентрироваться (например вести многосторонний разговор);
- неспособность удерживать необходимый объем информации в памяти для исполнения текущего действия (бедность ассоциаций, односложные ответы);
- замедленность речи и движений (паузы в речи);
- прокрастинация – откладывание дел на потом;
- ощущение нехватки энергичности и неспособность начать и осуществлять какую-либо деятельность;
- замедленность и тяжкие усилия при выполнении самых элементарных дел;
- ощущение умственной слабости, заторможенности и бедности ассоциаций;
- отсутствие уверенности при принятии решения; необходимость принятия ответственности вызывает тревогу, ищет возможности переложить на другого ответственность; переполнен сомнениями и опасениями по поводу последствий собственных поступков и решений.

Каждому врачу знаком образ такого больного – растерянного, загруженного, заторможенного и несостоятельного в элементарном. Такие пациенты, переступая порог врачебного кабинета, жалуются на слабость и усталость, забывчивость и необходимость сознательно контролировать себя в исполнении самых элементарных навыков, неспособность провести арифметическое действие и т.д. Работа или учеба постепенно превращается или в формальное присутствие без какой-либо продуктивности или в отсутствие по причине различных вариантов недомогания, дома повседневные дела замещаются бессмысленными неактуальными занятиями, требующими меньших усилий.

Но при этом ни сам пациент, ни врач, к которому он обращается, не считают такую несостоятельность, связанную с когнитивной дисфункцией, проявлением депрессивной симптоматики. Врач в большей степени ориентирован на распознавание признаков подавленного настроения, утрату интересов и инициативы, суицидальных мыслей. Назначение адекватной антидепрессивной терапии будет определяться выявлением именно этих симптомов. Даже если врач и обращает внимание на симптомы когнитивного нарушения, то он считает их вторичными по отношению к собственно аффективным симптомам, или, что чаще происходит, объясняет эти жалобы проявлением «истинной астении» от производственных нагрузок или следствием хронических соматических заболеваний. И вслед за этим начинается череда исследований и лечения по поводу различных хронических соматических заболеваний.

На самом же деле, нужно распознавание когнитивных проблем, отражающихся на социальном функционировании и качестве жизни пациента, и понимание того, что они являются закономерным проявлением депрессивного состояния. Именно кластер когнитивных симптомов вместе с «витальными» соматическими жалобами и отличается относительной устойчивостью и составляет суть резидуальной симптоматики на этапе формирования ремиссии. Сам факт их выявления пред-

полагает продолжение антидепрессивной терапии препаратами, которые имеют доказанное самостоятельное свойство – положительное влияние на когнитивное функционирование.

Конечно, в крупномасштабных контролируемых клинических испытаниях объективная оценка когнитивных нарушений проводится с помощью нейрофизиологических и нейропсихологических исследований. Но, как справедливо отмечает Bech, качественная оценка функционирования пациента в исследованиях любого уровня должна сопровождаться валидизированными опросниками самого больного. Тем не менее, 90% процентов применяемых в клинических исследованиях шкал и опросников касаются собственно аффективной симптоматики, а не функционирования больного. Как же после этого можно рекомендовать практическому врачу обязательно оценивать когнитивное функционирование пациента? Однако в практике любого врача оценка степени нарушения адаптации по причине болезни предполагает ряд очевидных вопросов, которые напрямую относятся к когнитивному функционированию:

- Испытываете ли Вы затруднения при принятии решений на работе или дома? Если да, то почему? (способность принятия решений).
- Испытываете ли Вы затруднения при чтении текста или при необходимости поддерживать многосторонний разговор? (концентрация, внимание).
- Не отмечали ли Вы в последнее время затруднений при вспоминании имен и расположении только что положенных предметов? Не приходится ли «все записывать»? (память).
- Не приходится ли Вам заставлять себя или прикладывать усилия для того, чтобы начать какое-либо, даже самое элементарное дело? (мотивация, принятие решений, планирование).
- Как все вышеперечисленное влияет на результативность Вашего повседневного функционирования?

И если пациент подтверждает озабоченность этими проблемами, то врач должен учитывать их в планировании долгосрочного лечения.

Выводы

Когнитивные нарушения являются неотъемлемой частью депрессивного симптомокомплекса, хотя и мало выявляются при постановке диагноза.

Когнитивные симптомы депрессии, наряду с соматовегетативными («витальными») признаками, отличаются относительной устойчивостью и являются стержнем резидуальной симптоматики в процессе постепенного становления ремиссии.

Современные представления о целях терапии депрессивного состояния предполагают восстановление социального функционирования пациента, что и определяет полноту ремиссии. Редукция когнитивных нарушений является залогом восстановления функционирования.

Несмотря на очевидную важность выявления и прицельного лечения когнитивных симптомов, врачи не уделяют этому достаточного внимания, а планирование лечения и оценка его результативности ограничивается степенью редукции сугубо аффективных симптомов. Оптимальный выбор лекарственных средств на всех

этапах терапии депрессии и, в особенности, при продолжающейся терапии (стабилизирующий и профилактический этапы) должен учитывать возможность влияния на когнитивную резидуальную симптоматику. Купирование когнитивных расстройств предполагает планирование продолжающейся терапии не менее 6–12 месяцев.

Антидепрессанты 1-го поколения и препараты с выраженными седативными свойствами (например трициклические антидепрессанты – имипрамин, нортриптин и др.) уступают современным антидепрессантам (СИОЗС) по степени положительного влияния на когнитивную сферу и, соответственно, на восстановление социального функционирования.

Доказательные исследования содержат свидетельства, что эсциталопрам (Ципралекс) относительно эффективен в плане редукции когнитивных нарушений при депрессивных состояниях и этот эффект независим от влияния препарата на собственно аффективные симптомы.

В конце этого обзора автору хотелось бы поделиться представлениями о ближайших перспективах в области терапии аффективных расстройств. Сегодняшний объем фундаментальных исследований и доказательная медицина в этой области демонстрируют практическим врачам, что их способы диагностики и выбора терапевтического вмешательства существенно отстают от существующих возможностей. Современные исследования по изучению механизмов действия антидепрессивных средств с применением техник прижизненной визуализации функционирования ЦНС, нейрофизиологии и нейрохимии, экспериментальной нейропсихологии, социальной психологии и психиатрии позволили в последнее десятилетие создать новые представления, дополняющие прежние, как о становлении эмоционально-поведенческих расстройств, так и о новых способах и направлениях по их нормализации. Речь идет о конкретизации механизмов процессов нейропластичности, о прикладных аспектах не только экстрацеллюлярного (нейротранспортеры и нейронные синапсы), но и интрацеллюлярного регулирования (система вторичных мессенджеров и экспрессия генов). Данные этих фундаментальных исследований стали основой целевого создания нового поколения психофармакологических средств. И одной из целей этого процесса была реализация представлений о возможностях повышения когнитивных способностей (*cognitive enhancement*). В следующей публикации нам хотелось бы представить обзор результатов фундаментальных исследований, положенных в основу нейрокогнитивной модели депрессии, и, соответственно, нейропсихофармакологических данных о биологических механизмах регуляции конкретных психических нарушений.

Список использованной литературы

1. Bech P. *Social Functioning: should it become an endpoint in trials of antidepressants?* // *CNS Drugs*. – 2005. – № 19 (4). – P. 313–324.
2. *Clinical effectiveness: The importance of psychosocial functioning outcomes* / Lam R.W. [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2011. – № 132. – P. 9–13.
3. Conradi H. J. [et al.] // *Psychol. Med.* – 2011. – № 41. – P. 1165–1174.
4. *Escitalopram and Enhancement of Cognitive Recovery* / R. E. Jorge, Laura Acion, D. Moser [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2010. – № 67 (2). – P. 187–196.
5. Fava M. [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – № 67. – P. 1754–1759.

6. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective / M. Zimmerman, J. B. McGlinchey, M. A. Posternak [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2006. – № 163. – P. 148–150.
7. McKnight P. E. The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research / P. E. McKnight, T. B. Kashdan // *Clin. Psychol. Rev.* – 2009. – № 29. – P. 243–259.
8. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder / Jaeger, J., Berns S., Uzelac S. [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2006. – № 145. – P. 39–48.
9. Psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine / Miller I. W. [et al.] // *J. of Clin. Psychiatry*. – 1998. – № 59. – P. 608–613.
10. Relationship of Variability in Residual Symptoms With Recurrence of Major Depressive Disorder During Maintenance Treatment / J. F. Karp, D. J. Buysse, P. R. Houck [et al.] // *Focus*. – 2005. – Vol. 1, № 3 (1). – P. 161–169.
11. The effect of bupropion XL and escitalopram on memory and functional outcomes in adults with major depressive disorder: Results from a randomized controlled trial / Soczynska J. K. [et al.] // *Psychiatry Research*, 2014, article in press.
12. Wade A. A Comparative study of the efficacy of acute and continuation treatment with escitalopram versus duloxetine in patients with major depressive disorder / A. Wade, K. Gembert, I. Florea // *Curr. Med. Res. Opin.* – 2007. – № 23. – P. 1605–1614.

ЗНАЧЕННЯ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРИ ДЕПРЕСІЇ

С.О. Малярів

У статті розглядаються когнітивні розлади при депресії та важливість звернення на них уваги спеціаліста при виборі терапії, їх значення при оцінці функціонального відновлення пацієнта як нової терапевтичної мети замість досягнення редукції симптоматики чи ремісії. Тривала терапія (протягом 6–12 місяців) СІЗЗС наприклад, есциталопрамом, до певної міри здатна покращити когнітивні симптоми пацієнта з депресією, проте потреба в нових фармакологічних засобах величезна.

Ключові слова: депресія, когнітивні порушення, терапія

VALUE COGNITIVE FUNCTIONING IN DEPRESSION

S. Malyarov

Cognitive symptoms are a common feature of the depression and affect many aspects of a patients' life. Functional restoration is a new treatment goal instead of reducing of symptoms and remission requires an adequate treatment (adequate doses, non-sedative antidepressant and 6–12 months' length). Despite that escitalopram among SSRIs has some proven efficacy in cognition improvement of depressed patients, an unmet need in new agents with better efficacy in this field is exist.

Key words: depression, cognitive symptoms, therapy

УДК 616.89-07-08 (075.9)

Г.М. Вербенко

КОМПЛЕКСНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ПЕРЕБІГУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

При діагностиці афективного епізоду сучасні критерії не враховують особливостей клінічної симптоматики, не зважають на такі важливі фактори, як вік маніфестації, спадковість і перебіг захворювання. Більша достовірність діагностики може бути досягнута шляхом введення інформації, зібраної по різних категоріях, які зазвичай використовуються для уточнення психіатричного діагнозу.

Вивчено клінічні особливості біполярного афективного розладу (БАР) на різних стадіях перебігу у 120 пацієнтів (40 пацієнтів з переважанням депресивних симптомів (F 31.3-5, F 31.6), 30 пацієнтів з переважанням манакальних симптомів (F 31.0-2, F 31.6), 50 пацієнтів в еутимний період (F 31.7) з використанням опитувальника «Індекс біполярності», який дозволяє оцінити в балах наявність у пацієнта п'яти найбільш характерних для БАР ознак: характеристика епізоду; вік маніфестації; перебіг хвороби; ефект терапії; спадковість. Клінічна неоднорідність показників індексу біполярності в першій та четвертих категоріях зумовлена фазою перебігу захворювання, що певним чином впливає і на підсумковий інтегральний індекс біполярності по окремих групах. Клінічні приклади оцінки пацієнтів за індексом біполярності в окремих групах доводять, що індивідуальний індекс біполярності кожного окремого пацієнта може бути високим і наднизьким незалежно від групи. Така оціночна система дозволяє переводити поняття біполярності з категоріальної площини в континуальну, що більшою мірою задовольняє потребам клінічної практики і дозволяє поліпшити якість діагностики і терапії БАР.

Ключові слова:

біполярний афективний розлад, індекс біполярності, епізод, маніфестація, перебіг, терапевтична відповідь, спадковість.

Актуальність. Розвиток медичної науки та відповідне збільшення її можливостей щодо поглибленого дослідження особливостей психічних розладів, а також акцент сучасної медичної практики на відновленні якості життя пацієнтів зумовлюють все більш пильну увагу медичної спільноти до ранньої діагностики і прогно-

тичної оцінки подальшого перебігу біполярного афективного розладу. Для удосконалення реальної клінічної практики необхідним є систематизоване поєднання всіх діагностично-лікувальних аспектів, в тому числі ретельне вивчення анамнезу, всіх клінічних проявів (афективних, когнітивних, поведінкових) і особливостей перебігу