

<https://doi.org/10.35339/ekm.2019.84.03.07>
УДК 616.831-052-036.65:616.8-009.83-008.42:616.895.7

К.В. Шевченко-Бітенський

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», м. Одеса

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ЗМІШАНУ ДЕМЕНЦІЮ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ, УСКЛАДНЕНОЮ ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ

У дослідженні взяли участь 72 пацієнти зі змішаною деменцією помірного та тяжкого ступеня вираженості, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами (основна група) та 61 пацієнт зі змішаною деменцією помірного та тяжкого ступеня вираженості, без психотичних розладів (контрольна група). Доведено, що пацієнти основної групи характеризувались більш вираженими когнітивними порушеннями. У хворих зі змішаною деменцією помірного ступеня вираженості превалюють розлади мислення переважно психотичного генезу, а у хворих зі змішаною деменцією тяжкого ступеня вираженості, ускладненою психозом, виявлена висока частота когнітивних порушень практики, гнозису, уваги, мови, читання та орієнтації.

Ключові слова: змішана деменція, діагностика, галюцинаторно-параноїдні розлади, когнітивні дисфункції.

Вступ

Зниження когнітивних функцій входить до числа найбільш поширених і соціально значущих розладів, мозкова діяльність є прогностично несприятливим чинником в осіб літнього віку [1, 2]. Зміни в нейрональній системі при старінні значною мірою стосуються структур, які регулюють настрої, інтелектуальні процеси, саме тому при обстеженні пацієнтів похилого віку значну увагу слід приділяти оцінці когнітивного статусу [1–3]. Вираженість когнітивних розладів може варіювати від легких, які бувають пов'язані із закономірними процесами старіння нервової тканини, до найбільш тяжкої форми когнітивних порушень, зокрема деменції [4, 5].

Деменція є найважливішою причиною інвалідності та залежності літніх людей в усьому світі і яка є важким тягарем людей, сім'ї, громади та країни [4, 6–8]. За останніми даними, щороку майже у 8 мільйонів людей у світі розвивається деменція, у 2015 році деменція була діагностована більш ніж у 47 мільйонів людей по всьому світу, водночас очікується, що цей

показник зросте до 76 мільйонів у 2030 році та до 145 мільйонів у 2050 році [3–5, 9]. ВООЗ наголошує, що особлива увага повинна приділятися пріоритетності своєчасного діагностування на рівні первинної медико-санітарної допомоги, розробці стратегічних підходів до забезпечення досліджень деменції, необхідності вдосконалення методів діагностики профілактики, зниження ризиків та лікування деменції [6]. Тому дослідження, спрямовані на визначення особливостей когнітивних порушень у хворих на змішану деменцію (ЗД) різного ступеня вираженості, ускладнену галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР), актуальне та має велике медико-соціальне значення.

Мета дослідження – визначити особливості когнітивних порушень у пацієнтів з ЗД різного ступеня вираженості, ускладнену ГПР.

Матеріал і методи

У дослідженні взяли участь 133 хворих з ЗД. Усі пацієнти були розділені на основну та контрольну групу за ознакою наявності чи відсутності ГПР. Так, основну групу склали

72 пацієнти з ЗД помірного та важкого ступеня вираженості деменції, ускладненою ГПР. У контрольну групу увійшов 61 пацієнт з ЗД з помірним та важким ступенем вираженості деменції без ознак психотичних розладів. Для деталізації аналізу пацієнти були також розділені за ступенем вираженості деменції. В основній групі усі хворі були розділені на осіб з помірним (45 пацієнтів) та важким (27 пацієнтів) ступенем вираженості деменції. В контрольній – 36 хворих склали групу з помірним ступенем вираженості (ПСВ) деменції та 25 пацієнтів – з важким ступенем вираженості (ТСВ) деменції.

При вивченні основних когнітивних порушень (порушень пам'яті, уваги, психомоторної координації, мови, гнозису, праксису, рахування, мислення, орієнтації, планування і контролю вищої психічної діяльності) у хворих з ЗД, ускладненою ГПР, були використані: клініко-психопатологічний метод (структуроване інтерв'ю, що проводилось в рамках клініко-феноменологічного і психопатологічного підходів в психіатрії); елементарні нейропсихологічні дослідження основних когнітивних функцій хворих на деменцію (складання картинок, розуміння оповідань і сюжетних картин, встановлення послідовності подій, класифікація, виключення зайвого, виділення істотних ознак, пошук аналогій, визначення та порівняння понять, формування штучних понять, підбір слів-антонімів), що проводились в процесі структурованого інтерв'ю; коротка шкала оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE) [10]; Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCa) [11].

Результати та їх обговорення

Аналіз результатів вивчення основних когнітивних порушень у хворих з ЗД ПСВ, ускладненою ГПР, в порівнянні з відповідною контрольною групою, проведений за допомогою шкал MMSE, MoCa і елементарних нейропсихологічних досліджень, представлений в *табл. 1*.

Згідно з результатами, представленими в *табл. 1*, у хворих з ЗД ПСВ, ускладненою ГПР серед когнітивних порушень, в порівнянні з хворими контрольної групи, переважали порушення зорово-конструктивних навичок [(44,4±5,4) %, при $p<0,05$]; труднощі в розумінні інструкцій [(48,8±5,9) %, при $p<0,05$]; помилки серійного віднімання [(73,3±8,5) %, при $p<0,05$]; порушення відтермінованого відтворення, пов'язаного з порушеннями кодування [(71,1±8,4) %, при $p<0,05$] і вилучення [(84,4±10,3) %,

при $p<0,05$]; зниження концентрації уваги [(57,8±6,8) %, при $p<0,01$]; помилки повторення фраз [(55,6±6,6) %, при $p<0,01$].

Серед порушень розумових процесів в основній групі фіксувались та були вірогідно вираженими спотворення узагальнення [(77,8±9,3) %, при $p<0,01$]; порушення формально-логічних операцій [(84,4±10,3) %, при $p<0,05$], винесення висновків [(82,2±10,1) %, при $p<0,05$], мотиваційного компонента мислення (різноплановість, паралогічність) [(80,0±9,7) %, при $p<0,05$] і критики [(88,9±10,9) %, при $p<0,01$].

У хворих з ЗД ТСВ, ускладненою ГПР, були зафіксовані порушення когнітивних функцій і відображені у *табл. 2*.

Згідно з результатами, представленими в *табл. 2*, у хворих з ЗД ТСВ, ускладненою ГПР, серед когнітивних порушень, в порівнянні з хворими контрольної групи, переважали: помилки створення альтернуючого шляху [(88,9±10,8) %, при $p<0,05$] і порушення письма [(85,2±10,4) %, при $p<0,01$]; помилки в назвах предметів, тварин і т. ін. [(77,8±9,3) %, при $p<0,05$]; інертність і виснаженість уваги [(92,6±11,3) %, при $p<0,05$]; порушення швидкості мови [(88,9±10,8) %, при $p<0,05$]; порушення читання [(81,5±9,7) %, при $p<0,05$]; порушення орієнтації в просторі, місці знаходження [(88,9±10,8) %, при $p<0,05$] і у власній особистості [(70,4±8,2) %, при $p<0,05$]. В структурі порушень розумової діяльності у пацієнтів основної групи з ТСВ ЗД були виражені порушення динаміки мислення (уповільнення, інертність («в'язкість»), непослідовність) [(92,6±11,3) %, при $p<0,05$], мотиваційного компонента мислення (паралогічність, розірваність і незв'язність) [(81,5±9,7) %, при $p<0,05$] і критики [(92,6±11,3) %, при $p<0,05$].

Аналіз інформативності, виділеної за допомогою шкал MMSE, MoCa і елементарних нейропсихологічних досліджень, основних когнітивних порушень у хворих основної групи з ЗД ПСВ та ЗД ТСВ деменції (при $p<0,05$ і при $p<0,01$), в порівнянні з відповідними контрольними групами, представлений в *табл. 3–4* (значення представлені за зменшенням рівня інформативності).

За результатами проведеного статистичного аналізу, представленого в *табл. 3*, найбільш інформативними ознаками порушень когнітивних функцій у хворих з ЗД ПСВ, ускладненою ГПР, є: спотворені узагальнення в мисленні (ДК= -3,33, МІ=0,69, при $p<0,0001$); порушення мотиваційного компонента мислення

Таблиця 1. Порушення когнітивних функцій у пацієнтів з ЗД ПСВ, ускладненою ГПР

Когнітивні функції та методи їх діагностики	Основна група	Контрольна група
	%±m %	
Порушення праксису (порушення здатності набувати, зберігати та використовувати різноманітні рухові навички)		
Помилки створення альтернуючого шляху (MoCa)	24,4±2,9	22,2±2,5
Порушення зорово-конструктивних навичок (MoCa і MMSE)	20,0±2,2	19,4±2,3
Порушення зорово-конструктивних навичок (MoCa)	44,4±5,4 *	22,2±2,5
Порушення письма (MMSE)	15,6±1,9	13,9±1,9
Порушення гнозису (порушення функції сприйняття інформації, її обробки синтезу елементарних сенсорних відчуттів в цілісні образи, нездатність до цілісного сприйняття, впізнавання)		
Помилки в називання предметів, тварин і т. п. (MoCa і MMSE)	24,4±2,9	22,2±2,5
Порушення розуміння інструкцій (MMSE)	48,8±5,9 *	25,0±2,7
Порушення рахування		
Помилки в серійному відніманні (MMSE)	73,3±8,5 *	44,4±4,5
Порушення пам'яті (порушення здатності засвоювати, зберігати й відтворювати необхідну для поточної діяльності інформацію)		
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушенням вилучення (MoCa)	84,4±10,3 *	66,7±6,7
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушеннями кодування (MoCa)	71,1±8,4 *	44,4±4,5
Порушення уваги		
Порушення стійкості (рухливість (відволікання, інертність) і виснаженість) уваги (MoCa)	33,3±4,0	30,6±3,3
Порушення концентрації уваги (MoCa і MMSE)	57,8±6,8 **	27,8±2,9
Порушення мови (порушення здатності обмінюватися інформацією за допомогою висловлювань)		
Помилки в повторенні фраз (MoCa і MMSE)	55,6±6,6 **	27,8±2,9
Порушення швидкості мови (MoCa)	51,1±6,2	44,4±4,5
Порушення читання (MMSE)	28,9±3,3	25,0±2,7
Порушення мислення		
Порушення узагальнення: недостатність рівня узагальнення, його спотворення (розуміння сюжетних картин, розуміння серії сюжетних картин, завдання на класифікацію)	77,8±9,3 **	36,1±3,9
Порушення виявлення подібностей і відмінностей (завдання на виключення – третій зайвий, класифікація геометричних фігур)	46,7±5,7	44,4±4,5
Порушення формально-логічних операцій (закінчення серії картинок, підбір аналогій, завдання на класифікацію, пошук істотних ознак)	84,4±10,3 *	47,2±4,8
Порушення асоціативних зв'язків (завдання на виділення істотних ознак, визначення та порівняння понять, порівняння аналогій)	48,8±5,9	44,4±4,5
Порушення винесення висновків (розуміння оповідань і сюжетних картин, встановлення послідовності подій, розуміння переносного значення прислів'їв, метафор, приказок)	82,2±10,1 *	47,2±4,8
Порушення абстрактного мислення (MoCa, метод формування штучних понять, встановлення відносин)	64,4±7,7	61,1±6,2
Порушення динаміки мислення: прискорення, уповільнення, затримка, лабільність/інертність, персеверація, непослідовність (клініко-психопатологічний метод)	42,2±5,2	38,9±4,1
Порушення мотиваційного компонента мислення: різноплановість, паралогічність, розірваність, незв'язність, символічність, аутичність, резонерство (клініко-психопатологічний метод)	80,0±9,7 *	41,7±4,2
Порушення критики (клініко-психопатологічний метод)	88,9±10,9 *	52,8±5,4
Орієнтація		
Порушення орієнтації в часі (рік, місяць, дата і день тижня) (MoCa і MMSE)	51,1±6,2	47,2±4,8
Порушення орієнтації в просторі або місця знаходження (країна, місто, вулиця, установа) (MoCa і MMSE)	28,9±3,3	25,0±2,7
Порушення орієнтації у власній особистості (клініко-психопатологічний метод)	8,9±1,2	5,6±1,2

Примітка: * відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$;
 ** відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$.

Таблиця 2. Порушення когнітивних функцій у пацієнтів з ЗД ТСВ, ускладненою ГПР

Когнітивні функції та методи їх діагностики	Основна група	Контрольна група
	%±m %	
Порушення праксису (порушення здатності набувати, зберігати та використовувати різноманітні рухові навички)		
Помилки створення альтернуючого шляху (MoCa)	88,9±10,8 *	64,0±7,5
Порушення зорово-конструктивних навичок (MoCa і MMSE)	66,7±7,9	64,0±7,5
Порушення зорово-конструктивних навичок (MoCa)	81,5±9,7	76,0±9,4
Порушення письма (MMSE)	85,2±10,4 **	44,0±4,7
Порушення гнозису (порушення функції сприйняття інформації, її обробка синтезу елементарних сенсорних відчуттів в цілісні образи, нездатність до цілісного сприйняття, впізнання)		
Помилки в називанні предметів, тварин і т. п. (MoCa і MMSE)	77,8±9,3 *	52,0±5,5
Порушення розуміння інструкцій (MMSE)	81,5±9,7	80,0±9,9
Порушення рахування		
Помилки в серійному відніманні (MMSE)	85,2±10,4	80,0±9,9
Порушення пам'яті (порушення здатності засвоювати, зберігати та відтворювати необхідну для поточної діяльності інформацію)		
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушенням вилучення (MoCa)	96,3±12,2	88,0±11,4
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушеннями кодування (MoCa)	92,6±11,3	92,0±12,5
Порушення уваги		
Порушення стійкості (рухливість (відволікання, інертність) і виснаженість) уваги (MoCa)	92,6±11,3 *	68,0±8,1
Порушення концентрації уваги (MoCa і MMSE)	92,6±11,3	84,0±10,3
Порушення мови (порушення здатності обмінюватися інформацією за допомогою висловлювань)		
Помилки в повторенні фраз (MoCa і MMSE)	92,6±11,3	88,0±11,4
Порушення швидкості мови (MoCa)	88,9±10,8 *	68,0±8,1
Порушення читання (MMSE)	81,5±9,7 *	56,0±6,2
Порушення мислення		
Порушення узагальнення: недостатність рівня узагальнення, його спотворення (розуміння сюжетних картин, розуміння серії сюжетних картин, завдання на класифікацію)	81,5±9,7	80,0±9,9
Порушення виявлення подібностей і відмінностей (завдання на виключення – третій зайвий, класифікація геометричних фігур)	85,2±10,4	80,0±9,9
Порушення формально-логічних операцій (закінчення серії картинок, підбір аналогій, завдання на класифікацію, пошук істотних ознак)	85,2±10,4	84,0±10,3
Порушення асоціативних зв'язків (завдання на виділення істотних ознак, визначення та порівняння понять, порівняння аналогій)	88,9±10,8	84,0±10,3
Порушення винесення висновків (розуміння оповідань і сюжетних картин, встановлення послідовності подій, розуміння переносного значення прислів'їв, метафор, приказок)	85,2±10,4	80,0±9,9
Порушення абстрактного мислення (MoCa, метод формування штучних понять, встановлення відносин)	88,9±10,8	80,0±9,9
Порушення динаміки мислення: прискорення, уповільнення, затримка, лабільність/інертність, персеверація, непослідовність (клініко-психопатологічний метод)	92,6±11,3 *	68,0±8,1
Порушення мотиваційного компонента мислення: різноплановість, паралогічність, розірваність, незв'язність, символічність, аутичність, резонерство (клініко-психопатологічний метод)	81,5±9,7 *	60,0±6,9
Порушення критики (клініко-психопатологічний метод)	92,6±11,3 *	68,0±8,1
Орієнтація		
Порушення орієнтації в часі (рік, місяць, дата і день тижня) (MoCa і MMSE)	92,6±11,3	92,0±12,5
Порушення орієнтації в просторі або місця знаходження (країна, місто, вулиця, установа) (MoCa і MMSE)	88,9±10,8 *	68,0±8,1
Порушення орієнтації у власній особистості (клініко-психопатологічний метод)	70,4±8,2 *	36,0±3,9

Примітка: * відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$;
 ** відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$.

Таблиця 3. Діагностичні коефіцієнти і міра інформативності виділених основних когнітивних порушень у хворих з ЗД ПСВ, ускладненою ГПР

Когнітивні порушення	Оцінка вираженості (Бали)	ДК *	МІ**
Спотворення узагальнення в мисленні	-	-3,33	0,69
Порушення мотиваційного компонента мислення (різноплановість, паралогічність)	-	-2,83	0,54
Порушення концентрації уваги	= 0	-3,18	0,48
Порушення формально-логічних операцій в мисленні	-	-2,52	0,47
Порушення винесення висновків	-	-2,41	0,42
Порушення мови (помилки повторення фраз)	-	-3,01	0,42
Порушення критики	-	-2,26	0,41
Порушення гнозису (порушення розуміння інструкцій)	≥1	-2,91	0,35
Порушення праксису (порушення зорово-конструктивних навичок)	≥2	-3,01	0,33
Порушення калькуляції (помилки серійного віднімання)	≥1	-2,17	0,31
Порушення пам'яті (порушення відстроченого відтворення, пов'язаного з порушенням кодування)	≥1	-2,04	0,27
Порушення пам'яті (порушення відстроченого відтворення, пов'язаного з порушеннями вилучення)	≥1	-1,03	0,10
Сума за сукупністю ознак		30,7	4,79

Примітка: * діагностичний коефіцієнт;
** міра інформативності Кульбака.

Таблиця 4. Діагностичні коефіцієнти і міра інформативності виділених основних когнітивних порушень у хворих з ЗД ТСВ, ускладненою ПАР

Когнітивні порушення	Оцінка вираженості (Бали)	ДК*	МІ**
Порушення праксису (порушення письма)	= 0	-2,87	0,59
Порушення орієнтації у власній особистості	-	-2,91	0,50
Порушення гнозису (помилки назви предметів, тварин і т. п.)	≥1	-1,75	0,23
Порушення читання	= 0	-1,63	0,21
Порушення праксису (помилки створення альтернуючого шляху)	≥1	-1,43	0,18
Порушення критики	-	-1,34	0,16
Порушення стійкості (інертність і виснаженість) уваги	≥1	-1,34	0,16
Порушення динаміки мислення (уповільнення, інертність («в'язкість»),perseverация, непослідовність)	-	-1,34	0,16
Порушення мотиваційного компонента мислення (паралогічність, розірваність і незв'язність)	-	-1,33	0,14
Порушення мови (порушення швидкості мови)	= 0	-1,16	0,12
Порушення орієнтації в просторі, місці знаходження	≥2	-1,16	0,12
Сума за сукупністю ознак		18,26	2,57

Примітка: * діагностичний коефіцієнт;
** міра інформативності Кульбака.

(різноплановість, паралогічність) (ДК=-2,83, МІ=0,54, при $p<0,0004$); зниження концентрації уваги (ДК=-3,18, МІ=0,48, при $p<0,005$); порушення формально-логічних операцій в мисленні (ДК=-2,52, МІ=0,47, при $p<0,0003$) та винесення висновків (ДК=-2,41, МІ=0,42, при $p<0,0008$); помилки у повторенні фраз (ДК=-3,01, МІ=0,42, при $p<0,008$); порушення критики (ДК=-2,26, МІ=0,41, при $p<0,0003$); труднощі в розумінні інструкцій (ДК=-2,91, МІ=0,35, при $p<0,02$); порушення зорово-конструктивних навичок (ДК=-3,01, МІ=0,33, при $p<0,02$). Також істотними ознаками, які підвищують рівень діагностичної інформативності, в цій групі були: помилки серійного віднімання

(ДК=-2,17, МІ=0,31, при $p<0,006$); порушення відстроченого відтворення, пов'язаного з порушеннями кодування (ДК=-2,04, МІ=0,27, при $p<0,01$) та вилучення (ДК=-1,03, МІ=0,10, при $p<0,04$).

Кореляційний аналіз між вираженістю ГПР, з одного боку, і порушеннями когнітивних функцій, з іншого, показав достовірний кореляційний зв'язок між тяжкістю маячних розладів і виразністю порушень гнозису ($r=0,67$); тяжкістю розладів сприйняття і виразністю порушень пам'яті ($r=0,61$) і порушень концентрації уваги ($r=0,72$).

За результатами проведеного статистичного аналізу, представлено в табл. 4, най-

більш інформативними ознаками порушення когнітивних функцій, у хворих з ЗД ТСВ, ускладненою ГПР, є: порушення письма (ДК=-2,87, МІ=0,59, при $p<0,002$); порушення орієнтації у власній особистості (ДК=-2,91, МІ=0,50, при $p<0,01$); помилки назви предметів, тварин і т. п. (ДК=-1,75, МІ=0,23, при $p<0,04$); порушення читання (ДК=-1,63, МІ=0,21, при $p<0,03$). Додатковими діагностичними ознаками, які підвищують рівень діагностичної інформативності, в цій групі були: помилки створення альтернуючого шляху (ДК=-1,43, МІ=0,18, при $p<0,03$); порушення критики (ДК=-1,34, МІ=0,16, при $p<0,02$); інертність і виснаженість уваги (ДК=-1,34, МІ=0,16, при $p<0,02$); уповільнення, інертність («в'язкість») (ДК=-1,34, МІ=0,16, при $p<0,02$) та паралогічність, розірваність мислення (ДК=-1,33, МІ=0,14, при $p<0,05$); порушення швидкості мови (ДК=-1,16, МІ=0,12, при $p<0,05$); порушення орієнтації в просторі або місці знаходження (ДК=-1,16, МІ=0,12, при $p<0,05$).

Кореляційний аналіз між вираженістю ПАР, з одного боку, і порушеннями когнітивних функцій, з іншого, виявили достовірний кореляційний зв'язок між тяжкістю маячних розладів і виразністю порушень стійкості ува-

ги ($r=0,61$); тяжкістю розладів сприйняття і виразністю порушеннями мови ($r=0,60$) і гнозису ($r=0,65$).

Висновки

Отже, у хворих з ЗД ПСВ з ГПР серед когнітивних порушень превалюють як порушення мислення (77,8–88,9 %, при $p<0,01-0,05$), переважно психотичного генезу (спотворення узагальнення, порушення формальнологічних операцій і винесення висновків, різноплановість і паралогічність в судженнях і виражене зниження критики), так і порушення праксису, гнозису, калькуляції, пам'яті, уваги і мови (44,4–84,4 %, при $p<0,01-0,05$). У хворих з ЗД ТСВ, ускладненою ГПР, виявлена висока частота когнітивних порушень праксису, гнозису, уваги, мови, читання та орієнтації (77,8–92,6 %, при $p<0,01-0,05$), що поєднуються з когнітивними порушеннями мислення (уповільнення, інертність («в'язкість»), непослідовність, паралогічність, розірваність, нев'язність, зниження критики) (81,5–92,6 %, при $p<0,05$).

Отримані дані слід враховувати при диференційній діагностиці та лікуванні хворих з помірним та тяжким ступенем вираженості ЗД, ускладненою ГПР.

Література

1. Мищенко Т. С. Когнитивные нарушения в практике семейного врача (актуальность проблемы, факторы риска, патогенез, возможности лечения и профилактики) / Т. С. Мищенко // Семейная медицина. – 2017. – № 1. – С. 21–25.
2. Гимоян Л. Г. Нарушение когнитивных функций: актуальность проблемы, факторы риска, возможности профилактики и лечения / Л. Г. Гимоян, Г. Г. Силванян // Архив внутренней медицины. – 2013. – № 2 (10). – С. 35–40.
3. Severe psychiatric disorders in midlife and risk of dementia in late-life (age 65-84 years): a population based case-control study / R. R. Zilkens, D. G. Bruce, J. Duke [et al.] // Curr. Alzheimer Res. – 2014. – Vol. 11. – P. 681–693.
4. Клинико-психопатологические особенности больных с суицидальным поведением при смешанной форме деменции / Н. А. Марута, А. А. Потапов, И. Г. Мудренко, Д. Д. Сотников // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – Украина-Беларусь: ООО Издательский дом «Профессиональные издания», 2018. – Том 8, № 1. – С. 46–59.
5. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Geneva: World Health Organization; 2015 (document WHO/MSD/MER/15.3; http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf).
6. Международная организация по болезни Альцгеймера и Всемирная организация здравоохранения. «Деменция: приоритет общественного здравоохранения». Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/14/9789244564455_ru.pdf?ua=1).
7. Марута Н. О. Овладение обновленной системой диагностических подходов и критериев DSM-5: возможности для специалистов, работающих в сфере психического здоровья / Н. О. Марута // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2017. – Т. 8, № 1. – С. 92–103.
8. Чухловина М. Л. Деменция: диагностика и лечение / М. Л. Чухловина. – Санкт-Петербург: Питер, 2010. – 266 с.
9. Azermai M. Dealing with behavioral and psychological symptoms of dementia: a general overview / M. Azermai // Psychol. Res. Behav. Manag. – 2015. – Vol. 8. – P. 181–185.

10. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // *J. Psychiatr. Res.* – 1975. – Vol. 12 (3). – P. 189–198.
11. The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bedirian [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2005. – Vol. 53 (4). – P. 695–699.

References

- Mishchenko T.S. (2017). Kognitivnyye narusheniya v praktike semeynogo vracha (aktual'nost' problemy, faktory riska, patogenez, vozmozhnosti lecheniya i profilaktiki) [Cognitive impairment in the practice of a family doctor (urgency of the problem, risk factors, pathogenesis, treatment and prevention options)]. *Semeynaya meditsina – Family medicine*, № 1, pp. 21–25 [in Russian].
- Gimoyan L.G., Silvanyan G.G. (2013). Narusheniye kognitivnykh funktsiy: aktual'nost' problemy, faktory riska, vozmozhnosti profilaktiki i lecheniya [Cognitive impairment: the urgency of the problem, risk factors, the possibility of prevention and treatment]. *Arkhiv vnutrenney meditsiny – Archive of Internal Medicine*, № 2 (10), pp. 35–40 [in Russian].
- Zilkens R.R., Bruce D.G., Duke J. et al. (2014). Severe psychiatric disorders in midlife and risk of dementia in late-life (age 65-84 years): a population based case-control study. *Curr. Alzheimer Res.*, vol. 11, pp. 681–693.
- Maruta N.A., Potapov A.A., Mudrenko I.G., Sotnikov D.D. (2018). Kliniko-psikhopatologicheskoye osobennosti bol'nykh s suitsidal'nym povedeniyem pri smeshannoy forme dementsii [Clinical and psychopathological characteristics of patients with suicidal behavior in a mixed form of dementia]. *Psikhiatriya, psixhoterapiya i klinicheskaya psixologiya. Ukraina – Belarus: OOO Izdatel'skiy dom «Professional'nyye izdaniya»*. vol. 8, № 1, pp. 46–59 [in Russian].
- The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Geneva: World Health Organization; 2015 (document WHO/MSD/MER/15.3; http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf).
- Mezhdunarodnaya organizatsiya po bolezni Al'tsgeymera i Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. «Dementsiya: prioritet obshchestvennogo zdavookhraneniya». Zheneva: Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya [International Alzheimer's Organization and the World Health Organization. «Dementia: a public health priority». Geneva: World Health Organization]; 2012. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/14/9789244564455_ru.pdf?ua=1.
- Maruta N.O. (2017). Ovladeniye obnovlennoy sistemoy diagnosticheskikh podkhodov i kriteriyev DSM-5: vozmozhnosti dlya spetsialistov, rabotayushchikh v sfere psikhicheskogo zdorov'ya [Mastering the updated system of diagnostic approaches and criteria DSM-5: opportunities for professionals working in the field of mental health]. *Psikhiatriya, psixhoterapiya i klinicheskaya psixologiya – Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*, vol. 8, № 1, pp. 92–103 [in Russian].
- Chukhlovina M.L. (2010). Dementsiya: diagnostika i lecheniye [Dementia: diagnosis and treatment]. Sankt-Peterburg: Piter. 266 p. [in Russian].
- Azermai M. (2015). Dealing with behavioral and psychological symptoms of dementia: a general overview. *Psychol. Res. Behav. Manag.*, vol. 8, pp. 181–185.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975). «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, vol. 12 (3), pp. 189–198.
- Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 53 (4), pp. 695–699.

К.В. Шевченко-Битенский

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СМЕШАННОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В исследовании приняли участие 72 пациента со смешанной деменцией умеренной и тяжелой степени выраженности, осложненной галлюцинаторно-параноидными расстройствами (основная группа) и 61 пациент со смешанной деменцией умеренной и тяжелой степени выраженности, без психотических расстройств (контрольная группа). Доказано, что пациенты со смешанной деменцией, осложненной психотическими расстройствами, характеризовались более выраженными когнитивными нарушениями. У пациентов со смешанной деменцией средней степени выраженности преобладают расстройства мышления преимущественно психотического генеза, а у больных со смешанной деменцией тяжелой степени выраженности, осложненной психозом, выявлена высокая частота когнитивных нарушений праксиса, гнозиса, внимания, речи, чтения и ориентации.

Ключевые слова: смешанная деменция, диагностика, галлюцинаторно-параноидные расстройства, когнитивные дисфункции.

K.V. Shevchenko-Bitensky

COGNITIVE DISTURBANCES IN PATIENTS WITH MIXED DEMENTIA OF DIFFERENT DEGREE OF EXPRESSION COMPLICATED BY HALLUCINATOR-PARANOID DISORDERS

The study involved 72 patients with moderate to severe mixed dementia complicated by hallucinatory-paranoid disorders (main group) and 61 patients with moderate and severe mixed dementia not complicated by psychotic disorders (control group). It has been proven that patients with mixed dementia complicated by psychotic disorders were characterized by more severe cognitive impairment. In patients with mixed dementia of moderate severity thought thinking disorders of psychotic genesis predominate, and in patients with mixed dementia of severe severity complicated by psychosis, a high frequency of cognitive impairment of praxis, gnosis, attention, speech, reading and orientation has been detected.

Keywords: *mixed dementia, diagnosis, hallucinatory-paranoid disorders, cognitive dysfunction.*

Надійшла до редакції 06.09.2019

Контактна інформація

Шевченко-Бітенський Костянтин Валерійович – старший науковий співробітник Державної установи «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України», м. Одеса.

Адреса: Україна, 65014, м. Одеса, пров. Лермонтовський, 6.

Тел.: +380631113694.

E-mail: shevchenko.bitensky.k@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>.