

DOI: <https://doi.org/10.34883/PI.2020.11.1.021>  
УДК 616.89-008.46(47):616.831.9-08

Марута Н.А.<sup>1</sup>, Шевченко-Битенский К.В.<sup>2</sup>, Каленская Г.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины, Харьков, Украина

<sup>2</sup> Украинский научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения Украины, Одесса, Украина

Maruta N.<sup>1</sup>, Shevchenko-Bitensky K.<sup>2</sup>, Kalenskaya G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

<sup>2</sup> Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of the Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine

## Терапия психопатологических и когнитивных нарушений у пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции

Therapy of Psychopathological and Cognitive Disorders in Patients with Hallucinatory-Paranoid Disorders in Vascular Dementia

### Резюме

В исследовании приняло участие 75 пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами (ГПР) при сосудистой деменции (СД), которые вошли в основную группу. В качестве контрольной группы в исследовании принимали участие 63 пациента с СД без психотических расстройств. В структуре клинико-психопатологических проявлений у пациентов с ГПР при СД выявлено преобладание умеренной степени выраженности бредовых расстройств материального ущерба, ограбления, отношения; сочетание ГПР с частым бродяжничеством, расстройствами депрессивного спектра, периодической вербальной агрессией; частыми расстройствами ритма день/ночь; частым пониженным настроением, протекающим в форме дисфории; повышенной отвлекаемостью, тревогой и нарушениями аппетита. В структуре когнитивных нарушений у пациентов с ГПР при СД преобладают нарушения мышления: искажение обобщения, нарушение формально-логических операций, умозаключений, нарушение мотивационного и динамического компонентов мышления и критики, а также нарушение праксиса, счета, памяти (нарушение кодирования) и внимания (отвлечение и истощение). Разработана программа терапевтических и реабилитационных мероприятий, построенная на основании принципов комплексного, дифференцированного и лично-ориентированного подходов, включающая совокупность биологических и психосоциальных воздействий на все этиопатогенетические звенья развития и прогрессирования СД. Основными мишенями в разработанной системе терапии и реабилитации были: некогнитивные психопатологические нарушения, когнитивные нарушения, психосоциальный дефицит, сопутствующие соматические и неврологические заболевания. Доказана эффективность разработанной программы терапии и реабилитации пациентов с ГПР при СД, заключающаяся в позитивной клинической динамике психического состояния (уменьшение галлюцинаторно-параноидных расстройств и сопутствующих непсихотических расстройств психики и поведения) и улучшении функционирования познавательных процессов.

**Ключевые слова:** сосудистая деменция, галлюцинаторно-параноидные расстройства, психопатологические проявления, когнитивные нарушения, терапия, психосоциальная реабилитация.

---

### Abstract

---

The study involved 75 patients with hallucinatory-paranoid disorders (HPD) in vascular dementia (VD), who were included in the main group; 63 patients with VD without psychotic disorders participated in the control group. In the structure of clinical and psychopathological manifestations in patients with HPD in VD, there were revealed: the prevalence of moderate severity of delusional disorders of material damage, robbery, relationships; combination of HPD with frequent vagrancy, disorders of the depressive spectrum, periodic verbal aggression; frequent rhythm disorders day/night; frequent bad mood, dysphoria; increased distraction, anxiety, and appetite disorders. In the structure of cognitive impairment in patients with HPD in VD, thinking disorders prevail: distortion of generalization, violation of formal and logical operations, making judgments, violation of the motivational and dynamic components of thinking and criticism, as well as violation of praxis, calculation, memory (violation of coding and attention) (distraction and exhaustion). The program of therapeutic and rehabilitation measures was developed on the base of the principles of comprehensive, differentiated, and personality-oriented approach, including a set of biological and psychosocial effects on all etiopathogenetic units of development and progression of VD. The main targets of development of the system of therapy and rehabilitation were the following: non-cognitive psychopathological disorders, cognitive disorders, psychosocial deficiency, and concomitant somatic and neurological diseases. There was proved the effectiveness of the developed program of therapy and rehabilitation of patients with HPD in VD, which is positive clinical dynamics of the mental state (reduction of hallucinatory-paranoid disorders and accompanying non-psychotic disorders of psyche and behavior) and improvement of the functioning of cognitive processes.

**Keywords:** vascular dementia, hallucinatory-paranoid disorders, psychopathological manifestations, cognitive impairment, therapy, psychosocial rehabilitation.

---

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Актуальность настоящего исследования определяется значительной распространенностью сосудистой деменции (СД), частота встречаемости которой у лиц пожилого возраста весьма высока и имеет тенденцию к дальнейшему росту [1–3]. По оценкам ВОЗ, в мире насчитывается 47,7 млн пациентов с деменцией, а к 2040 г. эта цифра увеличится вдвое [3–5]. Наиболее частыми причинами развития деменции являются болезнь Альцгеймера и СД [1, 3, 6]. В структуре всех деменций СД – вторая по частоте среди лиц пожилого возраста. Установлено, что СД занимает 16% в структуре всех деменций у людей пожилого возраста [3]. В Украине, по данным официальной статистики МЗ Украины, зарегистрировано 25,5 тыс. человек с СД, а заболеваемость составляет 4600 новых случаев в год [6]. В 2000 г. в странах Европы было около 1,2 млн пациентов с СД, к 2050 г., как ожидается, их число возрастет в 2,3 раза и достигнет 2,8 млн человек [2, 4]. Заболеваемость СД экспоненциально увеличивается с возрастом: от 2% в популяции пациентов до 65 лет, 6–10% – среди пациентов старше 65 лет и до 20% у пациентов в возрасте 80 лет [5, 7, 8].

Высокая медицинская и социальная значимость проблемы деменции обусловлена также ее неблагоприятным влиянием на продолжительность и качество жизни пациентов, вовлеченностью лиц

трудоспособного возраста в уход за ними, тяжелым бременем деменции, ассоциированным с тяжестью самого когнитивного снижения и с психопатологическими поведенческими симптомами при этих заболеваниях, которые встречаются в 25–60% всех случаев деменций, что обуславливает необходимость разработки персонифицированных подходов к терапии и психосоциальной реабилитации этого контингента [7–12].

Анализ современной литературы, посвященной проблемам терапии и психосоциальной реабилитации пациентов с деменцией, показал, что для достижения успешных результатов в этой области необходимо сочетание медикаментозных средств с различными психотерапевтическими и социальными методами реабилитации [6, 13–15].

Основной целью медикаментозной терапии пациентов с деменцией как составной части их психосоциальной реабилитации является улучшение и стабилизация когнитивных функций пациента, профилактика их снижения, поддержание способности пациента к самостоятельной социально-бытовой деятельности, отсрочка потребности в госпитализации, помощь и поддержка людей, обеспечивающих уход за пациентами [12, 14, 16]. Эффективность терапии деменции является доказанной для ингибиторов антихолинэстеразы, препаратов, восстанавливающих глутаматную нейротрансмиссию и ограничивающих эксайтотоксичность. Что касается умеренных когнитивных нарушений, то нет доказательных данных в отношении эффективности каких-либо препаратов [14, 16]. Также имеются литературные источники по использованию у пациентов с деменцией и психотическими расстройствами различных психотропных средств, ноотропов, вазоактивных препаратов и средств с антиоксидантным, нейрометаболическим действием [17, 18]. Однако наличие множества побочных действий использования психотропных препаратов у пациентов с деменцией, их негативное влияние на динамику когнитивных расстройств, опасность внезапной смерти и сердечно-сосудистой катастрофы требуют дальнейшего исследования использования этой группы препаратов, особенно у пациентов, у которых деменция сопровождается психотическими расстройствами, значительно ухудшающими течение и исход заболевания и усложняющими уход за этими пациентами. Важное значение в этом процессе имеют психотерапия и методы психосоциальной реабилитации, фокусированные на восстановлении утраченных функций. Поэтому разработка основных принципов и алгоритмов комплексной терапии и реабилитации пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами (ГПР) при СД является важной и актуальной задачей на современном этапе.

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании изучения клинико-психопатологических проявлений и когнитивных особенностей у пациентов с ГПР при СД разработать комплексную систему терапии данному контингенту пациентов.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняло участие 75 пациентов с ГПР при СД (F01.3(1-2)), которые вошли в основную группу. В качестве контрольной группы в исследовании принимали участие 63 пациента с СД без ГПР (F01.3).

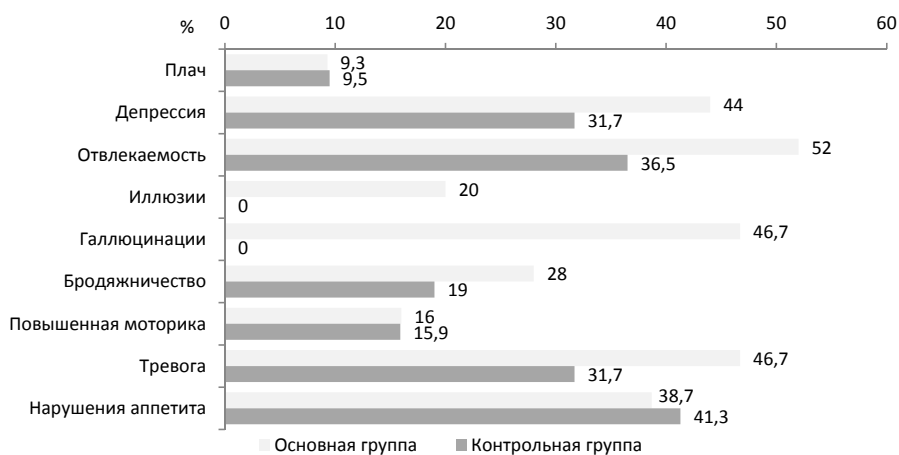
В исследовании клинико-психопатологических и когнитивных особенностей у пациентов с ГПР при СД использовался комплексный подход, заключающийся в сочетании клинико-психопатологического, психодиагностического, психометрического и математико-статистического методов исследования. При изучении основных когнитивных нарушений (нарушений памяти, внимания, психомоторной координации, речи, гнозиса, праксиса, счета, мышления, ориентации, планирования и контроля высшей психической деятельности) у пациентов с ГПР при СД были использованы: клинико-психопатологический метод (структурированное интервью, проводимое в рамках клинико-феноменологического и психопатологического подходов в психиатрии); нейропсихологические исследования основных когнитивных функций пациентов с СД (складывание картинок, понимание рассказов и сюжетных картин, установление последовательности событий, классификация, исключение, выделение существенных признаков, образование аналогий, определение и сравнение понятий, формирование искусственных понятий, подбор слов-антонимов), проводимые в процессе структурированного интервью; краткая шкала оценки психического статуса Mini-Mental State Examination (MMSE); Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCa) [19, 20]. Для оценки выраженности психопатологических расстройств использовалась шкала ADAS-Non Cog [21]. Математико-статистический метод использовался для подтверждения/опровержения репрезентативности данных, достоверности различий между группами сравнения. Достоверность различий между полученными эмпирическими распределениями определяли по критерию Стьюдента ( $t$ ) и точным методом Фишера (ТМФ) с оценкой меры их информативности (МИ) и диагностических коэффициентов Кульбака (ДК) [22].

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинико-психопатологический анализ психопатологических и поведенческих расстройств позволил выявить, что у пациентов с ГПР при СД отмечались преобладание умеренной степени выраженности бредовых расстройств с фабулой материального ущерба, ограбления, отношения (18,7%,  $p < 0,05$ ), протекающих в форме параноидного и паранойяльного бредового расстройства, наличие зрительных (16,0%), слуховых (22,7%) и тактильных (12,0%) галлюцинаций, выраженность вербальной агрессии (32,0%,  $p < 0,01$ ), пониженное настроение (преимущественно в форме дисфории) (44,0%,  $p < 0,05$ ), а также наличие расстройства ритма день/ночь (80,0%,  $p < 0,05$ ).

Результаты изучения с помощью шкалы ADAS-Non Cog некогнитивных психопатологических расстройств у пациентов с ГПР при СД в сравнении с контрольной группой представлены на рис. 1.

Согласно результатам, представленным на рис. 1, в клинике некогнитивных психопатологических расстройств пациентов основной группы наряду с галлюцинаторной симптоматикой преобладали: расстройство депрессивного спектра, отвлекаемость, бродяжничество, тревога и нарушения аппетита. При этом в сравнении с контрольной группой статистически значимые различия получены в отношении показателей: наличие иллюзий и галлюцинаций (20,0% и 46,7% соответственно,  $p < 0,0001$ ); выраженность расстройств депрессивного спектра (44,0%,



**Рис. 1. Особенности психопатологических расстройств у пациентов с ГПР при СД (по данным ADAS-Non Cog)**

$p < 0,05$ ) и тревожных расстройств (46,7%,  $p < 0,05$ , ДК=1,64, МИ=0,12), а также выраженная отвлекаемость (52,0%,  $p < 0,05$ , ДК=1,54, МИ=0,12).

Анализ результатов исследования когнитивных функций, проведенного с помощью шкал MMSE, MoCa и элементарных нейропсихологических проб, у пациентов с ГПР при СД в сравнении с пациентами контрольной группы представлен в табл. 1.

Согласно результатам, представленным в табл. 1, у пациентов с ГПР при СД среди когнитивных нарушений, в сравнении с пациентами с СД без психотических расстройств, преобладали нарушения

**Таблица 1**  
**Нарушения когнитивных функций у пациентов с ГПР при СД**

Когнитивные функции с методами их диагностики	Основная группа	Контрольная группа
	%±m%	
<b>1. Нарушения праксиса (нарушения способности приобретать, сохранять и использовать разнообразные двигательные навыки)</b>		
1.1. Ошибки создания альтернирующего пути (шкала MoCa)	57,3±7,9	44,4±3,8
1.2. Нарушения зрительно-конструктивных навыков (куб, два пятиугольника) (шкалы MoCa и MMSE)	40,0±5,8	36,5±3,2
1.3. Нарушение зрительно-конструктивных навыков (часы) (шкала MoCa)	53,3±7,4*	39,7±3,5
1.4. Нарушения письма (шкала MMSE)	46,7±6,7*	33,3±3,0
<b>2. Нарушения гнозиса (нарушения функции восприятия информации, ее обработки и синтеза элементарных сенсорных ощущений в целостные образы, неспособность к целостному восприятию, узнаванию)</b>		
2.1. Ошибки в назывании предметов, животных и т. п. (шкалы MoCa и MMSE)	38,7±5,6	36,5±3,2
2.2. Нарушение понимания инструкций (шкала MMSE)	50,7±7,1*	36,5±3,2
<b>3. Нарушения счета</b>		
3.1. Ошибки в серийном вычитании (шкала MMSE)	77,3±10,4*	60,3±5,3

Окончание таблицы 1

<b>4. Нарушения памяти (нарушения способности головного мозга усваивать, сохранять и воспроизводить необходимую для текущей деятельности информацию)</b>		
4.1. Нарушение отсроченного воспроизведения, связанное с нарушением извлечения (шкала МоСа – отсроченное воспроизведение)	81,3±10,8	79,4±7,1
4.2. Нарушение отсроченного воспроизведения, связанное с нарушениями кодирования (шкала МоСа – отсроченное воспроизведение)	78,7±10,5*	58,7±5,1
<b>5. Нарушения внимания</b>		
5.1. Нарушения устойчивости (подвижность (отвлекаемость, инертность) и истощаемость) внимания (шкала МоСа – прямой и обратный цифровой ряд)	69,3±9,6*	44,4±3,8
5.2. Нарушения концентрации внимания (шкала МоСа и MMSE – бдительность)	57,3±7,9	55,6±4,9
<b>6. Нарушения речи (нарушение способности обмениваться информацией с помощью высказываний)</b>		
6.1. Ошибки в повторении фраз (шкала МоСа и MMSE – повторение фрагментов речи)	53,3±7,4	42,9±3,7
6.2. Нарушения беглости речи (шкала МоСа)	52,0±7,2	42,9±3,7
<b>7. Нарушения чтения (шкала MMSE)</b>	<b>48,0±6,8</b>	<b>47,6±4,2</b>
<b>8. Нарушения мышления</b>		
8.1. Нарушение обобщения: недостаточность уровня обобщения, его искажение (понимание сюжетных картин, понимание серии сюжетных картин, задание на классификацию)	78,7±10,5*	55,6±4,9
8.2. Нарушение выявления сходств и различий (задание на исключение – третий лишний, классификация геометрических фигур)	60,0±8,2	63,5±5,6
8.3. Нарушение формально-логических операций (окончание серии картинок, подбор аналогий, задание на классификацию, поиск существенных признаков, решение силлогических задач)	84,0±11,0*	61,9±5,5
8.4. Нарушение ассоциативных связей (задание на выделение существенных признаков, определение и сравнение понятий, образование и сравнение аналогий)	68,0±9,4	65,1±5,7
8.5. Нарушение вынесения умозаключений (понимание рассказов и сюжетных картин, установление последовательности событий, понимание переносного смысла пословиц, метафор, поговорок)	84,0±11,0*	58,7±5,1
8.6. Нарушения абстрактного мышления (шкала МоСа, метод формирования искусственных понятий, установление отношений)	73,3±10,0	66,7±5,8
8.7. Нарушение динамики мышления: ускорение, замедление, задержка, лабильность («скачка идей»), инертность («вязкость»), персевераторность, непоследовательность (клинико-психопатологический метод)	62,7±8,6*	47,6±4,2
8.8. Нарушения мотивационного компонента мышления: разноплановость, паралогичность, разорванность, бессвязанность, символичность, аутичность, резонерство (клинико-психопатологический метод)	84,0±11,0*	49,2±4,3
8.9. Нарушение критики (клинико-психопатологический метод)	89,3±11,6*	55,6±4,9
<b>9. Ориентация</b>		
9.1. Нарушения ориентации во времени (год, месяц, дата и день недели) (шкалы МоСа и MMSE)	69,3±9,6	68,3±6,0
9.2. Нарушения ориентации в пространстве или месте нахождения (страна, город, улица, учреждение) (шкалы МоСа и MMSE)	53,3±7,4*	41,3±3,6
9.3. Нарушения ориентации в собственной личности (клинико-психопатологический метод)	38,7±5,6*	23,8±2,2

Примечание: \* различия статистически достоверны при  $p < 0,05$ .

зрительно-конструктивных навыков (53,3%,  $p < 0,05$ , ДК=1,28, МИ=0,1) и письма (46,7%,  $p < 0,05$ , ДК=1,46, МИ=0,1); нарушение понимания инструкций (50,7%,  $p < 0,05$ , ДК=1,42, МИ=0,1) и серийного вычитания (77,3%,  $p < 0,05$ , ДК=1,08, МИ=0,1); снижение уровня отсроченного воспроизведения, связанное с нарушением кодирования (8,7%,  $p < 0,05$ , ДК=1,27, МИ=0,13); нарушения устойчивости (отвлекаемость, инертность и истощаемость) внимания (69,3%,  $p < 0,05$ , ДК=1,93, МИ=0,24) и ориентации в пространстве (страна город, улица, учреждение) (53,3%,  $p < 0,05$ , ДК=1,50, МИ=0,20) и личности (38,70%,  $p < 0,05$ ).

Среди нарушений мышления у пациентов основной группы доминировали недостаточность уровня обобщения, его искажение (78,7%,  $p < 0,05$ , ДК=1,51, МИ=0,17), формально-логических операций (84,0%,  $p < 0,05$ , ДК=1,33, МИ=0,15), вынесения умозаключений (84,0%,  $p < 0,05$ , ДК=1,55, МИ=0,20), динамических свойств мышления (замедление, инертность («вязкость»), персевераторность и непоследовательность (62,7%,  $p < 0,05$ , ДК=1,19, МИ=0,1), мотивационного компонента мышления (разноплановость, паралогичность, разорванность, бессвязанность) (84,0%,  $p < 0,05$ , ДК=2,32, МИ=0,40) и критики (89,3%,  $p < 0,05$ , ДК=2,06, МИ=0,35).

Результаты клинико-психопатологических, нейропсихологических исследований пациентов с СД позволили разработать систему терапии и реабилитации с ГПР при СД. Система построена на основании принципов комплексного, дифференцированного и личностно-ориентированного подхода, подразумевающего совокупность биологических и психосоциальных воздействий на все этиопатогенетические звенья развития и прогрессирования СД, направленные на основные мишени. К таким мишеням в процессе исследования отнесены: некогнитивные психопатологические нарушения, когнитивные нарушения, психосоциальный дефицит, сопутствующие соматические и неврологические заболевания.

В табл. 2 приведена структура программы комплексной терапии и психосоциальной реабилитации пациентов с ГПР при СД.

В апробации разработанной программы терапии и реабилитации участвовало 39 пациентов с ГПР при СД, составивших основную группу, и 31 пациент с ГПР при СД, прошедший курс реабилитации по традиционной схеме терапии (контрольная группа). Критериями, оценивающими эффективность, были клиническая динамика, динамика галлюцинозопараноидных расстройств, сопутствующих непсихотических расстройств психики и поведения и степень улучшения/ухудшения когнитивных функций.

Анализ клинической динамики психического состояния пациентов с ГПР при СД показал, что в основной группе среди пациентов, прошедших терапию и реабилитацию по разработанной программе, фиксировалась меньшая частота параноидных и паранойяльных расстройств (10,5%,  $p < 0,05$ ) и нарушений поведения (бродяжничество, бесцельная активность, неадекватное поведение) (17,1%,  $p < 0,05$ ) и апатии (6,6%,  $p < 0,01$ ). Тогда как у пациентов контрольной группы параноидные и паранойяльные расстройства наблюдались в 21,5% случаев ( $p < 0,05$ ), нарушения поведения – в 30,8% случаев ( $p < 0,05$ ), апатия – в 15,4% случаев ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 2**

**Структура программы комплексной терапии и психосоциальной реабилитации пациентов с ГПР при СД**

Наименование	Структура программы
<b>А. Некогнитивные психопатологические расстройства</b>	
Мишени воздействия	Преобладание умеренной степени выраженности бредовых расстройств материального ущерба, ограбления, отношения, протекающих в форме параноидного и параноидального бредового расстройства; сочетание ГПР с частым бродяжничеством, расстройствами депрессивного спектра, периодической вербальной агрессией в умеренной степени; частыми расстройствами ритма день/ночь (расстройства засыпания, сонливость днем) в умеренно сильной степени выраженности; частым пониженным настроением, протекающим в форме дисфории в умеренной степени выраженности; повышенной отвлекаемостью, тревогой и нарушениями аппетита
Фармакотерапия	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Нейролептики: оланзапин до 2,5–10 мг/сут, или клозапин до 300 мг/сут, или рисперидон 0,5–2 мг/сут курсом до 6–8 недель. При купировании психотических расстройств и наличии в клинике остаточных расстройств ритма день/ночь: тиоридазин до 20 мг н/н или кветиапин до 100 мг вечером курсом 5 недель с последующим постепенным снижением дозы препарата и его отменой. Если на фоне отмены или снижения дозы происходит ухудшение сна, лечение продолжается в прежней терапевтической дозе.</li> <li>– антидепрессанты (с коррекцией дозы нейролептика): тразодон до 150 мг/сут курсом 1–2 мес. или миртазапин до 15–30 мг/сут курсом 1–2 мес., или сертралин до 50–150 мг/сут курсом 1–2 мес., или флуоксетин до 20 мг/сут курсом 1–2 мес. (с постепенным снижением дозы)</li> </ul>
Реабилитационные мероприятия	Индивидуальная когнитивная психотерапия (разъяснение, убеждение), проводимая пациенту с СД с учетом его когнитивного резерва, в период регресса психотических расстройств. Психообразовательный тренинг для лиц, ухаживающих за пациентами с СД, курсом до 2 недель с частотой тренинговых занятий 3 раза в неделю
<b>Б. Когнитивные нарушения</b>	
Мишень воздействия	Нарушениями мышления преимущественно психотического генеза: искажение обобщения; нарушение формально-логических операций, вынесение умозаключений, нарушение мотивационного и динамического компонентов мышления и критики, нарушение праксиса, счета, памяти (нарушение кодирования), внимания (отвлечение и истощение)
Фармакотерапия	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Мемантин – до 20 мг/сут постоянно (при сохранении терапевтического эффекта), или донепезил до 5–10 мг/сут постоянно (при хорошей переносимости и сохранении терапевтического эффекта), или галантамин до 16–24 мг/сут постоянно (при хорошей переносимости и сохранении терапевтического эффекта), или ривастигмин до 9–12 мг/сут (при хорошей переносимости и сохранении терапевтического эффекта);</li> <li>– средства, стимулирующие метаболические процессы головного мозга, – р-р актовегина, или экстракт листьев гинкго билоба (танакан), или р-р церебролизина в средне-максимальных суточных дозах, повторными курсами до 30 дней</li> </ul>
Реабилитационные мероприятия	Когнитивная ремедиация, направленная на восстановление или улучшение когнитивных функций и проводимая с учетом когнитивного резерва пациента с СД, с частотой тренинговых занятий 2–3 раза в неделю. Психообразовательный тренинг для лиц, ухаживающих за пациентом с СД, курсом до 2 недель, с частотой тренинговых занятий 3 раза в неделю
<b>В. Психосоциальный дефицит</b>	
Мишень воздействия	Низкая величина глобального социального функционирования; снижение социальных функций и ролей; ограничения жизнедеятельности в доме (коммуникации, умение пользоваться телефоном, делать покупки, распоряжаться финансами, пользоваться транспортом); низкий ресурс семейной поддержки через выраженные проблемы в семейных отношениях пациента (отсутствие взаимопонимания, взаимоподдержки, взаимопомощи)

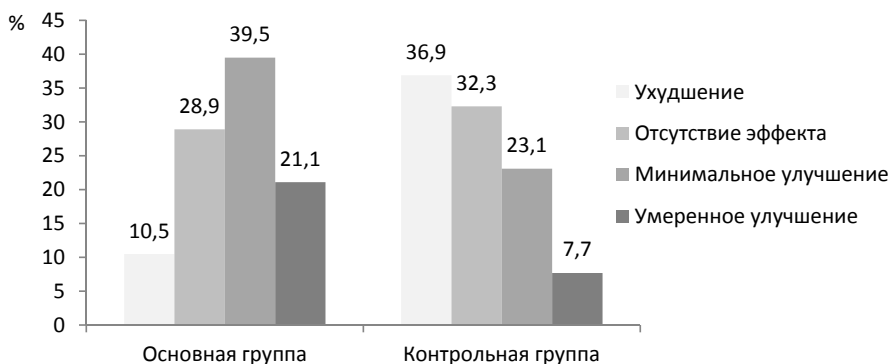


Окончание таблицы 2

Реабилитационные мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Социально-психологическое консультирование членов семьи и лиц, ухаживающих за пациентом с СД;</li> <li>– тренинг-группы по выработке и сохранению навыков: общения, установления социальных контактов, выполнения родительской роли, поведения в нестандартных и сложных условиях, самообслуживания (пользование телефоном, совершение покупок, распоряжение финансами, пользование транспортом и т. д.);</li> <li>– индивидуальная и групповая терапия искусством и творческим самовыражением (рисование, лепка, музыкотерапия, творческое общение с природой), проводимая с учетом когнитивного резерва пациента с деменцией, курсом до 12 мес. с частотой психотерапевтических встреч 1–2 раза в неделю;</li> <li>– стимулирующая терапия (терапия занятостью) – спортивные упражнения, игры, трудотерапия, – проводимая с учетом когнитивного резерва пациента с СД, повторными курсами до 4 мес., с частотой встреч в 2 раза в неделю;</li> <li>– психообразовательный тренинг для лиц, ухаживающих за пациентами с СД, курсом до 2 недель с частотой тренинговых занятий 3 раза в неделю</li> </ul>
<b>Г. Сопутствующие соматические и неврологические заболевания</b>	
Мишень воздействия	Сопутствующая соматическая патология и патология нервной системы (наличие в анамнезе инсульта, транзиторных ишемических атак и т. п.); факторы, снижающие медикаментозный комплаенс: негативное субъективное отношение к принимаемым препаратам, низкая оценка пациентами эффективности принятого препарата или комбинации препаратов
Фармакотерапия	<p>Тщательное соматоневрологическое обследование, и при выявлении соматоневрологической патологии или органичной недостаточности – проведение соответствующего медикаментозного и немедикаментозного лечения.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Статины (под контролем выделительной системы почек): крестор, или флувастатин, или эзетрол, или омакор до 60–80 мг/сут курсом до 3 мес.;</li> <li>– антиагреганты (преимущественно кишечной формы, под контролем свертываемости крови): кардиомагнил – 1 таб. раз в сут. постоянно;</li> <li>– вазоактивные средства: винпоцетин до 50 мг/сут курсом до 30 дней, или ницерголин до 30 мг/сут курсом в 1–2 мес., или нимодипин до 120 мг/сут</li> </ul>
Реабилитационные мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Регулярная физическая нагрузка (не менее 1–2 ч. в день), лечебная физкультура, массаж;</li> <li>– использование психолого-педагогических образовательных программ, направленных на повышение медикаментозного комплаенса и выработку позитивного отношения к медикаментозному лечению</li> </ul>

Изучение динамики когнитивного состояния показало, что в основной группе было больше пациентов с минимальным (39,5%,  $p < 0,05$ ) и умеренным (21,1%,  $p < 0,01$ ) улучшением когнитивных функций, тогда как среди пациентов контрольной группы было больше лиц с ухудшением (36,9%,  $p < 0,01$ ) когнитивных функций, а количество пациентов с минимальным и умеренным улучшением когнитивных функций не превышало величину в 23,1% и 7,7% от выборки контрольной группы соответственно (рис. 2).

Представленные результаты апробации разработанной программы комплексной терапии и реабилитации пациентов с ГПР при СД свидетельствуют о большей ее эффективности в сравнении с традиционными схемами лечения пациентов этой категории, не учитывающими основные клинико-психопатологические, когнитивные и психосоциальные особенности развития и течения ГПР у пациентов с СД.



**Рис. 2. Динамика когнитивных функций среди пациентов с ГПР при СД под влиянием терапии и реабилитации**

## ■ ВЫВОДЫ

1. В структуре клинико-психопатологических проявлений у пациентов с ГПР при СД выявлены следующие особенности: преобладание умеренной степени выраженности бредовых расстройств материального ущерба, ограбления, отношения; сочетание ГПР с частым бродяжничеством, расстройствами депрессивного спектра, периодической вербальной агрессией; частыми расстройствами ритма день/ночь (расстройства засыпания, сонливость днем); частым пониженным настроением, протекающим в форме дисфории; повышенной отвлекаемостью, тревогой и нарушениями аппетита.
2. В структуре когнитивных нарушений у пациентов с ГПР при СД преобладают нарушения мышления: искажение обобщения, нарушение формально-логических операций, вынесение умозаключений, нарушение мотивационного и динамического компонентов мышления и критики, а также нарушение праксиса, счета, памяти (нарушение кодирования) и внимания (отвлечение и истощение).
3. Разработана программа терапевтических и реабилитационных мероприятий, построенная на основании принципов комплексного, дифференцированного и лично-ориентированного подхода, включающая совокупность биологических и психосоциальных воздействий на все этиопатогенетические звенья развития и прогрессирования СД. Основными мишенями в разработанной системе терапии и реабилитации были: некогнитивные психопатологические нарушения, когнитивные нарушения, психосоциальный дефицит, сопутствующие соматические и неврологические заболевания.
4. Доказана эффективность разработанной программы терапии и реабилитации пациентов с ГПР при СД, заключающаяся в позитивной клинической динамике психического состояния (уменьшение галлюцинаторно-параноидных расстройств и сопутствующих непсихотических расстройств психики и поведения) и улучшении функционирования познавательных процессов.

Таким образом, полученные результаты следует учитывать при проведении терапии и реабилитации пациентам с ГПР при СД.

### Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Kosteniuk J.G., Morgan D.G., O'Connell M.E. (2016) Simultaneous temporal trends in dementia incidence and prevalence, 2005-2013: a population-based retrospective cohort study in Saskatchewan, Canada. *Int. Psychogeriatr.*, vol. 28, pp. 1643-1658.
2. Qiu C., von Strauss E., Backman L., Winblad B., Fratiglioni L. (2013) Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. *Neurology*, no 80, pp. 1888-1894.
3. Levada O.A. (2013) Rasprostranennost' psikhopatologicheskikh i povedencheskikh narusheniy na etapakh razvitiya subkortikal'noy sosudistoy dementsii v pozhilom i starcheskom vozraste [The prevalence of psychopathological and behavioral disorders at the stages of development of subcortical vascular dementia in the elderly and senile]. *Psychiatry and psychopharmacotherapy them. P.B. Gannushkina*, no 3, pp. 63-68.
4. Matthews F.E., Arthur A., Barnes L.E., et al. (2013) A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet*, no 382, pp. 1405-1412.
5. Hurd M.D., Martorell P., Langa K.M. (2013) Monetary costs of dementia in the United States. *N. Engl. J. Med.* no 369, pp. 489-90.
6. Maruta N.A. (2019) Ranneye vmeshatel'stvo pri dementsii: problemy i resheniya [Early intervention in dementia: problems and solutions]. *Ukr. Med. Zhurnal*. Available at: <https://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload>
7. Mishchenko T.S., Mishchenko V.N. (2011) Sosudistaya dementsiya [(2011) Vascular dementia]. *Bolezni pozhilogo i starcheskogo vozrasta*, no 2-1. Available at: <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-452/Sosudistaya-demenciya#gsc.tab=0>
8. Pendlebury S., Rothwell P. (2009) Prevalence, incidence and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.*, no 8, pp. 1006-1018.
9. Skoog I., Gustafson D. (2006) Clinical trials for primary prevention in dementia. In: *Dementia therapeutic research*. K. Rockwood, S. Gauthier (eds). London a New York: Taylor a Francis, pp. 89-212.
10. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority [online]. 2012. Available at: [who.int/mentalhealth/publications/dementia\\_report\\_2012/en](http://who.int/mentalhealth/publications/dementia_report_2012/en). Accessed July 18, 2013.
11. Zeilig H. (2014) Dementia as a cultural metaphor. *Gerontologist*, no 54, pp. 258-267.
12. Pinchuk I., Chaykovsk'ka V., Stadnyk L., Levada O., Pustovoyt M., Shyryayeva M. (2010) Aktual'ni pytannya herontopsykhii: navchal'nyy posibnyk [Topical issues of gerontopsychiatry: a textbook]. *Ternopil': Ternohraf*, 431 p.
13. Dubenko A., Korostiy V. (2014) Depressiya i dementsiya: komorbidnost', differentsial'naya diagnostika i taktika vedeniya patsiyentov [Depression and dementia: comorbidity, differential diagnostics and patient management]. *NeuroNEWS*, no 2/1 «Bolezni pozhilogo i starcheskogo vozrasta», pp. 22-28.
14. Mishchenko T. (2014) Sosudistaya dementsiya (evolyutsiya vzglyadov na problemu) [Vascular dementia (evolution of views on the problem)]. *Ukrains'kiy visnik psikhonevrologi*, no 22 (1 (78)), pp. 5-10.
15. Suvorova I. (2011) *Sosudistaya dementsiya: klinicheskoye techeniye, faktory riska, differentsirovannaya terapiya* [Vascular dementia: clinical course, risk factors, differentiated therapy] (PhD Thesis). Irkutsk. (in Russian)
16. Neal M., Briggs M. (2003) Validation therapy for dementia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Issue 3.
17. Kolykhalov I. (2008) Povedencheskiye i antipsikhicheskkiye efekty memantina u patsiyentov s dementsiyey [Behavioral and antipsychotic effects of memantine in patients with dementia]. *Psikhiatriya*, no 4-6, pp. 65-69.
18. Levin O.S. (2014) Diagnostika i lecheniye dementsii v klinicheskoy praktike [Diagnostics and treatment of dementia in clinical practice]. M.: MEDpress-inform. 256 p. (in Russian)
19. 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.
20. Nasreddine Z.S. (2005) The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 53 (4), pp. 695-699.
21. Pruszyński J. (2015) Non-cognitive symptoms of dementia. *Medyczyn.*, vol. 7, pp. 477-481.
22. Antonov M. (2006) *Matematicheskaya obrabotka i analiz mediko-biologicheskikh dannykh* [Mathematical processing and analysis of biomedical data]. Kiev, 556 p.

Поступила/Received: 09.12.2019

Контакты/Contacts: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)