

109. Villanueva R. *Neurobiology of Major Depressive Disorder* / R. Villanueva // *Neural Plast.* – 2013. – doi: 10.1155/2013/873278.
110. Watson S. *HPA axis function in mood disorders* / S. Watson, P. Mackin // *Psychiatry.* – 2006. – № 5 (5). – P. 166–170.
111. *What goes down must come up: role of the posteromedial cortices in encoding and retrieval* / Vannini P., O'Brien J., O'Keefe K. [et al.] // *Cereb. Cortex.* – 2011. – № 21 (1). – P. 22–34.

112. *Where is the semantic system? A critical review and meta-analysis of 120 functional neuroimaging studies* / J. R. Binder, R. H. Desai, W. W. Graves, L. L. Conant // *Cereb Cortex.* – 2009. – № 19 (12). – P. 2767–2796.
113. *Association between glycogen synthase kinase-3 β gene polymorphisms and major depression and suicidal behavior in a Korean population* / H. K. Yoon, Y. K. Kim // *Prog. Neuro. Psychopharmacol. Biol Psychiatry.* – 2010. – № 34. – P. 331–334.

НЕЙРОБИОЛОГИЯ ДЕПРЕСІЇ: ВІД АНАТОМО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДО МОЛЕКУЛЯРНИХ МЕХАНІЗМІВ

О.А. Левада

У даному огляді ми розглядаємо сучасні досягнення у вивченні нейробиології великого депресивного розладу. Обговорюються наявні анатомо-функціональні дані нейровізуалізаційних досліджень, порушення у комплексній сигнальній сітці, що включає гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозну вісь, експресію про-тосових факторів, мікроРНК, вироблення прозапальних цитокінів, порушення продукції гастроінтестинальних пептидів, а також генетичні аспекти даного розладу.

Ключові слова: великий депресивний розлад, анатомо-функціональні механізми, молекулярні механізми, генетичні передумови.

NEUROBIOLOGY OF DEPRESSION: FROM ANATOMIC-FUNCTIONAL TO MOLECULAR MECHANISMS

O. Levada

In this review we survey current developments in the neurobiology of major depressive disorder. The anatomic-functional data from neuroimaging studies, alterations of a complex signaling network, which includes the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, the growth factor expression, the production of microRNAs, the expression of proinflammatory cytokines, and the abnormal delivery of gastrointestinal peptides as well as genetic aspects that are relevant for assessment and treatment selection of this disorder are discussed.

Key words: major depressive disorder, anatomic-functional mechanisms, molecular mechanisms, genetic prerequisites.

УДК 616.895.87-008+616.892

Н.А. Дзеружинская

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

dzeruzhinskaya@mail.ru

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) оказывает существенное влияние на различные сферы психической деятельности (эмоциональные и когнитивные проявления), видоизменяя клиническую картину психических расстройств и структуру когнитивных нарушений.

Методы. Для изучения проявлений основного заболевания использованы шкала PANSS (при параноидной шизофрении) и шкала оценки тяжести депрессивного расстройства Гамильтона HDRS (при депрессивных расстройствах). Скрининг наличия когнитивных нарушений проводился с помощью Монреальского когнитивного теста (MoCA), для оценки структуры и степени их выраженности использована соответствующая батарея методик.

Результаты. Выявлены когнитивные нарушения у женщин с депрессивными расстройствами и АГ, касающиеся объема, устойчивости и целенаправленности внимания, умеренного снижения памяти и способности к абстрагированию и обобщению, а также в виде нарушений зрительно-конструктивных и исполнительских навыков. Больные с параноидной шизофренией, сочетанной с АГ, продемонстрировали дефицит в области объема и селективности внимания, а также нарушение исполнительской функции, коррелирующее и с позитивной, и с негативной симптоматикой, дефицит вербальной ассоциативной производительности, связанный с выраженностью негативной симптоматики.

Выводы. АГ, сопутствующая психическим расстройствам (шизофрения, депрессивное расстройство), видоизменяет когнитивную дисфункцию при этих заболеваниях. Своевременное выявление и лечение коморбидной АГ способствует замедлению нарастания когнитивных нарушений и поддержанию хорошего комплаенса между врачом и пациентом.

Ключевые слова:

артериальная гипертензия, психические расстройства, депрессия, параноидная шизофрения, психофармакотерапия.

Актуальность. На современном этапе развития психиатрической науки основными актуальными вопросами по-прежнему остаются течение и прогноз психических расстройств. Особое значение приобретают эти вопросы в связи с появлением новых психофармакотерапевтических средств и изучением коморбидности психических нарушений как в рамках собственно психических

расстройств, так и в виде сочетаний с различными соматическими заболеваниями. Большинство исследований посвящено изучению чистых нозологических форм, однако в реальной практике часто приходится сталкиваться с сочетанной патологией. Результаты исследования САТІЕ (клиническое исследование эффективности применения антипсихотиков) наглядно продемонстри-

ровали, что 58% пациентов имеют как минимум одно, а у 9% диагностированы более 4 тяжелых соматических заболеваний [9]. Отмечается высокая коморбидность шизофрении и соматических заболеваний, наиболее частыми среди них являются артериальная гипертензия (20%), гиперлипидемия (14%) и сахарный диабет (11%) [1, 10]. Пациенты с сердечно-сосудистой патологией демонстрируют высокую психическую коморбидность (79%), из них 52% – с аффективными расстройствами. Отмечена корреляция депрессии с высоким АД [12]. По данным С.Ю. Штарик (2010), среди пациентов с артериальной гипертензией показатель распространенности депрессивных расстройств составил 47,5%. Недооценка коморбидности ведет к недостаточной эффективности терапии психического расстройства, более частым побочным эффектам и даже формированию резистентности к терапии [5].

Артериальная гипертензия (АГ) – одна из самых распространенных форм соматической патологии, встречающаяся у больных с психическими расстройствами. АГ, как цереброваскулярное заболевание, вносит вклад в формирование эмоциональных и когнитивных расстройств. И.И. Влох с соавторами [2] обследовали пациентов психиатрического стационара и выделили три стадии развития психических нарушений при этой сосудистой патологии: начальная, стадия выраженных психических нарушений и деменции. Начальные нарушения психической деятельности представляют собой невротоподобные расстройства с фобическими, астеническими, истероформными и тревожными компонентами. В структуре психических расстройств второй стадии выделялись аффективные (тревожно-депрессивные и депрессивно-обсессивные), бредовые (тревожно-параноидные, депрессивно-параноидные и паранойяльные) синдромы и синдромы нарушения сознания. Деменции возникали преимущественно остро, после инсультов, и проявлялись амнестическими, лакунарными, псевдосенильными и постапоплексическими вариантами.

Ряд публикаций указывают на сложные двусторонние связи между медико-социальными проблемами, соматической патологией [8], когнитивными нарушениями и депрессией [6, 9, 13]. Barnes D.E. et al. [8] отмечают, что депрессивные симптомы у лиц пожилого возраста связаны с повышенным риском развития умеренных когнитивных расстройств независимо от сосудистых заболеваний.

Недостаточная изученность влияния АГ на структуру формирующегося когнитивного расстройства при психических заболеваниях (шизофрения и депрессивное расстройство) послужила основанием для проведения данной работы.

Материалы и методы исследования

Целью нашего исследования было оценить влияние АГ на формирование когнитивных расстройств у пациентов с параноидной шизофренией и с депрессивными расстройствами. Для этого мы провели исследования пациентов с параноидной шизофренией (совместно с Харчуком Е.В.) на базе Киевской городской клинической психоневрологической больницы (КГКПНБ) № 1 и пациентов с депрессивным расстройством (совместно с

Дзюбой А.Н. и Здорик И.Ф.) на базе отделения гипертонической болезни Национального научного центра «Институт кардиологии имени академика Н.Д. Стражеско».

Для исследования применялись общепринятые методы: клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический, социально-демографический, статистический.

После верификации диагнозов основных заболеваний соответственно клиническим критериям МКБ–10, для оценки степени тяжести психического расстройства использовались шкала оценки тяжести депрессивного расстройства Гамильтона HDRS (M. Hamilton, 1967) и шкала оценки выраженности позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) при параноидной шизофрении.

Когнитивные нарушения у больных с депрессивными расстройствами, коморбидными с АГ, оценивались с помощью Монреальского когнитивного теста (MoCA), методик «Запоминание 10 слов» А.Р. Лурия, «Таблицы Шульте», «классификация предметов», «исключение лишнего», «толкование пословиц и поговорок», тестов «Шифровка» и «Корректирующая проба».

Для исследования когнитивных функций у больных параноидной шизофренией, коморбидной с АГ, использовали следующие методики: тест связи символов (Trail making test, TMT) (Reitan R.M., Wolfson D., 1993). Часть «А» оценивает динамические параметры внимания – объем и уровень произвольной регуляции, часть «В» – исполнительскую функцию; тест вербальной беглости (Verbal fluency test, VFT) (Lezak M.D., 1995) – для оценки вербальной ассоциативной производительности (буквенная часть) и нарушений лексической системы (категориальная часть); тест Струпа (Stroop color word interference test) (Stroop J.R., 1935) – для оценки селективности внимания; тест Лурия на запоминание 10-ти не связанных по смыслу слов (Лурия А.Р., 1969) – для проверки вербальной памяти; тест визуальной ретенции Бентона (Benton A.L., 1952) – для исследования зрительной памяти. Степень выраженности нарушений оценивали количественно.

Результаты и их обсуждение

Основную группу исследования составили 102 женщины, пациентки Национального научного центра «Институт кардиологии имени академика Н.Д. Стражеско», у которых согласно исследовательских диагностических критериев МКБ–10 был диагностирован депрессивный эпизод. У всех пациентов в качестве сопутствующей патологии отмечалась АГ II ст. Группу сравнения составили 35 женщин с диагнозом АГ II ст. без актуальной психопатологической симптоматики. Средний возраст больных в группах практически не отличался: основная группа – (61,30±7,36) лет, группа сравнения – (60,28±6,46) лет. Больные практически не отличались по уровню образования и профессиональному статусу. Средняя продолжительность АГ также не различалась в группах (10,6±4,2) лет в основной и (10,3±4,5) лет в группе сравнения). Однако наличие в течении заболевания гипертонических кризов явно превалировало в основной группе (60,8% против 42,9% в группе сравнения), что отражало влияние эмоционального состояния на течение АГ.

Депрессивные расстройства, выявленные у пациенток основной группы, были представлены органическим депрессивным расстройством, дистимией, расстройством адаптации и депрессивным эпизодом (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по нозологическим формам депрессивных расстройств

Шифр МКБ-10	Нозоформа	Количество больных (абс.)	Относительное количество (%)
F 06.32	Органическое расстройство настроения	52	51,0
F 32	Депрессивный эпизод	4	3,9
F 34.1	Дистимия	16	15,7
F 43.2	Расстройства адаптации	30	29,4

Ведущими психопатологическими синдромами оказались тревожно-депрессивный (54,9%), астенодепрессивный (37,3%) и депрессивно-ипохондрический (7,8%) варианты. Степень выраженности депрессивного расстройства соответствовала малому депрессивному эпизоду (средний балл по шкале Гамильтона – (15,41±1,65)). Выявлено, что пациенткам с депрессивными расстройствами, сочетанными с АГ, были свойственны высокие уровни реактивной и личностной тревожности по данным теста Спилберга–Ханина.

При изучении когнитивного функционирования выяснилось, что все женщины в большей или меньшей степени отмечали ухудшение памяти, быструю утомляемость и трудности сосредоточения, периодическую неспособность подобрать верное слово или быстро вспомнить известную фамилию или дату. Когнитивные нарушения выявлены у 90,2% пациенток основной группы (против 60% в группе сравнения): легкие – у 61,8%, выраженные – у 28,4% больных. Выявлена корреляционная связь между уровнем когнитивных функций и уровнем профессиональной занятости ($r=0,39$, $p\leq 0,05$). Результаты исследований по основным когнитивным тестам приведены в таблице 2.

Как видно из данных, приведенных в таблице 2, когнитивные нарушения касались преимущественно снижения объема, устойчивости и целенаправленности внимания, ухудшения способности к его переключению, повышен-

ной отвлекаемости и трудностей при усвоении инструкций к заданиям и нового материала, умеренного снижения памяти и способности к абстрагированию и обобщению. Исследование памяти показало, что субъективная оценка пациентками данной функции не соответствовала объективным данным. Большинство женщин значительно хуже оценивали свою память, чем это выявилось при запоминании 10 слов. Оценка когнитивных функций по монреальскому тесту выявила также, что потеря баллов происходила в основном за счет нарушений зрительно-конструктивных и исполнительских навыков (копирование куба, тест рисования часов), особенно за счет нарушения способности к постановке цели и планированию.

Проведенный корреляционный анализ показал, что выраженность депрессивных проявлений и когнитивной дисфункции коррелировали с кризовым течением АГ ($r=0,34$ и $r=0,37$ соответственно, $p\leq 0,05$) и нарушением врачебных рекомендаций ($r=0,24$ и $r=0,27$ соответственно, $p\leq 0,05$).

В ходе исследования больные с депрессивными расстройствами для осуществления терапевтических мероприятий были разделены на две подгруппы, первая из которых получала комплексное лечение (психотерапия, психокоррекция и тренинг когнитивных функций), вторая же подгруппа получала стандартную психотерапию (монотерапия антидепрессантами группы СИОЗС в средней терапевтической дозировке). Когнитивный тренинг включал серию заданий для улучшения функций внимания, памяти и зрительно-пространственного праксиса. В результате применения комплексного лечения, помимо значительного улучшения эмоционального состояния больных, выявились существенные изменения: уменьшились проявления истощаемости и утомляемости, улучшились процессы запоминания и внимания. Показатели зрительно-пространственного праксиса существенно улучшились у пациенток с адаптационным расстройством и депрессивным эпизодом и в меньшей степени – у больных с органическим расстройством настроения, что отражает большую глубину и иную структуру когнитивных нарушений при этом расстройстве [3].

Таблица 2. Результаты выполнения когнитивных тестов больными с депрессивными расстройствами с и без артериальной гипертензии

Показатель	Тест	Основная группа (n=102)	Группа сравнения (n=35)	p
Общая оценка когнитивных функций	МоСА, общий балл	23,04±1,3	24,5±1,4	p<0,05
Внимание, способность к обучению	Шифровка			
	количество знаков за 90 с	24,9±2,2	30,8±1,8	p<0,05
Внимание и темп сенсомоторных реакций	Таблицы Шульце			
	общее время, с	240,5±16,1	214,9±9,6	p<0,05
	эффективность работы, с	48,15±3,2	42,95±	p<0,05
	степень включения в работу	1,09±0,1	0,98±0,04	p<0,05
	психическая устойчивость	1,16±0,1	1,03±0,05	p<0,05
Внимание	Корректурная проба			
	индекс утомления	0,97±0,2	0,99±0,1	p<0,05
	количество ошибок	5,0±1,7	3,3±1,6	p<0,05
Память	Запоминание 10 слов			
	количество слов через 60 минут	5,4±1,1	6,8±1,2	p<0,05

Примечание. p – достоверность различий показателей между группами.

У 97 пациенток КГКПНБ №1 согласно исследовательских диагностических критериев МКБ–10 диагностирована параноидная шизофрения, а в качестве сопутствующей патологии отмечалась АГ II ст. (основная группа). Группу сравнения составили 64 женщины с диагнозом параноидная шизофрения без АГ. Средний возраст больных в группах практически несущественно отличался: $(51,08 \pm 6,64)$ лет в основной группе и $(48,65 \pm 6,73)$ лет в группе сравнения.

Средняя продолжительность шизофрении в основной группе составляла $(18,92 \pm 6,78)$ лет, в группе сравнения $(18,17 \pm 6,09)$ лет. Средняя продолжительность АГ в основной группе составила $(7,2 \pm 3,61)$ лет. Среди типов течения шизофрении превалировал непрерывный вариант – у 88,7% больных основной и 95,3% больных группы сравнения.

Выявлено, что в обеих группах преобладала параноидная и галлюцинаторно-параноидная симптоматика – 75,2% и 87,4% соответственно. Галлюцинаторно-параноидная симптоматика в группе сравнения существенно преобладала над другими. В основной группе частота выявления параноидного и галлюцинаторно-параноидного синдромов различалась незначительно (34% и 41,2% соответственно). Частота случаев аффективно-параноидной симптоматики в основной группе оказалась выше, чем в группе сравнения – 14,4% и 9,4% соответственно. Данное синдромальное преимущество обеспечивает большая представленность депрессивно-параноидного синдрома (7,2 %) у пациентов с шизофренией, ассоциированной с АГ. Подобная ситуация наблюдалась и в отношении астено-апатической симптоматики (8,3% и 1,6% соответственно).

При сравнении групп пациентов выявлено, что при превалировании негативной симптоматики в структуре психопатологических расстройств в обеих группах по результатам экспериментально-психологического исследования когнитивных функций была обнаружена межгрупповая разница, заключающаяся в большей выраженности нарушений в области селективности и объема внимания, а также исполнительской функции (табл. 3).

При оценке селективности внимания (вторая часть теста Струпа) разница между группами оказалась существенной – пациенты основной группы с заданием справлялись хуже ($p < 0,05$). Объяснением может служить привнесенная АГ обстоятельство мышления, замедление его темпа, появление ригидности психических

процессов. При предъявлении однотипных стимулов в первой части теста эти особенности существенной роли не играли. В то же время, более сложная задача вызвала большие затруднения у пациентов основной группы в связи с несравнимо большей нагрузкой на функцию переключения внимания и на гибкость психических процессов. Это свидетельствовало об отягощающем влиянии АГ на выраженность когнитивного дефицита в области селективности внимания и когнитивной гибкости. Контрастность стимулов способствовала худшему выполнению тестов относительно условной нормы в обеих группах, однако пациенты основной группы вследствие соматического отягощения ГБ и связанного с ним появления тугоподвижности мыслительных процессов, замедления реакции, ухудшения концентрации внимания с этой задачей справлялись медленнее ($p < 0,05$). Таким образом, сосудистый компонент, внесенный сопутствующей АГ, привел к более выраженным нарушениям в области селективности внимания в основной группе.

Показатели объема внимания, которые определялись с помощью ТМТ-А, имели статистически значимую межгрупповую разницу. Пациенты основной группы с задачей справлялись хуже ($p < 0,01$). Это является свидетельством более выраженного когнитивного дефицита в области внимания. По сравнению с показателем условной нормы, лица обеих групп значительно медленнее выполняли задачи, демонстрируя функциональную недостаточность процессов регулирования данной когнитивной функции.

Исполнительская функция, обеспечивающая процессы программирования и контроля произвольной деятельности, и нарушение которой является специфическим для шизофрении расстройством, оказалась более пораженной в основной группе. Об этом свидетельствует более медленное выполнение задания (ТМТ-В) пациентами с коморбидной АГ ($p < 0,01$).

Функционирование лексической системы, способность к активному поиску в памяти необходимой информации также были нарушены в обеих исследуемых группах, однако статистически значимой разницы между показателями обнаружено не было. Оценка вербальной и зрительной памяти не показала специфичности, ее показатели были примерно одинаковым в обеих группах.

При проведении корреляционного анализа выявлены наиболее значимые связи между группами психопатологических синдромов и показателями когнитивного

Таблица 3. Результаты исследования когнитивных функций у больных параноидной шизофренией с и без артериальной гипертензии

Показатель	Исследованные группы		U-критерий Манна-Уитни
	Основная	Группа сравнения	
	Me (Q)	Me (Q)	
Селективность внимания, (с)	173,8 (118,6–205,9)	139,6 (114,0–168,6)	U = 587,5 ($p < 0,05$)
Функционирование лексической системы (к-во воспроизведенных слов)	22,0 (15,0–28,0)	22,5 (17,0–29,0)	U = 659 ($p < 0,05$)
Вербальная ассоциативная продуктивность (к-во воспроизведенных слов)	24,0 (19,0–29,0)	26,0 (18,0–33,0)	U = 1418 ($p < 0,05$)
Зрительная память (баллы)	5,0 (3,0–6,0)	5,0 (4,0–6,0)	U = 1001 ($p < 0,05$)
Вербальная память (тах к-во воспроизведенных слов)	5,0 (4,0–8,0)	6,0 (5,0–8,0)	U = 1018 ($p > 0,01$)
Объем внимания (с)	78,1 (56,8–102,7)	65,2 (49,2–82,3)	U = 732 ($p > 0,01$)
Исполнительская функция (с)	174,6 (132,4–204,8)	140,5 (119,8–164,7)	U = 569 ($p > 0,01$)

функционирования. Так, позитивные синдромы в обеих исследуемых группах были связаны с дефицитом в области объема и селективности внимания, а также исполнительской функции, определяемые с помощью второй части теста Струпа ($p=0,346142$ при $p=0,000515$ и $p=0,365042$ при $p=0,003018$ соответственно), а также тестами ТМТ-А ($p=0,282250$ при $p=0,005095$ и $p=0,360784$ при $p=0,003404$ соответственно) и ТМТ-В ($p=0,242520$ при $p=0,016692$ и $p=0,372536$ при $p=0,002434$ соответственно).

Негативная симптоматика в обеих группах также коррелировала с показателями теста Струпа-2 ($p=0,276760$ при $p=0,006065$ и $p=0,456241$ при $p=0,000151$ соответственно), а также ТМТ-В ($p=0,229259$ при $p=0,023893$ и $p=0,353979$ при $p=0,004110$ соответственно). Таким образом, и дефицитарные явления образуют положительную корреляционную связь с показателями функций внимания и исполнительской функций. Однако обнаружена и отрицательная корреляция между выраженностью негативных симптомов по шкале PANSS и показателями вербальной ассоциативной производительности, оцениваемыми с помощью буквенной части теста VFT ($p=-0,222751$, $p=0,028305$). Чем более выраженными являются показатели PANSS-N, тем меньше слов по заданному параметру воспроизводят пациенты с параноидной шизофренией, коморбидной с АГ. В группе сравнения подобная корреляция, подтвержденная статистически значимыми связями, выявлена не была. Итак, можно предполагать, что фактор АГ имеет определенное значение в сочетании с выраженностью негативных симптомов в формировании дефицита вербальной ассоциативной производительности. В то же время показатель ТМТ-А коррелировал с негативной симптоматикой по PANSS только в группе сравнения ($p=0,431998$ при $p=0,000365$). Это может свидетельствовать о потере влияния негативной симптоматики на показатель объема внимания в связи с увеличением вклада в формирование когнитивного дефицита фактора АГ.

На основе приведенного анализа выделено 3 группы когнитивных нарушений [4].

Первая группа была представлена нарушениями в области селективности внимания и исполнительской функции, которые связаны с выраженностью как позитивной, так и негативной психопатологической симптоматики в обеих группах. Эти нарушения в основной группе имели большую выраженность, отражая патопластическое влияние АГ на когнитивный дефицит у больных параноидной шизофренией.

Вторая группа включала в себя те нарушения, которые образуют значимые связи с негативной симптоматикой, и была представлена дефицитом вербальной ассоциативной производительности, который коррелирует с выраженностью негативной симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией, отягощенной АГ, и дефицитом в области объема внимания, который коррелирует с негативной симптоматикой у пациентов с параноидной шизофренией без данного отягощения. Влияние АГ проявлялось в усилении дефицита вербальной ассоциативной производительности и смягчении воздействия негативной симптоматики на функцию объема внимания.

Третья группа объединяла выраженные когнитивные нарушения, не связанные с психопатологической симптоматикой, у лиц с параноидной шизофренией (когнитивный дефицит в области вербальной, зрительной и семантической памяти). Нарушение этих функций отражало устойчивые изменения когнитивной сферы, которые не зависят от закономерностей динамики клинических проявлений основного заболевания.

В ходе дальнейшего исследования проводилась оценка динамики показателей когнитивных функций под влиянием терапии в условиях стационара. Для терапии использовались как конвенциональные, так и атипичные антипсихотики и антигипертензивные препараты двух типов – ингибиторы АПФ (ИАПФ) и бета-адреноблокаторы (БАБ).

В процессе терапии была отмечена положительная динамика редукции психопатологических нарушений во всех терапевтических подгруппах. В течение первых 2 недель лечения у больных уменьшалась аффективная насыщенность переживаний, ослаблялась тревога, напряженность, нормализовался сон, упорядочивалось поведение. К концу месяца приема терапии значительно уменьшились галлюцинаторно-бредовые явления.

Статистически значимая редукция отмечалась в общем балле шкалы PANSS ($p<0,05$) и в показателе подшкалы позитивной симптоматики ($p<0,05$) независимо от вида принятой больными антипсихотической терапии. Это отражает представление о сопоставимой эффективности типичных и атипичных антипсихотиков при воздействии на продуктивные симптомы.

По признаку обратимости когнитивных расстройств у больных параноидной шизофренией, коморбидной с АГ, выделено 2 типа их динамики под влиянием терапии: обратимый, представленный дефицитом в области объема и селективности внимания, исполнительской функции, которые во всех терапевтических подгруппах проявляли положительную динамику редукции, и стационарный (представленный дефицитом зрительной памяти), который не менялся в процессе терапии во всех терапевтических подгруппах, и связан с устойчивым дефицитом, сложившимся в процессе болезни.

Установлено, что среди исследуемых терапевтических комбинаций наиболее эффективной при коррекции когнитивных нарушений является сочетание атипичных антипсихотиков с ингибиторами АПФ, исходя из оценки редукции когнитивных показателей (селективность и объем внимания, семантическая память, функционирования лексической системы, исполнительская функция), положительного влияния на психопатологическую симптоматику и благоприятного профиля переносимости.

Выводы

1. АГ, сопутствующая протеканию различных психических расстройств (шизофрения, депрессивное расстройство), вносит существенный вклад в формирование когнитивной дисфункции при этих заболеваниях.

2. Депрессивные расстройства, коморбидные с АГ, характеризуются более выраженными нарушениями внимания, памяти, мыслительных функций (способность к обобщению и абстрагированию), а также зрительно-пространственных функций и исполнительских навыков.

3. Сопутствующая АГ является фактором,отягощающим течение параноидной шизофрении, что проявляется ухудшением когнитивного функционирования, в первую очередь показателей объема и селективности внимания, исполнительской функции. Выявлено также, что при коморбидности этих состояний чаще возникает депрессивно-параноидная и астено-апатическая симптоматика.

4. Своевременное выявление и лечение коморбидной АГ способствует замедлению нарастания когнитивных нарушений и поддержанию хорошего комплаенса между врачом и пациентом.

Список использованной литературы

- Бурлаков А. В. Интегрированное ведение длительно протекающей психической и соматической патологии у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами [Текст] / А. В. Бурлаков // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 2. – С. 54–57.
- Деякі питання клініки психічних розладів при цереброваскулярних захворюваннях / И. И. Влох, И. Ю. Байса, Л. В. Степаненко, А. В. Костюк // Укр. вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, Вип. 1 (26). – С. 13–15.
- Здорик І. Ф. Когнітивні порушення у жінок з депресивними розладами, поєднаними з гіпертонічною хворобою : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / І. Ф. Здорик. – К., 2014. – 20 с.
- Харчук Є. В. Клініко-психопатологічні та терапевтичні особливості параноїдної шизофренії, коморбідної з гіпертонічною хворобою : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Є. В. Харчук. – К., 2014. – 20 с.
- Штарик С. Ю. Коморбидность артериальной гипертензии и тревожно-депрессивных расстройств среди взрослого населения крупного промышленного центра Восточной Сибири. : дисс. на соискание ученой степени докт. мед. наук : спец. 14.01.04 «Внутренние болезни» / С. Ю. Штарик. – Красноярск, 2010. – 288 с.
- Cognitive function and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature / C.Q. Huang, Z.R. Wang, Y.H. Li [et al.] // Int. Psychogeriatr. – 2010. – Vol. 12. – P. 1–10.
- Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitively healthy older women / P. B. Rosenberg, M. M. Mielke, Q. L. Xue [et al.] // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2010. – № 18 (3). – P. 204–211.
- Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: Findings from the cardiovascular health study / D. E. Barnes, G. S. Alexopoulos, O. L. Lopez [et al.] // Arch Gen Psychiatry. – 2006. – Vol. 63. – P. 273–279.
- Interrelationships of psychiatric symptom severity, medical comorbidity, and functioning in schizophrenia [Text] / L. A. Chwastak [et al.] // Psychiatr Serv. – 2006. – № 57 (8). – P. 1102–1109.
- Physical Illness and Schizophrenia: A Review of the Evidence [Text] / S. Leucht [et al.]. – Cambridge University Press., 2007. – 224 p.
- Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study / K. Jongenelis, A. M. Pot, A. M. Eisses [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2004. – Vol. 83. – P. 135–142.
- Rosado A. R. Personality traits and basic attitudes in coronary patients / A. R. Rosado, F. R. De Leon, J. Torres // XI World Congress of Psychiatry. – 1999. – Vol. 2. – P. 40.
- Steffens D. C. Geriatric depression and cognitive impairment / D. C. Steffens, G. G. Potter // Psychological Medicine. – 2008. – Vol. 38. – P. 163–175.

ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ПЕРЕБІГ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Н.О. Дзеружинська

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) суттєво впливає на різні сфери психічної діяльності (емоційні і когнітивні прояви), змінює клінічну картину психічних розладів і структуру когнітивних порушень.

Методи. Для вивчення проявів основного захворювання використовували шкалу PANSS (при параноїдній шизофренії) і шкалу оцінки тяжкості депресивного розладу Гамільтона HDRS (при депресивних розладах). Скринінг наявності когнітивних порушень проводився за допомогою Монреальського когнітивного тесту (MoCA), для оцінки структури та ступеня їх виразності використовували відповідну батарею методик.

Результати. Виявлено когнітивні порушення у жінок з депресивними розладами і АГ, які стосуються об'єму, стійкості та цілеспрямованості уваги, помірного зниження пам'яті та здатності до абстрагування та узагальнення, а також у вигляді порушень зорово-конструктивних і виконавчих навичок. Хворі з параноїдною шизофренією, що поєднана з АГ, продемонстрували дефіцит в області об'єму і селективності уваги, а також порушення виконавчої функції, що корелювали і з позитивною, і з негативною симптоматикою, а також дефіцит вербальної асоціативної продуктивності, який пов'язаний з виразністю негативною симптоматикою.

Висновки. АГ, яка супроводжує психічні розлади (шизофренія, депресивний розлад), змінює когнітивну дисфункцію при цих захворюваннях. Своєчасне виявлення та лікування коморбідної АГ сприяє уповільненню зростання когнітивних порушень і підтримці хорошого комплаєнсу між лікарем і пацієнтом.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, психічні розлади, депресія, параноїдна шизофренія, психофармакотерапія.

ARTERIAL HYPERTENSION INFLUENCE ON MENTAL DISORDERS COURSE

N. Dzeruzhynska

Actuality. Arterial hypertension (AH) renders substantial influence on the different fields of psychical activity (emotional and cognitive manifestations), modifying clinical presentation of mental disorders and structure of cognitive impairments.

Methods. For the study of manifestations of basic disease used scale of PANSS (with paranoid schizophrenia) and Hamilton HDRS estimation scale for the depressive disorder. Screening study of presence of cognitive impairments was conducted by means of Montreal cognitive test (MoCA), for the estimation of their structure and manifestation degree the corresponding battery of methodologies is used.

Results. Educated cognitive impairments in women with depressive disorders and AH, that relate to volume, stability and purposefulness of attention, moderate decline of memory and capacity for abstracting and generalization, and also impairments of visually-structural and executive skills. Patients with paranoid schizophrenia comorbid with AH showed a deficit in volume and selectivity of attention, and also impairments of executive function, related to both positive and negative symptomatology, and also the deficit of the verbal associative productivity, related to the degree of negative symptomatology.

Conclusions. AH, concomitant to the mental disorders (schizophrenia, depressive disorder), modifies cognitive dysfunction at these diseases. A timely exposure and treatment of comorbid AH assist with deceleration of growth of cognitive impairments and maintenance of good compliance between a doctor and patient.

Key words: arterial hypertension, mental disorders, depression, paranoid schizophrenia, psychopharmacotherapy.