

значительному снижению SpO₂ в основной группе пациентов при проведении гипоксической пробы. Также в основной группе после лечения наблюдалось статистически значимое снижение систолического и диастолического АД, как в начале ГП, так и на 20 минуте ГП по сравнению с исходным уровнем и контрольной группой. Кроме того, состоялось статистически значимое снижение двойного произведения – показателя, который косвенно характеризует уровень потребления кислорода миокардом, в основной группе по сравнению с контрольной. *Выводы.* Курсовое применение кверцетина достоверно повышает устойчивость организма к гипоксии у больных пожилого возраста с метаболическим синдромом. Антигипоксическое действие кверцетина может использоваться для коррекции состояний, связанных с дефицитом кислорода.

Ключевые слова: пожилые люди, кверцетин, метаболический синдром, гипоксия.

EFFECT OF COURSE APPLICATION OF QUERCETIN ON RESISTANCE TO HYPOXIA IN ELDERLY PEOPLE WITH METABOLIC SYNDROME

Korkushko O. V., Shatilo V. B., Antoniuk-Shcheglova I. A., Bondarenko O. V., Naskalova S. S., Gavalko A. V., Grib O. M.

Abstract. The search for safe and effective drugs that can influence the course and correction of metabolic syndrome, especially in the older age group, has drawn attention to the possibilities of using an antioxidant from the bioflavonoid group, quercetin. The search for literature data indicates the absence of clinical studies on the use of quercetin in order to increase resistance to hypoxia in elderly people with metabolic syndrome. The aim of the study. To establish the response to an acute hypoxic test in the elderly people with metabolic syndrome after a course of quercetin in comparison with the control group. The object was 110 elderly patients with metabolic syndrome criteria, of which 55 people took quercetin (drug "Kvertin" PAO SPC «Borshchahivskiy CPP», 80 mg three times a day for 3 months), and 55 people took placebo and formed a control group. Methods. Anthropometric measurements; biochemical study with determination of glucose in blood plasma, lipids in blood serum; measurement of blood pressure; hypoxic test to determine resistance to hypoxia. Results. The course use of quercetin led to a less significant decrease in SpO₂ in the main group of patients during the hypoxic test. Also, in the main group, after treatment, there was a statistically significant decrease in systolic and diastolic blood pressure, both at the beginning of HP and at 20 minutes of HP compared to the baseline level and the control group. In addition, there was a statistically significant decrease in the double product – an indicator that indirectly characterizes the level of oxygen consumption by the myocardium in the main group compared to the control group. Conclusions. Course use of quercetin significantly increases the body's resistance to hypoxia in elderly patients with metabolic syndrome. The antihypoxic effect of quercetin can be used to correct conditions associated with oxygen deficiency.

Key words: elderly people, quercetin, metabolic syndrome, hypoxia.

*Рецензент – доц. Луценко Р. В.
Стаття надійшла 04.11.2020 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2020-4-158-160-166

УДК 616.895.4-036.1-052-008.46

Марута Н. О., Ярославцев С. О., Каленська Г. Ю.

КЛІНІЧНА КАРТИНА ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» (м. Херсон)

kalenskaya_galina@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Спадкові та соціально-стресові фактори в генезі та розвитку рекурентних депресій» (НАМН.СФ.1Ф.20).

Вступ. Проблема депресій залишається актуальною на протязі багатьох років, що обумовлено надзвичайно широкою поширеністю серед психічних розладів [1]. За даними різних епідеміологічних досліджень депресією страждають від 14 % до 25 % населення [2-4]. Кількість офіційно зареєстрованих хворих на депресивні розлади в світі досягає 100 млн осіб, але тільки 10-20 % звертаються за спеціалізованою психіатричною допомогою [5].

Своєчасне і адекватне лікування розладів настрою є дуже актуальною проблемою в усьому світі, оскільки за даними ВООЗ, це одна з провідних причин втрати працездатності серед працюючого населення [5]. Так, 35-50 % пацієнтів з депресією в певний період життя будуть непрацездатні, 15-20 % з них будуть отримувати допомогу по інвалідності, що призведе до збільшення фінансових витрат держа-

ви [5,6]. Депресія негативно впливає на всі складові життя пацієнтів та їхніх родичів, знижує рівень їх життя і ступінь соціального функціонування [3,7-9]. Даний розлад відноситься до одних з найбільш дорогих для суспільства захворювань. Згідно з даними ВООЗ, вартість лікування депресії в Європі, включаючи як прямі, так і непрямі витрати, становить 3,034 млрд євро в рік [1,5,6].

Важливим аспектом депресивних розладів є і те, що вони характеризуються рецидивуючим перебігом, схильністю до формування резистентних форм і представляють значну загрозу через розвиток ризику суїциду у даної категорії хворих [3,7-10]. Але на сучасному етапі розвитку науки і практики виявлення і класифікація депресій в умовах загальномедичної мережі пов'язані зі значними складнощами [2,4,11-13]. Це обумовлено наявністю «маскованих» форм депресій, стертої картини депресивних розладів, складною коморбідністю з соматичною патологією, рецидивуючим перебігом захворювання, ускладне-

ністю депресії когнітивними порушеннями (КП) і неточністю в діагностичних критеріях оцінки депресивного стану [2,14-16]. Тому дослідження, спрямовані на вивчення клініко-психопатологічних особливостей у хворих з КП при різних типах ДР має актуальність та дозволить покращити критерії діагностики і сприятиме підвищенню ефективності лікування різних типів ДР.

Мета дослідження – визначити специфічні прояви емоційних, психомоторних, сомато-вегетативних та сенсорних порушень у пацієнтів з когнітивними порушеннями при різних типах депресивних розладів.

Об'єкт і методи дослідження. В дослідженні прийняло участь 362 пацієнтів з КП при ДР: 123 пацієнтів з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнтів з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР).

У дослідженні був використаний комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного та статистичного методів дослідження. Статистична обробка даних застосовувалась для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі $\% \pm m$), достовірності відмінностей (критерії Стьюдента-Фішера [t], точного метода Фішера, Колмогорова-Смірнова [λ]). Статистична обробка результатів проводилась за допомогою Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

Результати дослідження та їх обговорення. Розподіл досліджуваних за статтю продемонстрував, що серед обстежених пацієнтів з РДР було 57 чоловіків ($46,34 \pm 2,78$) % і 66 жінок ($53,66 \pm 2,99$) %, серед пацієнтів з БАР – 76 чоловіків ($53,90 \pm 2,61$) % та 65 жінок ($46,10 \pm 2,42$) %, а серед пацієнтів з ПДР – 43 чоловіків ($43,88 \pm 3,39$) % та 55 жінок ($56,12 \pm 3,83$) %, що в цілому відповідає типовому розподілу за статтю при ДР. Тобто, серед обстежених переважали особи жіночої статі ($51,96$ %, ДК = 0,66, MI = 0,02, p = 0,046), лише в групі пацієнтів з БАР було більше чоловіків ($53,90$ %, ДК = 0,66, MI = 0,02, p = 0,046). Переважна кількість пацієнтів з КП при ДР характеризувалась віком 30-44 років (38,12 %). Осіб молодого віку (18-29 років) було більше серед пацієнтів з ПДР (21,43 %, ДК = 8,19, MI = 0,74, p = 0,0001) та серед хворих з БАР (31,21 %, ДК = 9,82, MI = 1,37, p = 0,0001), а осіб середнього віку (45-59 років) та осіб похилого віку (60-65 років) – серед пацієнтів з РДР (37,40 %, ДК = 1,54, MI = 0,09, p = 0,016 та 17,07 %, ДК = 4,78, MI = 0,27, p = 0,002).

Аналіз психомоторних розладів у пацієнтів з КП при ДР продемонстрував, що у 55,28 % пацієнтів з РДР визначалась загальмованість рухів, мови, міміки та у 45,53 % були зафіксовані рухові занепокоєння (заламування рук, покусання нігтів, губ, непосидючість) (табл. 1). Також у пацієнтів РДР відмічалась гипомімія ($70,73 \pm 3,14$) %, м'язова адинамія ($58,54 \pm 3,09$) % та легка загальмованість ($56,10 \pm 3,05$) %.

Таблиця 1 – Особливості психомоторних розладів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах

Найменування психомоторних розладів	РДР		БАР		ПДР	
	Абс.	$\% \pm m$	Абс.	$\% \pm m$	Абс.	$\% \pm m$
Загальмованість рухів, мови, міміки, аж до повної адинамії	68	$55,28 \pm 3,03$	83	$58,87 \pm 2,70$	34	$34,69 \pm 2,89$
Рухове занепокоєння (заламування рук, покусання нігтів, губ, непосидючість)	56	$45,53 \pm 2,75$	34	$24,11 \pm 1,50$	73	$74,49 \pm 3,88$
Рудиментарні рухові розлади						
- гипомімія	87	$70,73 \pm 3,14$	91	$64,54 \pm 2,75$	47	$47,96 \pm 3,57$
- легка загальмованість	69	$56,10 \pm 3,05$	109	$77,30 \pm 2,63$	38	$38,78 \pm 3,13$
- м'язова адинамія	72	$58,54 \pm 3,09$	112	$79,43 \pm 2,57$	22	$22,45 \pm 2,04$

У більшості пацієнтів з БАР була також зафіксована загальмованість рухів, мови, міміки ($58,87 \pm 2,70$) %, у 24,11 % визначалось рухове занепокоєння. Рудиментарні рухові розлади були представлені серед пацієнтів з БАР наявністю м'язової адинамії ($79,43 \pm 2,57$) %, легкої загальмованості ($77,30 \pm 2,63$) % та гипомімії ($64,54 \pm 2,75$) %.

У більшості пацієнтів з ПДР було зафіксоване рухове занепокоєння, що виражалось заламуванням рук, покусанням нігтів та непосидючістю ($74,49 \pm 3,88$) %, у 34,69 % пацієнтів була встановлена загальмованість рухів, у 47,96 % пацієнтів визначалась гипомімія, у 38,78 % пацієнтів серед рудиментарних рухових розладів визначалась легка загальмованість та у 22,45 % пацієнтів була встановлена м'язова адинамія.

Статистичний аналіз отриманих результатів дозволив визначити, що пацієнти з РДР та БАР відрізнялись більшою загальмованістю рухів (55,28 %, ДК = 2,02, MI = 0,21, p < 0,001 та 58,87 %, ДК = 2,30, MI = 0,28, p < 0,0001 відповідно) та гипомімією (70,73 %, ДК = 1,69, MI = 0,19, p < 0,0003 та 64,54 %, ДК = 1,29, MI = 0,11, p < 0,004 відповідно), ніж пацієнти з ПДР. У той час коли серед хворих на ПДР було більше осіб з руховим занепокоєнням ($74,49 \pm 3,88$) %, ніж при РДР та БАР ($45,53$ %, ДК = 2,14, MI = 0,31, p < 0,0001 та 24,11 %, ДК = 4,90, MI = 1,23, p < 0,0001 відповідно). При цьому було визначено, що пацієнтів з гипомімією було більше серед хворих на РДР, ніж на БАР (ДК = 2,76, MI = 0,30, p < 0,0001). Серед рудиментарних рухових проявів легка загальмованість та м'язова адинамія (були більш виражені серед пацієнтів з БАР ($77,30$ % та $79,43$ % відповідно), ніж серед хворих на РДР ($56,10$ %, ДК = 1,39, MI = 0,15, p < 0,0001 та $58,54$ %, ДК = 1,33, MI = 0,14, p < 0,0001 відповідно) та ПДР ($38,78$ %, ДК = 3,00, MI = 0,58, p < 0,0001 та $22,45$ %, ДК = 5,49, MI = 1,56, p < 0,0001 відповідно). При цьому було встановлено, що серед пацієнтів з РДР було більше осіб з легкою загальмованістю та м'язовою адинамією ($56,10$ % та $58,54$ % відповідно) у порівнянні з пацієнтами з ПДР ($38,78$ %, ДК = 1,60, MI = 0,14, p < 0,004 та $22,45$ %, ДК = 4,16, MI = 0,75, p < 0,0001 відповідно).

Було встановлено, що у пацієнтів з РДР були виражені наступні особливості сомато-вегетативних порушень: порушення апетиту ($66,67 \pm 3,15$) %, безсоння ($63,41 \pm 3,14$) %, зниження маси тіла ($55,28 \pm 3,03$) %, головні болі ($54,47 \pm 3,01$) %, запори ($54,47 \pm 3,01$) % та вегетативно-вісцеральні кризи ($45,53 \pm 2,75$) % (табл. 2). Також у значній кількості пацієнтів були зафіксовані порушення серцево-судинної сис-

Таблиця 2 – Особливості сомато-вегетативних розладів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах

Найменування сомато-вегетативних розладів	РДР		БАР		ПДР	
	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m
Порушення серцево-судинної системи	49	39,84 ± 2,53	30	21,28 ± 1,35	43	43,88 ± 3,39
Порушення дихання	12	9,76 ± 0,76	10	7,09 ± 0,49	34	34,69 ± 2,89
Порушення діяльності шлунково-кишкового тракту	43	34,96 ± 2,31	31	21,99 ± 1,39	50	51,02 ± 3,68
Порушення з боку сечовидільної системи	10	8,13 ± 0,64	7	4,96 ± 0,35	9	9,18 ± 0,90
Головні болі	67	54,47 ± 3,01	56	39,72 ± 2,20	68	69,39 ± 3,96
Сексуальні порушення	48	39,02 ± 2,50	73	51,77 ± 2,57	57	58,16 ± 3,88
Зниження маси тіла	68	55,28 ± 3,03	76	53,90 ± 2,61	34	34,69 ± 2,89
Гіпергідроз	9	7,32 ± 0,58	10	7,09 ± 0,49	14	14,29 ± 1,36
Вегетативно-вісцеральні кризи	56	45,53 ± 2,75	65	46,10 ± 2,42	75	76,53 ± 3,82
Порушення сну	78	63,41 ± 3,14	67	47,52 ± 2,46	60	61,22 ± 3,93
Порушення апетиту	82	66,67 ± 3,15	89	63,12 ± 2,74	54	55,10 ± 3,81
Запори	67	54,47 ± 3,01	96	68,09 ± 2,75	37	37,76 ± 3,07

теми (39,84 ± 2,53) %, сексуальні порушення (39,02 ± 2,50) % та порушення діяльності шлунково-кишкового тракту (34,96 ± 2,31) %.

У пацієнтів з БАР серед сомато-вегетативних розладів переважали запори (68,09 ± 2,75) %, зниження апетиту та маси тіла (63,12 ± 2,74 та 53,90 ± 2,61 % відповідно), сексуальні порушення (51,77 ± 2,57) %, порушення сну (47,52 ± 2,46) % та вегетативно-вісцеральні кризи (46,10 ± 2,42) %. У 39,72 % пацієнтів спостерігались головні болі, у 21,99 % осіб – порушення кишково-шлункового тракту та у 21,28 % – порушення серцево-судинної системи.

У пацієнтів з ПДР серед сомато-вегетативних розладів найбільш вираженими були вегетативно-вісцеральні кризи (76,53 ± 3,82) %, головні болі (69,39 ± 3,96) %, безсоння (61,22 ± 3,93) %, сексуальні порушення (58,16 ± 3,88) %, порушення діяльності шлунково-кишкового тракту (51,02 ± 3,68) % та пов'язані з цим розлади апетиту та зниження маси тіла (55,10 ± 3,81 % та 34,69 ± 2,89 % відповідно). Також у 43,88 % пацієнтів з ПДР спостерігалась наявність порушень серцево-судинної системи, 37,76 % осіб страждали від запорів.

Статистичний аналіз результатів дозволив довести, що сомато-вегетативні порушення були більше виражені серед пацієнтів з ПДР, серед яких було більше осіб з вегетативно-вісцеральними кризами (76,53 %), головними болями (69,39 %), порушеннями роботи шлунково-кишкового тракту (51,02 %), дихання (34,69 %), гіпергідрозом (14,29 %) у порівнянні з пацієнтами з РДР (45,53 %, ДК = 2,26, MI = 0,35, p < 0,0001; 54,47 %, ДК = 1,05, MI = 0,08, p < 0,009; 34,96 %, ДК = 1,64, MI = 0,13, p < 0,007; 9,76 %, ДК = 5,51, MI = 0,69, p < 0,0001 та 7,32 %, ДК = 2,91, MI = 0,10, p < 0,044 відповідно) та БАР (46,10 %, ДК = 2,20, MI = 0,33, p < 0,0001; 39,72 %, ДК = 2,42, MI = 0,36, p < 0,0001; 21,99 %, ДК = 3,66, MI = 0,53, p < 0,004; 7,09 %, ДК = 6,89, MI = 0,95, p < 0,0001 та 7,09 %, ДК = 3,04, MI = 0,11, p < 0,035 відповідно). Треба відмітити, що кількість пацієнтів з наявністю головних болів та порушень роботи шлунково-кишкового тракту була більшою серед пацієнтів з РДР (54,47 % та 34,96 % відповідно) в порівнянні з хворими на БАР (39,72 %, ДК = 1,37, MI = 0,10, p < 0,0057 та 21,99 %, ДК = 2,01, MI = 0,13,

p < 0,0072 відповідно). Також було доведено, що наявність порушень у роботі серцево-судинної системи та розлади сну були більш виражені серед пацієнтів з РДР (39,84 % та 63,41 % відповідно) та ПДР (43,88 % та 61,22 % відповідно), ніж у хворих на БАР (21,28 %, ДК = 2,78, MI = 0,25, p < 0,0004 та ДК = 3,14, MI = 0,36, p < 0,0001 відповідно; 47,52 %, ДК = 1,25, MI = 0,10, p < 0,0035 та ДК = 1,10, MI = 0,08, p < 0,012 відповідно). Було також визначено, що порушення апетиту, зниження маси тіла та запори були менш виражені серед хворих на ПДР (55,10 %, 34,69 % та 37,76 % відповідно) у порівнянні з пацієнтами з РДР (66,67 %, ДК =

0,83, MI = 0,05, p < 0,024; 55,28 %, ДК = 2,02, MI = 0,21, p < 0,001 та 54,47 %, ДК = 1,59, MI = 0,13, p < 0,0051 відповідно) та БАР (63,12 %, ДК = 0,59, MI = 0,02, p < 0,049; 53,90 %, ДК = 1,91, MI = 0,18, p < 0,0001 та 68,09 %, ДК = 2,56, MI = 0,39, p < 0,0001 відповідно). При цьому запори частіше виявлялись у пацієнтів з БАР (68,09 %), ніж при РДР (54,47 %, ДК = 0,97, MI = 0,07, p < 0,007). Треба також зазначити, що у пацієнтів з БАР та ПДР частіше зустрічались особи з наявністю сексуальних порушень (51,77 % та 58,16 % відповідно), ніж серед пацієнтів з РДР (39,02 %, ДК = 1,23, MI = 0,08, p < 0,011 та 39,02 %, ДК = 1,73, MI = 0,17, p < 0,001 відповідно).

Серед порушень чутливості у більшості пацієнтів з РДР відмічалась гіпестезія (51,22 ± 2,93) %, у 34,15 % осіб була зафіксована анестезія та у 14,63 % пацієнтів – гіперстезія (табл. 3). Порушення слуху (підвищена чутливість або непереносимість звуків) була зареєстрована у 13,01 % пацієнтів з РДР, а розлади зору (скотоми, звуження полів зору, астенопія, фотопсії) спостерігались у 2,44 % осіб. Серед психо-сенсорних порушень у пацієнтів з РДР визначались розлади схеми тіла (15,45 ± 1,16) %, сенестопатії (10,57 ± 0,82) % та парестезії (4,88 ± 0,39) %.

У більшості пацієнтів з БАР серед розладів чутливості визначалась гіпестезія (61,70 ± 2,73) %, у 31,21 % осіб була зафіксована анестезія, а у 7,09 % пацієнтів – гіперстезія. Порушення слуху (підвищена чутливість або непереносимість звуків) та розлади зору (скотоми, звуження полів зору, астенопія, фотопсії) були виражені незначно серед пацієнтів з БАР та спостерігались у 7,80 % та 4,96 % осіб відповідно. Психо-сенсорні порушення пацієнтів з БАР були представлені, перш за все, сенестопатіями (31,91 ± 1,88) % та розладами схеми тіла (22,70 ± 1,43) %, у 6,38 % пацієнтів визначались парестезії.

У більшості пацієнтів з ПДР серед порушень чутливості була виражена гіперстезія (60,20 ± 3,92) %, у 23,47 % осіб визначалась анестезія та у 16,33 % – гіпестезія. Розлади зору (скотоми, звуження полів зору, астенопія, фотопсії) спостерігались у 16,33 % осіб з ПДР та порушення слуху (підвищена чутливість або непереносимість звуків) була зареєстрована у 12,24 % пацієнтів. Серед психо-сенсорних порушень

Таблиця 3 – Особливості сенсорних розладів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах

Найменування сенсорних розладів	РДР		БАР		ПДР	
	Абс	% ± m	Абс	% ± m	Абс.	% ± m
Порушення чутливості:						
- гіпестезія	63	51,22 ± 2,93	87	61,70 ± 2,73	16	16,33 ± 1,54
- гіперестезія	18	14,63 ± 1,11	10	7,09 ± 0,49	59	60,20 ± 3,92
- анестезія	42	34,15 ± 2,27	44	31,21 ± 1,85	23	23,47 ± 2,12
Розлади зору (скотоми, звуження полів зору, астенопія, фотопсії)	3	2,44 ± 0,20	7	4,96 ± 0,35	16	16,33 ± 1,54
Порушення слуху (підвищена чутливість або непе реносимість звуків)	16	13,01 ± 0,99	11	7,80 ± 0,54	12	12,24 ± 1,18
Психо-сенсорні порушення:						
- парестезії	6	4,88 ± 0,39	9	6,38 ± 0,44	5	5,10 ± 0,51
- розлади схеми тіла	19	15,45 ± 1,16	32	22,70 ± 1,43	11	11,22 ± 1,09
- сенестопатії	13	10,57 ± 0,82	45	31,91 ± 1,88	28	28,57 ± 2,49

у 28,57 % пацієнтів з ПДР були виражені сенестопатії, у 11,22 % осіб – розлади схеми тіла та у 5,10 % пацієнтів зустрічались парестезії.

Статистичний аналіз результатів дозволив визначити, що гіпестезія та розлади схеми тіла та частіше зустрічались у пацієнтів з БАР (61,70 % та 22,70 % відповідно), ніж серед хворих на РДР (51,22 %, ДК = 0,81, MI = 0,04, $p < 0,022$ та 15,45 %, ДК = 1,67, MI = 0,06, $p < 0,041$ відповідно) та ПДР (16,33 %, ДК = 5,77, MI = 1,31, $p < 0,0001$ та 11,22 %, ДК = 3,06, MI = 0,18, $p < 0,010$ відповідно). Сенестопатії були більш виражені серед пацієнтів з БАР (31,91 %) та ПДР (28,57 %), ніж серед хворих на РДР (10,57 %, ДК = 4,80, MI = 0,51, $p < 0,0001$ та ДК = 4,32, MI = 0,39, $p < 0,0005$ відповідно). Пацієнти з РДР відрізнялись від хворих на ПДР більшою кількістю пацієнтів з наявністю гіпестезії та анестезії (51,22 % та 34,15 % відповідно) (16,33 %, ДК = 4,97, MI = 0,87, $p < 0,0001$ та 23,47 %, ДК = 1,63, MI = 0,09, $p < 0,027$ відповідно). У той час коли хворі з ПДР відрізнялись більшою представленістю серед пацієнтів гіперестезії (60,20 %) та розладів зору (16,33 %) в порівнянні з хворими на РДР (14,63 %, ДК = 6,14, MI = 1,40, $p < 0,0001$ та 2,44 %, ДК = 8,26, MI = 0,57, $p < 0,0002$ відповідно) та БАР (7,09 %, ДК = 9,29, MI = 2,47, $p < 0,0001$ та 4,96 %, ДК = 5,17, MI = 0,29, $p < 0,0027$ відповідно). Треба зазначити, що у пацієнтів з РДР було більше осіб з гіперестезією (14,63 %) у порівнянні з хворими на БАР (7,09 %, ДК = 3,15, MI = 0,12, $p < 0,022$).

Порушення вираженості емоцій проявлялись в тому, що 54,47 % пацієнтів з РДР відчували апатію, у 36,59 % пацієнтів була зафіксована сенситивність, у 17,07 % хворих з РДР була встановлена емоційна холодність та 22,76 % пацієнтів відчували байдужість (табл. 4). У пацієнтів з БАР у більшості пацієнтів визначалась апатія (56,03 ± 2,65) %, у значної кількості хворих проявлялась емоційна холодність (46,10 ± 2,42) % та сенситивність (36,88 ± 2,09) %. У 59,18 % пацієнтів з ПДР була визначена апатія, у 48,98 % – сенситивність.

Порушення стійкості емоцій у пацієнтів з РДР проявлялось в емоційній лабільності (52,03 ± 2,95) %, а також легкодухості (29,27 ± 2,02) %. У 34,04 % пацієнтів з БАР порушення стійкості емоцій проявлялись в емоційній лабільності. У більшості пацієнтів з ПДР також була виражена емоційна лабільність (75,51 ± 3,85) % та у 34,69 % проявлялась в легкому коливанні настрою.

Також були визначені порушення настрою: у більшості пацієнтів з РДР визначалась гипотимія (83,74 ± 2,77) %, яка проявлялась в зниженому настрої, відчутті безвиходу і безпорадності. У значної кількості пацієнтів з РДР проявлялась тривога (52,85 ± 2,97) % та відчуття страху (22,76 ± 1,64) %. Знижений настрій, зневіра, яка супроводжувалась відчуттям пасивності і фізичного неблагополуччя, спостерігались у пацієн-

тів з БАР (90,07 ± 2,03) %, а також їм було характерно відчуття тривоги (46,10 ± 2,42) %. У пацієнтів з ПДР провідними емоційними порушеннями виявились гипотимія (84,69 ± 3,42) %, тривога (80,61 ± 3,66) % та страхи (57,14 ± 3,86) %.

Статистичний аналіз отриманих результатів дозволив визначити, що серед пацієнтів з ПДР було більше осіб з сенситивністю (48,98 %) та страхом (57,14 %) у порівнянні з хворими на РДР (36,59 %, ДК = 1,27, MI = 0,08, $p < 0,0198$ та 22,76 %, ДК = 4,00, MI = 0,69, $p < 0,0001$ відповідно) та БАР (36,88 %, ДК = 1,23, MI = 0,07, $p < 0,0188$ та 18,44 %, ДК = 4,91, MI = 0,95, $p < 0,0001$ відповідно). Також серед пацієнтів з ПДР було більше пацієнтів з емоційною лабільністю (75,51 %) та тривогою (80,61 %), ніж серед пацієнтів з РДР (52,03 %, ДК = 1,62, MI = 0,19, $p < 0,001$ та 52,85 %, ДК = 1,83, MI = 0,25, $p < 0,0001$ відповідно) та БАР (34,04 %, ДК = 3,46, MI = 0,72, $p < 0,0001$ та 24,82 %, ДК = 5,12, MI = 1,43, $p < 0,0001$ відповідно). Також було встановлено, що емоційна лабільність та тривога була виражена більше у пацієнтів з РДР (52,03 %), ніж у хворих на БАР (34,04 %, ДК = 1,84, MI = 0,17, $p < 0,0012$).

Пацієнти з БАР відрізнялись від хворих з РДР та ПДР тим, що в цієї групі було більше пацієнтів, які відчували емоційну холодність (46,10 %) та амбівалентність емоцій (39,72 %), а також меншу легкодухість (19,15 %) у порівнянні з пацієнтами з РДР (17,07 %, ДК = 4,31, MI = 0,63, $p < 0,0001$; 15,45 %, ДК = 4,10, MI = 0,50, $p < 0,0001$ та 29,27 %, ДК = 1,84, MI = 0,09, $p < 0,0183$ відповідно) та ПДР (22,45 %, ДК = 3,12, MI = 0,37, $p < 0,0001$; 28,57 %, ДК = 1,43, MI = 0,08, $p < 0,0229$ та 34,69 %, ДК = 2,58, MI = 0,20, $p < 0,003$ відповідно). Треба зазначити, що пацієнтів з емоційної амбівалентністю було більше серед хворих на ПДР (28,57 %), ніж серед хворих на РДР (15,45 %, ДК = 2,67, MI = 0,18, $p < 0,0082$). У пацієнтів з РДР було менше осіб з емоційною неадекватністю (5,69 %) та експлозивністю (6,50 %), ніж серед хворих на БАР (21,99 %, ДК = 5,87, MI = 0,48, $p < 0,0001$ та 24,11 %, ДК = 5,69, MI = 0,50, $p < 0,0001$ відповідно) та ПДР (16,33 %, ДК = 4,58, MI = 0,24, $p < 0,006$ та 18,37 %, ДК = 4,51, MI = 0,27, $p < 0,004$ відповідно). Пацієнтів з гипотимією та дисфорією було більше серед хворих на БАР (90,07 % та 16,31 % відповідно), ніж серед пацієнтів з РДР

Таблиця 4 – Особливості емоційних порушень у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах

Найменування емоційних розладів	РДР		БАР		ПДР	
	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m
Порушення вираженості емоцій						
Сенситивність	45	36,59 ± 2,39	52	36,88 ± 2,09	48	48,98 ± 3,61
Емоційна холодність	21	17,07 ± 1,27	65	46,10 ± 2,42	22	22,45 ± 2,04
Емоційна тупість	28	22,76 ± 1,64	24	17,02 ± 1,11	23	23,47 ± 2,12
Апатія	67	54,47 ± 3,01	79	56,03 ± 2,65	58	59,18 ± 3,90
Порушення адекватності емоцій						
Емоційна амбівалентність	19	15,45 ± 1,16	56	39,72 ± 2,20	28	28,57 ± 2,49
Емоційна неадекватність	7	5,69 ± 0,45	31	21,99 ± 1,39	16	16,33 ± 1,54
Порушення стійкості емоцій						
Емоційна лабільність	64	52,03 ± 2,95	48	34,04 ± 1,97	74	75,51 ± 3,85
Експлозивність	8	6,50 ± 0,52	34	5,67 ± 0,25	18	18,37 ± 1,71
Легкодушність	36	29,27 ± 2,02	27	19,15 ± 1,23	34	34,69 ± 2,89
Порушення настрою						
Гипотимія	103	83,74 ± 2,77	127	90,07 ± 2,03	83	84,69 ± 3,42
Дисфорія	12	9,76 ± 0,76	23	16,31 ± 1,07	13	13,27 ± 1,27
Тривога	65	52,85 ± 2,97	35	46,10 ± 2,42	79	80,61 ± 3,66
Страх	28	22,76 ± 1,64	26	18,44 ± 1,19	56	57,14 ± 3,86

(83,74 %, ДК = 0,32, MI = 0,01, p < 0,0459 та 9,76 %, ДК = 2,23, MI = 0,07, p < 0,0432 відповідно).

Висновок. Були встановлені специфічні клініко-психопатологічні особливості депресивних проявів у пацієнтів з КП при різних типах ДР, що виражались в наявності психомоторних, сомато-вегетативних, емоційних та сенсорних порушень:

у пацієнтів з РДР були зафіксовані сомато-вегетативні порушення (порушення сну (63,41 %) та апетиту (66,67 %), зниження ваги (55,28 %), запори (54,47 %), серцево-судинні симптоми (39,84 %)), сенсорні прояви (гіпестезія (51,22 %) та анестезія (34,15 %)), психо-моторні прояви (загальмованість (55,28 %) та гипомімія (70,73 %)) та емоційні прояви (гипотимія (83,74 %), сенситивність (36,59 %), емоційна лабільність (52,03 %), та тривога (63,41%));

у пацієнтів з БАР були зафіксовані сомато-вегетативні симптоми (запори (68,09 %), зниження апетиту

(63,12 %), зниження ваги (53,90 %), сексуальні порушення (51,77 %)), сенсорні прояви (гіпестезія (61,70 %), сенестопатія (31,91 %) та розлади схеми тіла (22,70 %)), психо-моторні прояви (загальмованість рухів (58,87 %), гипомімія (64,54 %), легка загальмованість (77,30 %) та м'язова адинамія (79,30 %)) та емоційні прояви (гипотимія (90,07 %), апатія (56,03 %), емоційна холодність (46,10 %), амбівалентність емоцій (39,72 %));

у пацієнтів з ПДР були зафіксовані сомато-вегетативні симптоми (вегетативно-вісцеральні кризи (76,53 %), головні болі (69,39 %), сексуальні порушення (58,16 %), гастроінтестинальні симптоми (51,02 %), порушення дихання (34,69 %)), сенсорні прояви (гіперстезії (60,20 %) та розлади зору (16,33 %)), психо-моторні прояви у вигляді рухової занепокоєності (74,49 %) та емоційні прояви (тривога (80,61 %), гипотимія (84,69 %), відчуття страху (57,14 %), емоційна лабільність (75,51 %) та сенситивність (48,98 %)).

Перспективи подальших досліджень. Представлені результати досліджень дозволили визначити специфічні прояви емоційних, психомоторних, сомато-вегетативних та сенсорних порушень, які характерні для різних типів депресивних розладів і потребують подальшого виявлення психологічних рис особистості, предикторів суїцидальної поведінки і специфіки когнітивних порушень при депресивних розладах різного походження. Визначені клініко-психопатологічні характеристики пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах слід враховувати при проведенні диференціальної діагностики цих розладів та побудові лікувально-профілактичних заходів.

Література

- Marcus M, Yasamy MT, van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. Depression: a global public health concern. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012. p. 6-8.
- Brisa S Fernandes, Leanne M Williams, Johann Steiner, Marion Leboyer, André F Carvalho, Michael Berk. The new field of 'precision psychiatry'. BMC Medicine. 2017;15:80.
- Meeten F, Davey GCL. Mood-as-input hypothesis and perseverative psychopathologies. Clin. Psychol. Rev. 2011;31(8):1259-75. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.08.002
- Patricia A Arean, Kevin A Hallgren, Joshua T Jordan, Adam Gazzaley, David C Atkins, Patrick J Heagerty, Joaquin A Anguera. The Use and Effectiveness of Mobile Apps for Depression: Results From a Fully Remote Clinical Trial. Journal of Medical Internet Research. 2016 Dec 20;18(12):e330. DOI: 10.2196/jmir.6482
- Kompleksnyy plan deystviy v oblasti psikhicheskogo zdorov'ya na 2013-2020 gg. [Internet]. Zheneva: VOZ; 2013. s. 2-37. Dostupno: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1 [in Russian].
- Kessler RC. The costs of depression. Psychiatr. Clin. North Am. 2012;35(1):1-14.
- Iwata M, Ota KT, Duman RS. The inflammasome: pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses. Brain, Behav. Immun. 2013;31:105-14. DOI: 10.1016/j.bbi.2012.12.008
- Elliott R, Zahn R, Deakin J, Anderson I. Affective Cognition and its Disruption in Mood Disorders. Neuropsychopharmacology Reviews. 2011;36:153-82.
- Williams LM. Precision psychiatry: a neural circuit taxonomy for depression and anxiety. Lancet Psychiatry. 2016;3:472-80.
- Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Symptom profiles of DSM-IV-defined remission, recovery, relapse, and recurrence of depression: the role of the core symptoms. Depress. Anxiety. 2012;29(7):638-45.
- Hasselbalch BJ, Knorr U, Hasselbalch SG, Gade A, Kessing LV. The cumulative load of depressive illness is associated with cognitive function in the remitted state of unipolar depressive disorder. Eur. Psychiatry. 2013;28(6):349-55.
- Barbot A, Carrasco M. Emotion and anxiety potentiate the way attention alters visual appearance. Sci. Rep. 2018;8:5938.
- Fried EI, Nesse RM. Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. J. Affect. Disord. 2015;172:96-102.
- Maruta NO, Pan'ko TV, Kalens'ka GYu. Diahnostychni kryteriyyi depresyvykh rozladiv na etapakh nadannya medychnoyi dopomohy. Ukrainyys'ky visnyk psykhonevrolohiyi. 2017;25:1(90):135. [in Ukrainian].
- Shahyakhmetov FSh, Anokhyn PK, Shamanyina YYu. Vortyoksetyn: mekhanyzmy mul'tymodal'nosti y klynycheskaya éffektyvnost'. Sotsyal'naya y klynycheskaya psykhyatryya. 2016;26(4):84-96. [in Russian].

16. Vieta E, Sluth LB, Olsen CK. The effects of vortioxetine on cognitive dysfunction in patients with inadequate response to current antidepressants in major depressive disorder: a short-term, randomized, double-blind, exploratory study versus escitalopram. *J. Affect. Disord.* 2018;227:803-9.

КЛІНІЧНА КАРТИНА ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

Марута Н. О., Ярославцев С. О., Каленська Г. Ю.

Резюме. Проблема депресії залишається актуальною протягом багатьох років через надзвичайно широке поширення психічних розладів. За даними різних епідеміологічних досліджень, на депресію страждає від 14 % до 25 % населення. Своєчасне та адекватне лікування розладів настрою є дуже важливою проблемою у всьому світі, оскільки за даними ВООЗ, це одна з основних причин інвалідності серед працездатного населення. Депресія негативно впливає на всі складові життя пацієнтів та їхніх родичів, знижує рівень життя та ступінь соціального функціонування.

Важливим аспектом депресивних розладів є те, що вони характеризуються періодичним перебігом, тенденцією до формування стійких форм і становлять значну загрозу через розвиток ризику суїциду у цієї категорії пацієнтів. Але на сучасному етапі розвитку науки і практики виявлення та класифікація депресії в загальній медичній мережі пов'язані зі значними труднощами. Тому дослідження, спрямовані на вивчення клінічних та психопатологічних особливостей у пацієнтів з когнітивними порушеннями при різних типах депресивних розладів, є актуальними та дозволяють поліпшити діагностичні критерії та підвищити ефективність лікування різних типів депресивних розладів.

Метою дослідження було виявити специфічні прояви емоційних, психомоторних, сомато-вегетативних та сенсорних розладів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при різних типах депресивних розладів.

Об'єкт і методи дослідження. Було обстежено 362 пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах (ДР): 123 пацієнтів з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнтів з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 осіб з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР).

Результати. Були встановлені специфічні клініко-психопатологічні особливості депресивних проявів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при різних типах ДР, що виражались в наявності психомоторних, сомато-вегетативних, емоційних та сенсорних порушень. У пацієнтів з РДР були зафіксовані порушення сну та апетиту, зниження ваги, серцево-судинні симптоми, гіпестезія, анестезія, загальмованість рухів, гипомімія, гипотимія, сенситивність, емоційна лабільність та тривога. У пацієнтів з БАР були зафіксовані запори, зниження апетиту і ваги, сексуальні порушення, гіпестезія, сенестопатія, розлади схеми тіла, загальмованість рухів, гипомімія, м'язова адинамія, гипотимія, апатія, емоційна холодність та амбівалентність емоцій. У пацієнтів з ПДР були зафіксовані вегетативно-вісцеральні кризи, головні болі, сексуальні порушення, гастроінтестинальні симптоми, гіперстезія, тривога, гипотимія, відчуття страху, емоційна лабільність та сенситивність.

Висновки. Клінічний та психопатологічний аналіз депресивних проявів у пацієнтів з когнітивними розладами при депресивних розладах дозволив виявити специфічні прояви емоційних, психомоторних, сомато-вегетативних та сенсорних розладів, характерних для різних типів депресії, що надалі сприятиме вдосконаленню диференціальної діагностики та профілактичних заходів.

Ключові слова: пацієнти з когнітивними порушеннями, депресивні розлади, клініко-психопатологічні особливості, емоційні, психомоторні, сомато-вегетативні та сенсорні порушення, рекурентний депресивний розлад, біполярний депресивний розлад, пролонгована депресивна реакція.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Марута Н. А., Ярославцев С. А., Каленская Г. Ю.

Резюме. Проблема депрессии остается актуальной на протяжении многих лет из-за чрезвычайно широкой распространенности психических расстройств. По данным различных эпидемиологических исследований, депрессией страдает от 14 % до 25 % населения. Своевременное и адекватное лечение расстройств настроения является очень важной проблемой во всем мире, поскольку по данным ВОЗ, это одна из основных причин инвалидности среди трудоспособного населения. Депрессия негативно влияет на все составляющие жизни пациентов и их родственников, снижает уровень жизни и степень социального функционирования.

Важным аспектом депрессивных расстройств является то, что они характеризуются периодическим течением, тенденцией к формированию устойчивых форм и представляют значительную угрозу из-за развития риска суицида в этой категории пациентов. Но на современном этапе развития науки и практики выявление и классификация депрессии в общей медицинской сети связаны со значительными трудностями. Поэтому исследования, направленные на изучение клинических и психопатологических особенностей у пациентов с когнитивными нарушениями при различных типах депрессивных расстройств, актуальны и позволяют улучшить диагностические критерии и повысить эффективность лечения различных типов депрессивных расстройств.

Целью исследования было выявить специфические проявления эмоциональных, психомоторных, соматовегетативных и сенсорных расстройств у пациентов с когнитивными нарушениями при различных типах депрессивных расстройств.

Объект и методы исследования. Было обследовано 362 пациента с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах (ДР): 123 пациента с рекуррентными депрессивными расстройствами (РДР), 141 пациента с биполярными аффективными расстройствами (БАР) и 98 пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией (ПДР).

Результаты. Были установлены специфические клинико-психопатологические особенности депрессивных проявлений у пациентов с когнитивными нарушениями при различных типах ДР, что выражались в наличии психомоторных, соматовегетативных, эмоциональных и сенсорных нарушений. У пациентов с РДР были зафиксированы нарушения сна и аппетита, снижение веса, сердечно-сосудистые симптомы, гипестезия, анестезия, заторможенность движений, гипомимия, гипотимия, сенситивность, эмоциональная лабильность и тревога. У пациентов с БАР были зафиксированы запоры, снижение аппетита и веса, сексуальные нарушения, гипестезия, сенестопатии, расстройства схемы тела, заторможенность движений, гипомимия, мышечная адинамия, гипотимия, апатия, эмоциональная холодность и амбивалентность эмоций. У пациентов с ПДР были зафиксированы вегетативно-висцеральные кризы, головные боли, сексуальные нарушения, гастроинтестинальные симптомы, гиперестезия, тревога, гипотимия, чувство страха, эмоциональная лабильность и сенситивность.

Выводы. Клинический и психопатологический анализ депрессивных проявлений у пациентов с когнитивными расстройствами при депрессивных расстройствах позволил выявить специфические проявления эмоциональных, психомоторных, соматовегетативных и сенсорных расстройств, характерных для различных типов депрессии, в дальнейшем будет способствовать совершенствованию дифференциальной диагностики и профилактических мероприятий.

Ключевые слова: пациенты с когнитивными нарушениями, депрессивные расстройства, клинико-психопатологические особенности, эмоциональные, психомоторные, сомато-вегетативные и сенсорные нарушения, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное депрессивное расстройство, пролонгированная депрессивная реакция.

CLINICAL PICTURE OF DEPRESSIVE MANIFESTATIONS AMONG PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENTS IN DEPRESSIVE DISORDERS

Maruta N. O., Yaroslavtsev S. O., Kalens'ka H. Yu.

Abstract. The problem of depression will remain relevant for many years, due to the extremely widespread prevalence of mental disorders. According to various epidemiological studies, depression affects from 14% to 25% of the population. Timely and adequate treatment of mood disorders is a very important problem around the world, because according to the WHO, it is one of the leading causes of disability among the working population. Depression negatively affects all components of the lives of patients and their relatives, reduces their standard of living and the degree of social functioning.

An important aspect of depressive disorders is that they are characterized by a recurrent course, a tendency to form resistant forms and pose a significant threat due to the development of suicide risk in this category of patients. But at the present stage of development of science and practice, the detection and classification of depression in the general medical network are associated with significant difficulties. Therefore, research aimed at studying the clinical and psychopathological features in patients with CP in different types of DR is relevant and will improve the diagnostic criteria and increase the effectiveness of treatment of different types of DR.

The aim of the study was to identify specific manifestations of emotional, psychomotor, somato-vegetative and sensory disorders in patients with cognitive impairment in different types of depressive disorders.

Object and methods of research. 362 patients with cognitive impairment in depressive disorders (DD) were examined: 123 patients with recurrent depressive disorder (RDD), 141 patients with bipolar affective disorder (BAD) and 98 patients with prolonged depressive reaction (PDR). A set of research methods was used: clinical-psychopathological and statistical.

Results. Specific clinical and psychopathological features of depressive manifestations were established in patients with cognitive impairment in various types of DD, which were expressed in the presence of psychomotor, somato-vegetative, emotional and sensory impairments. A sleep and appetite disorders, weight loss, cardiovascular symptoms, hypesthesia, anesthesia, inhibition of movements, hypomimia, hypotension, sensitivity, emotional lability and anxiety were recorded in patients with RDD. A constipation, decreased appetite and weight, sexual dysfunctions, hypoesthesia, senestopathy, body structure disorders, inhibition of movements, hypomimia, muscle adynamia, hypotymia, apathy, emotional coldness and ambivalence of emotions were recorded in patients with BAD. A vegetative-visceral crises, headaches, sexual dysfunctions, gastrointestinal symptoms, hyperesthesia, anxiety, hypotension, a sense of fear, emotional lability and sensitivity were recorded in patients with PDR.

Conclusions. Clinical and psychopathological analysis of depressive manifestations in patients with cognitive disorders in depressive disorders allowed identifying specific manifestations of emotional, psychomotor, somato-autonomic and sensory disorders that are characteristic of different types of depression, which will further help improve differential diagnosis and preventive measures.

Key words: patients with cognitive impairment, depressive disorders, clinical and psychopathological characteristics, emotional, psychomotor, somato-vegetative and sensory disturbances, recurrent depressive disorder, bipolar depressive disorder, prolonged depressive reaction.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.
Стаття надійшла 01.10.2020 року