

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.46(47):616.831.9

DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.11-16

К. В. Шевченко-Бітенський

ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНІ РОЗЛАДИ ПРИ СУДИННІЙ ДЕМЕНЦІЇ
(КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ)ДЗ «Південний Український національний педагогічний університет
імені К. Д. Ушинського», м. Одеса, Україна**Резюме**

Актуальність дослідження обумовлена значним негативним впливом галюцинаторно-параноїдних розладів на соціальне функціонування пацієнтів з судинною деменцією.

Мета – вивчення клініко-психопатологічної структури галюцинаторно-параноїдних розладів при судинній деменції та якості життя цих пацієнтів для вдосконалення діагностики та раннього виявлення пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції.

Матеріали та методи. Вивчення клініко-психопатологічної структури та соціального функціонування при галюцинаторно-параноїдних розладах у хворих із судинною деменцією було проведено на вибірці, до якої увійшов 41 пацієнт із діагнозом F01.3 (1–2), що склав основну групу; 34 пацієнти із судинною деменцією (F01.3), не ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами, склали контрольну групу. Для реалізації мети та завдань дослідження був використаний комплекс методів, що включав клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою поведінкових розладів (Bahav-AD), нейропсихіатричним опитувальником (NPI), некогнітивними секціями шкали оцінки хвороби Альцгеймера (ADAS-Non Cog), шкалу глобального функціонування (Global Assessment Functionally) (GAF)); Брістольську шкалу активності в повсякденному житті (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL)) та методи статистичної обробки даних.

Результати. В результаті проведеного дослідження були встановлені клініко-психопатологічні особливості галюцинаторно-параноїдних розладів у хворих із судинною деменцією. У пацієнтів із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції спостерігаються порушення функції спілкування, ефективності й рівня участі в домашніх справах, якості й рівня участі у виконанні сімейної та батьківської ролей, потреби і ефективності соціальних контактів, ефективності поведінки в нестандартних і складних умовах.

Висновки. Отримані дані необхідно враховувати в процесі діагностики та реабілітації даного контингенту пацієнтів.

Ключові слова: галюцинаторно-параноїдні розлади, судинна деменція, маячення, депресія, соціальне функціонування.

ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА
ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА
И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ)

К. В. Шевченко-Битенский

ГУ «Южный Украинский национальный педагогический университет
имени К. Д. Ушинского», г. Одесса, Украина**Резюме**

Актуальность исследования обусловлена значительным негативным влиянием галлюцинаторно-параноидных расстройств на социальное функционирование пациентов с сосудистой деменцией.

Цель – изучение клинико-психопатологической структуры галлюцинаторно-параноидных расстройств при сосудистой деменции и качества жизни этих пациентов для совершенствования диагностики и раннего выявления пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции.

Материалы и методы. Изучение клинико-психопатологической структуры и социального функционирования при галлюцинаторно-параноидных расстройствах у больных сосудистой деменцией было проведено на выборке, в которую вошел 41 пациент с диагнозом F01.3 (1–2), составивший основную группу; 34 пациента с сосудистой деменцией (F01.3), не осложненной галлюцинаторно-параноидными расстройствами, составили контрольную группу. Для реализации цели и задач исследования был использован комплекс методов, включавший клинико-психопатологический метод, дополненный шкалой поведенческих расстройств (Bahav-AD), нейропсихиатрическим опросником (NPI), некогнитивными секциями шкалы оценки болезни Альцгеймера (ADAS-Non Cog), Шкалу глобального функционирования (Global Assessment Functionally) (GAF)) Бристольскую шкалу активности в повседневной жизни (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL)) и методы статистической обработки данных.

Результаты. В результате проведенного исследования были установлены клинико-психопатологические особенности галлюцинаторно-параноидных расстройств у больных сосудистой деменцией. У пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции наблюдаются нарушения функции общения, эффективности и степени участия в домашних делах, качества и уровня участия в выполнении семейной и родительской ролей, потребности и эффективности социальных контактов, эффективности поведения в нестандартных и сложных условиях.

Выводы. Полученные данные необходимо учитывать в процессе диагностики и реабилитации данного контингента пациентов.

Ключевые слова: галлюцинаторно-параноидные расстройства, сосудистая деменция, бред, депрессия, социальное функционирование.

K.V. Shevchenko-Bitensky
HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS IN VASCULAR DEMENTIA (CLINICAL
AND PSYCHOLOGICAL STRUCTURE AND SOCIAL FUNCTIONING)

The state institution "South Ukrainian National Pedagogical University Named After K. D. Ushynsky", Odessa, Ukraine

Abstract

Background. The relevance of the study is due to the significant negative impact of hallucinatory-paranoid disorders on the social functioning of vascular dementia patients. **Objective.** The aim of the study was to study the clinical and psychopathological structure of hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia and the quality of life of these patients to improve the diagnosis and early detection of patients with hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia.

Materials and methods. The study - the clinical, psychopathological structure and social functioning in case of hallucinatory-paranoid disorders in patients with vascular dementia was carried out on a sample of 41 patients with a diagnosis of F01.3 (1-2), who made up the main group. As a control group, the study involved 34 patients with vascular dementia (F01.3), not complicated by hallucinatory-paranoid disorders. To achieve the goals and objectives of the study, a set of research methods was used, including the clinical and psychopathological method, supplemented by the Behavioral Disorders Scale (Bahav-AD), the Neuropsychiatric Questionnaire (NPI), non-cognitive sections of the Alzheimer's Disease Rating Scale (ADAS-Non Cog), and the global functioning scale (Global Assessment Functionally) (GAF), Bristol activity Daily Life Scale (BADL) and statistical data processing methods.

Results. As a result of the study, the clinical and psychopathological features of hallucinatory-paranoid disorders in patients with vascular dementia were established. In patients with hallucinatory-paranoid disorders with vascular dementia, there are impaired communication functions, the effectiveness and degree of participation in household chores, the quality and level of participation in fulfilling family and parental roles, the need and effectiveness of social contacts, and the effectiveness of behavior in unusual and difficult conditions.

Conclusions. The data obtained must be taken into account in the process of diagnosis and rehabilitation of this patient population.

Keywords: hallucinatory-paranoid disorders, vascular dementia, delirium, depression, social functioning.

For citation: Shevchenko-Bitensky K. V. Hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia (clinical and psychological structure and social functioning). *Archives of Psychiatry*. 2020, 26(1): 11–16. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.11-16

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): 380482@gmail.com

Received / Поступила: 26.12.2019

Accepted / Прийнята до друку: 23.01.2020

Актуальність. Наявна на сьогодні соціальна демографічна тенденція постаріння населення ставить проблему вивчення деменції в ряд найактуальніших. Кількість хворих на деменцію в усьому світі неухильно зростає; до основних їх форм належать хвороба Альцгеймера, судинна деменція та змішані варіанти патології [2, 7, 14].

У багатьох країнах світу перше місце за поширеністю посідає деменція внаслідок хвороби Альцгеймера (ХА), втім, в Україні серед пацієнтів із деменцією переважають саме випадки судинної деменції (СД). Їх відсоток складає 42% всіх випадків діагностованих деменцій, що значно перевищує число хворих на ХА [3, 4].

Медичне, соціальне, психологічне значення деменцій обумовлено вираженим зниженням автономності та дефіцитом функціонування пацієнтів, залученням у проблеми їх психічного страждання осіб найближчого оточення. Негативний вплив некогнітивних психопатологічних симптомів на соціальну активність хворих підтверджений в роботах багатьох авторів [2, 5]. Особливо це стосується галюцинаторно-параноїдних розладів (ГПР), які суттєво погіршують якість життя не лише пацієнтів, а й їх мікросоціального оточення, посилюючи економічний тягар цієї патології на суспільство.

Метою дослідження стало вивчення клініко-психопатологічної структури ГПР при СД та якості життя цих пацієнтів для вдосконалення діагностики та раннього виявлення пацієнтів з ГПР при СД.

Матеріали та методи дослідження

Вивчення клініко-психопатологічної структури та соціального функціонування при ГПР у хворих на СД було проведено на вибірці, до якої увійшов 41 пацієнт із діагнозом F01.3 (1–2) (основна група); 34 пацієнти з СД (F01.3), не ускладненою ГПР, склали контрольну групу.

Для реалізації мети та завдань дослідження був використаний комплекс методів дослідження, що включав клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою поведінкових розладів (Bahav-AD), нейропсихіатричним опитувальником (NPI), некогнітивними секціями

шкали оцінки ХА (ADAS-Non Cog), шкалу глобального функціонування (Global Assessment Functionally) (GAF)); Брістольську шкалу активності в повсякденному житті (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL)) та методи статистичної обробки даних [1, 8–14].

Результати та їх обговорення

Результати вивчення психопатологічних і поведінкових розладів у хворих із ГПР при СД за допомогою шкали поведінкових розладів Bahav-AD представлені в таблиці 1. Згідно з цими результатами, у групі хворих на СД з ГПР переважали маячні ідеї матеріального збитку, обману та ревнощів. У пацієнтів основної групи були виражені маячні ідеї матеріального збитку, пограбування, обкрадання (26,8±2,5% випадків, при $p < 0,01$ в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цією фабулою маячення були переконані в тому, що їх постійно обкрадають сусіди, родичі, медичний персонал, доглядачі. Також у пацієнтів з ГПР при СД частими були висловлювання про нечесність (21,9±2,1% випадків, при $p < 0,01$ в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цією фабулою були переконані в тому, що їх постійно обманює найближче оточення (діти, близькі родичі, доглядачі тощо).

В основній групі відзначались також маячні ідеї ревнощів (17,1±1,6% випадків, при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цією фабулою були переконані в тому, що їх подружжя без всякої на те причини стають байдужими до них, що вони отримують підозрілі листи, заводять нові знайомства з іншими чоловіками і жінками, запрошують їх таємно в гості в той час, коли відсутні хворі.

Серед обманів сприйняття (галюцинацій) у хворих основної групи з ГПР при СД переважали слухові галюцинації (19,5% випадків, при $p > 0,5$, в порівнянні з контрольною групою). Пацієнтам із цим видом обману сприйняття чулись фрази, монологи, діалоги, рідше – нескладні уривки фраз або окремих слів. Хворі, як правило, не сумнівались у тому, що хтось дійсно говорить, включаючи «отриману від голосів» інформацію в фабулу маячення. При цьому пацієнтів не бентежило, що інші люди не чують тих же «голосів», що й вони.

Таблиця 1. Особливості психопатологічної симптоматики і поведінкових розладів у хворих із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Психопатологічна симптоматика і поведінкові розлади	Судинна деменція	
	основна група	контрольна група
	%±m%	
Параноїдні і параноїдні розлади		
Маячні висловлювання: «Крадуть речі»	26,8±2,5 **	–
Маячні висловлювання: «Будинок не є його будинком»	2,4±0,8	–
Чоловік/дружина (або інший доглядач) є самозванцем	-	–
Маячні висловлювання з приводу відмови від хворого (наприклад, напрямок в стаціонар)	7,3±1,2	–
Маячні висловлювання про нечесність	21,9±2,1 **	–
Підозріливість (параноїдні ідеї) (інші)	-	–
Маячні установки (інші)	17,1±1,6 **	–
Галюцинації		
Зорові галюцинації	9,8±1,3	–
Слухові галюцинації	19,5±1,9	–
Нюхові галюцинації	2,4±0,8	–
Тактильні галюцинації	4,9±1,0	–
Порушення активності		
Бродяжництво (втеча з дому або від особи, що доглядає)	41,5±4,1 *	23,5±2,2
Безцільна активність (когнітивна абулія)	12,2±1,4	14,7±1,5
Неадекватна поведінка	4,9±1,0	5,9±0,9
Агресивність		
Вербальна агресія	48,8±4,9 **	20,6±1,9
Загроза фізичної розправи або насильства	7,3±1,2	8,8±1,1
Афективні порушення		
Плаксивість	7,3±1,2	5,9±0,9
Знижений настрій	65,9±6,7 *	41,2±4,2
Тривога і фобія		
Тривога з приводу майбутніх подій	12,2±1,4	14,7±1,5
Тривожність	26,8±2,5	29,4±2,7
Інші прояви тривоги	-	2,9±0,8
Страх залишитися одному	41,5±4,1 *	23,5±2,2
Інші фобії	2,4±0,8	5,9±0,9
Порушення ритму день / ніч	78,0±7,9 *	47,1±4,8
Загальна вираженість вищевказаних симптомів		
Симптоми не турбують доглядача і безпечні для пацієнта	14,6±1,5	23,5±2,2 *
Симптоми незначно турбують доглядача і безпечні для пацієнта	21,9±2,1	47,1±4,8 **
Симптоми помірно турбують доглядача і безпечні для пацієнта	43,9±4,2 **	20,6±1,9
Симптоми значно турбують доглядача і (або) нестерпні для пацієнта	19,5±1,9	8,8±1,1

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

У хворих з ГПР при СД переважали систематизовані маячні ідеї (70,1% хворих з маячним розладом, при $p < 0,01$), порівняно з несистематизованими і уривчастими маячними ідеями, які не мали тенденції до розширення (у 29,9% хворих з маячним розладом, при $p < 0,01$).

Серед порушень активності у хворих основної групи з ГПР при СД часто траплялося бродяжництво (втеча з дому або від доглядача) (41,5% випадків, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цією формою порушення активності йшли з дому в невідомому напрямку, їм здавалося, що вони знають дорогу, знають мету свого виходу з дому і знають зворотний шлях. Частою причиною бродяжництва було життя пацієнта в світі своїх спогадів, де він продовжував ходити на роботу, бачитися з друзями тощо. В контрольній групі порушення активності в формі бродяжництва спостерігали лише в 23,5% випадків ($p < 0,05$).

Серед агресивних розладів у хворих основної групи з ГПР при СД переважала вербальна агресія (48,8% випадків, при $p < 0,01$, в порівнянні з контрольною групою). Ці пацієнти проявляли виражені негативні почуття по відношенню до близьких, рідних, медичного персоналу через сварку, крик, загрози, прокляття, лайку тощо. У контрольній групі вербальна агресія спостерігалася тільки в 20,6% випадків ($p < 0,01$).

Розлади біологічних ритмів (порушення засинання, сонливість вдень) переважали в основній групі (78,0% випадків, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). У контрольній групі ці розлади виявлено в 47,1% випадків.

Серед афективних розладів у хворих основної групи з ГПР при СД частіше реєструвалися погіршення настрою (65,9% випадків, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою), що в більшості випадків перебігали у формі дисфорії (43,9% випадків, при $p < 0,01$). Пацієнтам з цією формою афективного розладу були притаманні погіршення настрою з дратівливістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточуючих, зі схильністю до спалахів помірної агресії (переважно вербальної). В контрольній групі погіршення настрою спостерігалися в 41,2% випадків.

Серед фобічних і тривожних розладів у хворих основної групи часто реєстрували почуття страху залишитися одному (41,5% випадків, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). Пацієнти боялися залишатися самі в будинку, вимагали, щоб з ними постійно перебував родич або доглядач. При відсутності доглядача вдома хворі відчували виражену тривогу, перешкоджали його виходу з дому, при цьому благали або агресивно вимагали у доглядача залишитися вдома. В контрольній групі страх залишитися самому в будинку спостерігався тільки в 23,5% випадків та тільки в 20,6% випадків ($p < 0,01$) помірно тривожив доглядача й був безпечний для хворого.

Аналіз результатів вивчення клінічних характеристик (частоти, вираженості) психопатологічних і поведінкових розладів пацієнтів з ГПР при СД показав, що в основній групі хворих статистично достовірно більш вираженими були маячні розлади (3,3±0,4 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою хворих), які проявлялися часто, до кількох разів на тиждень, але не щодня, у вигляді маячних ідей матеріального збитку, пограбування, обкрадання, нечесності, ревності (табл. 2).

Таблиця 2. Клінічні характеристики психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Психопатологічні та поведінкові розлади	Клінічні характеристики			
	частота		вираженість	
	основна група	контрольна група	основна група	контрольна група
	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ
А. Маячні ідеї	3,3±0,4*	–	2,4±0,4*	–
Б. Галюцинації	2,0±0,4	–	1,3±0,3	–
В. Порушення поведінки (агресія)	2,5±0,6*	1,4±0,3	2,3±0,3*	1,2±0,1
Г. Депресія (дисфорія)	3,4±0,5*	2,0±0,3	2,4±0,3*	1,4±0,3
Д. Тривога	2,0±0,3	1,8±0,4	1,7±0,2	1,5±0,2
Е. Гіпертимія (піднесений настрій, ейфорія)	1,6±0,2	1,4±0,1	1,4±0,3	1,5±0,3
Ж. Апатія (байдужість, індиферентність)	1,9±0,3	1,8±0,3	2,0±0,4	2,2±0,3
З. Розгальмування	1,5±0,3	1,6±0,3	2,3±0,5	2,2±0,3
І. Дратівливість	3,1±0,5*	1,8±0,4	2,3±0,4*	1,3±0,2
К. Аномальна рухова активність (неадекватна рухова поведінка)	3,4±0,4*	1,9±0,3	2,5±0,5*	1,4±0,3
Л. Сон і порушення поведінки в нічний час	3,2±0,2*	2,0±0,3	2,6±0,4*	1,4±0,2
М. Порушення апетиту і харчової поведінки	1,4±0,3	1,5±0,3	2,2±0,5	2,1±0,3

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

При цьому маячні розлади сягали помірного ступеня вираженості (2,4±0,4 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою хворих), зумовлювали неспокій та неадекватну поведінку пацієнта, характеризувалися труднощами в їх корегуванні зовні.

Також в основній групі визначався стан агресивного збудження, який виникав не рідше одного разу на тиждень (2,5±0,6 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). При цьому у 48,8% хворих ($p < 0,01$) стан агресивного збудження перебігав переважно у вербальній формі.

Серед клінічних характеристик психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів основної групи з ГПР при СД в 65,9% випадків визначався депресивний настрій з дисфоричним компонентом, який був помірно виражений (2,4±0,3 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою) та виникав часто, до кількох разів на тиждень, але не щодня (3,4±0,5 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). У контрольній групі депресивний настрій спостерігався у 41,2% пацієнтів ($p < 0,05$).

У 36,6% пацієнтів основної групи визначався стан дратівливості помірного ступеня вираженості (2,3±0,4 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою)

та спостерігався часто, до кількох разів на тиждень, але не щодня (3,1±0,5 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). У контрольній групі дратівливість спостерігалась лише у 11,8% пацієнтів ($p < 0,01$).

У 41,5% пацієнтів основної групи була виражена аномальна рухова активність (переважно бродяжництво – втеча з дому або від доглядача) помірно-сильного ступеня вираженості (2,5±0,5 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою), яка виникала часто, до кількох разів на тиждень, але не щодня (3,4±0,4 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). В контрольній групі аномальна рухова активність спостерігалась у 23,5% хворих ($p < 0,01$).

У більшості пацієнтів основної групи (78,0%) відзначались порушення сну і поведінки в нічний час помірно-сильного ступеня вираженості (2,6±0,4 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). Ці стани виникали часто, до кількох разів на тиждень, але не щодня (3,2±0,2 бали, при $p < 0,05$, в порівнянні з контрольною групою). В контрольній групі порушення сну і поведінки в нічний час спостерігалися у 47,1% хворих ($p < 0,01$).

Результати вивчення некогнітивних психопатологічних розладів у хворих основної групи з ГПР при СД за допомогою шкали ADAS-Non Cog представлені на рисунку 1.

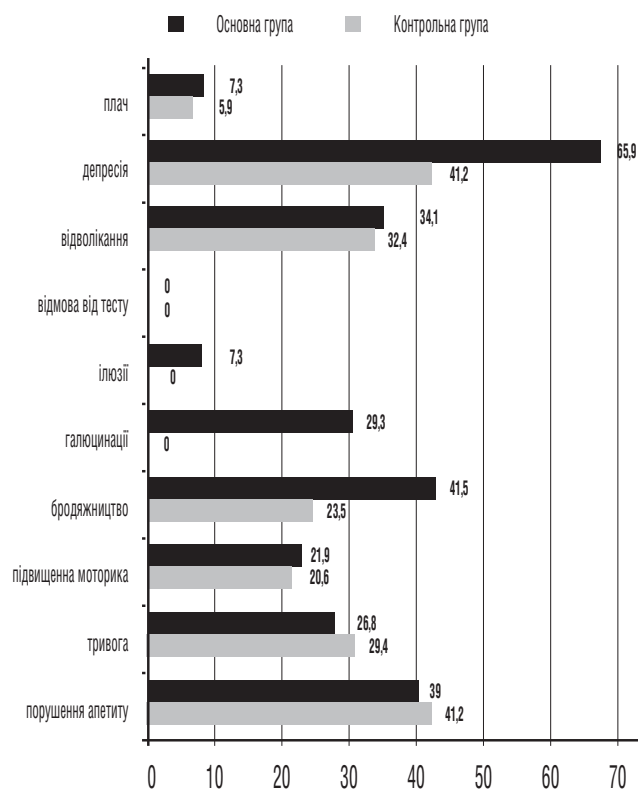


Рис. 1. Некогнітивні психопатологічні розлади у хворих із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Згідно з результатами, представленими на рисунку 1, в клініці некогнітивних психопатологічних розладів хворих з ГПР при СД поряд з галюцинаторною симптоматикою спостерігалися розлади депресивного спектра, відволікання, бродяжництво, підвищена моторика, тривога і порушення апетиту. При цьому, в порівнянні з контрольною групою, статистично достовірно переважали:

- розлади депресивного спектра (65,9% випадків, при $p < 0,05$), з переважанням зниженого настрою

з дисфоричним компонентом (в 43,9% випадків, при $p < 0,01$), у контрольній групі розлади депресивного спектра спостерігалися в 41,2% випадків ($p < 0,05$);

- бродяжництво (41,5% випадків, при $p < 0,05$), у контрольній групі розлади активності, що перебігають у формі бродяжництва, спостерігалися тільки в 23,5% випадків ($p < 0,05$).

Особливості глобального соціального функціонування (СФ) хворих із ГПР при СД, у порівнянні з контрольною групою, вивчали за допомогою шкали GAF (рис. 2).

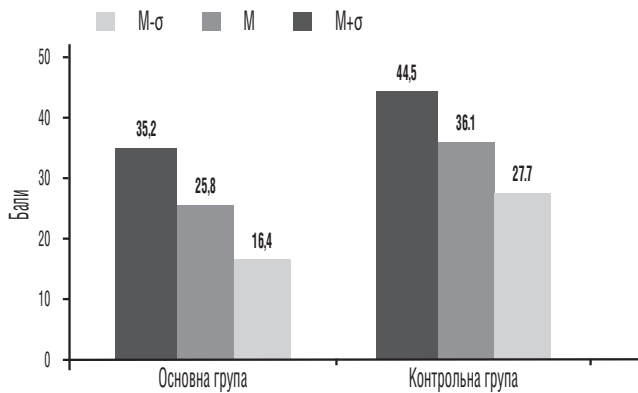


Рис. 2. Особливості соціального функціонування у пацієнтів із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Аналіз глобального функціонування, представлений на рисунку 2, показав, що у хворих з ГПР при СД середнє значення глобального функціонування становить в $25,8 \pm 9,4$ бали [16,4–35,2] ($p < 0,05$) і характеризується погіршенням функціонування в соціальній і професійній сферах у межах від вираженого погіршення – до потреби в спостереженні для підтримки мінімальної особистої життєдіяльності.

У пацієнтів контрольної групи середня величина глобального функціонування складала $36,1 \pm 8,4$ бали [27,7–44,5] ($p < 0,05$) і характеризувалася погіршенням функціонування в соціальній і професійній сферах у межах від серйозного погіршення – до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності.

Результати вивчення чинників обмеження життєдіяльності хворих із ГПР при СД, проведеного за допомогою шкали BADL, представлені в таблиці 3.

Аналіз результатів вивчення чинників обмеження життєдіяльності пацієнтів із ГПР при СД, в порівнянні з хворими контрольної групи, показав, що у хворих основної групи реєструється виражене порушення таких функцій життєдіяльності:

- комунікація (порушення в діапазоні від «розуміє себе, але відчуває труднощі в розумінні інших» – до «повністю порушена комунікація») ($2,7 \pm 0,3$ бали). У контрольній групі порушення комунікації були виражені значно менше та відповідали функціональному діапазону в $1,7 \pm 0,3$ балів ($p < 0,05$).
- здатність робити покупки (порушення в діапазоні від «нездатності робити покупки самостійно, але може брати участь у закупівлях за допомогою інших осіб» – до «нездатності робити покупки навіть за допомогою інших осіб») ($2,6 \pm 0,4$ бали), тоді як у контрольній групі вираженість порушення «робити покупки» була

вірогідно меншою та відповідала функціональному діапазону $1,7 \pm 0,4$ балів ($p < 0,05$);

- здатність розпоряджатися фінансами (порушення в діапазоні від «можливості написати ім'я, але не визначити грошовий обсяг» – до «неможливості написати ім'я та визначити грошовий обсяг») ($2,6 \pm 0,4$ бали). У контрольній групі вираженість порушення здатності розпоряджатися фінансами була меншою та відповідала функціональному діапазону $1,7 \pm 0,3$ балів ($p < 0,05$);
- вміння користуватися транспортом (порушення в діапазоні від «неможливості користуватися громадським транспортом самостійно» – до «неможливості або небажання користуватися громадським транспортом навіть у супроводі») ($2,7 \pm 0,3$ балів). У контрольній групі порушення вміння користуватися транспортом були меншими та відповідали функціональному діапазону $1,7 \pm 0,2$ балів ($p < 0,05$).

Таблиця 3. Фактори обмеження життєдіяльності хворих із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Чинники обмеження життєдіяльності	Основна група	Контрольна група
	M±σ	
Приготування їжі	2,2±0,3	2,0±0,3
Вживання їжі	2,1±0,2	1,4±0,3
Приготування напоїв	2,1±0,3	1,9±0,4
Вживання напоїв	1,3±0,2	1,1±0,3
Одягання	1,9±0,3	1,6±0,2
Умивання	1,8±0,4	1,7±0,3
Чищення зубів	2,0±0,2	1,7±0,2
Прийняття ванни / душу	2,0±0,2	1,4±0,4
Користування туалетом	1,5±0,2	1,2±0,3
Пересування	1,0±0,3	1,0±0,3
Ходьба	1,5±0,3	1,3±0,3
Орієнтація в часі	2,2±0,3	2,0±0,4
Орієнтація в місці	2,2±0,2	1,7±0,3
Комунікація	2,7±0,3 *	1,7±0,3
Користування телефоном	2,5±0,4	1,9±0,4
Домашня робота /робота в саду	2,3±0,4	1,6±0,5
Здатність робити покупки	2,6±0,4 *	1,7±0,4
Розпорядження фінансами	2,6±0,4 *	1,7±0,3
Ігри / хобі	2,4±0,4	2,2±0,4
Користування транспортом	2,7±0,3 *	1,7±0,2

Примітка. * – відмінності статистично достовірні за $p < 0,05$.

Висновки

У клініко-психопатологічній структурі ГПР при СД виявлені такі закономірності: переважання параноїдних і параноїдних розладів над розладами сприйняття (маячних ідей матеріального збитку, пограбування, обкрадання, відносини і ревнощів); систематизованих маячних ідей над малорозгорнутими, несистематизованими і уривчастими маячними ідеями, які не мають тенденції до розширення; поєднання ГПР із частим бродяжництвом; помірною вербальною агресією;

розладами ритму день / ніч; зниженим настроєм, що проявляється у формі дисфорії; страхом залишитися самому; з частими станами дратівливості.

Величина загального соціального функціонування пацієнтів із ГПР при СД відповідає діапазону порушень від «вираженого погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах» – до «потреби в спостереженні для підтримки мінімальної особистої життєдіяльності».

У пацієнтів із ГПР при СД спостерігаються порушення функції спілкування, ефективності і активності участі в домашніх справах, якості й активності участі у виконанні сімейної та батьківської ролей, потреби й ефективності соціальних контактів, ефективності поведінки в нестандартних і складних умовах.

ГПР при СД мають виражений вплив на формування обмежень життєдіяльності пацієнтів у комунікації, здатності робити покупки, розпоряджатися фінансами та користуватися транспортом.

Отримані дані необхідно враховувати в процесі діагностики та реабілітації даного контингенту пацієнтів.

Список використаної літератури

1. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. К., 2006. 556 с.
2. Громова Н. С. Синдромально-нозологическая структура и клинко-катамнестическое исследование когорты больных с галлюцинаторными психозами позднего возраста, госпитализированных в гериатрическое отделение ПКБ №1 им. Н. А. Алексеева: XVI съезд психиатров России. Конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»: сборник тезисов. СПб.: Альта Астра, 2015. С. 154–155.
3. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році: Статистичний бюлетень. К.: Державна служба статистики України, 2012. 89 с.
4. Король Г. М. Мультиmodalний підхід до діагностики та лікування судинної дементії. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2014. № 6 (68). С. 62–68.
5. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии. *HeiropNews*. 2013. № 8 (53). С. 16–19.
6. Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вукс А. Я., Вид В. Д. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии: методические рекомендации. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2007. 24 с.
7. Мищенко Т. С. Когнитивные нарушения в практике семейного врача (актуальные проблемы, факторы риска, патогенез, возможности лечения и профилактики). *Семейная медицина*. 2017. № 1 (69). С. 21–24.
8. Мищенко Т. С., Мищенко В. Н. Сосудистая деменция. *HeiropNews*. 2011. № 2-1 URL: <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-452/Sosudistaya-demenciya#gsc.tab=0>
9. Пінчук І. Я., Левада О. А., Чередниченко Н. В. Українська адаптована версія NPI та досвід застосування. *Архів психіатрії*. 2013. Т. 19, № 3 (74). С. 63–68.
10. Kueper J. K., Speechley M., Montero-Odasso M. The Alzheimer's Disease Assessment Scale–Cognitive Subscale (ADAS-Cog): Modifications and Responsiveness in Pre-Dementia Populations. A Narrative Review. *J Alzheimers Dis*. 2018. Vol. 63, issue 2. P. 423–444. DOI: 10.3233/JAD-170991.
11. Pruszyński J. J. Non-cognitive symptoms of dementia. *Postępy Nauk Medycznych*. 2015. Vol. 18, no. 7. P. 477–481. URL: http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2015/07/pnm_2015_477-481.pdf
12. Reisberg B., Auer S. R., Monteiro I. M. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int. Psychogeriatr*. 1996. Vol. 8, suppl. 3. P. 301–308. DOI: 10.1097/00019442-199911001-00147.
13. Sahathevan R., Brodtmann A., Donnan G. A. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. *Int. J. Stroke*. 2012. Vol. 7, issue 1. P. 61–73. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2011.00731.x
14. Skoog I., Korczyn A. D., Guekht A. Neuroprotection in vascular dementia: A future path. *J. Neurol. Sci*. 2012. Vol. 322, issue 1-2. P. 232–236 DOI: 10.1016/j.jns.2012.02.013.
15. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Geneva: World Health Organization. 2015. WHO/MSD/MER/15.3 URL: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf

Відомості про автора:

ШЕВЧЕНКО-БИТЕНСКИЙ Костянтин Валерійович, асистент кафедри біології та охорони здоров'я по циклу психіатрії та наркології медичного факультету Державного закладу «Південний Український національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», м. Одеса, Україна; e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

Сведения об авторе:

ШЕВЧЕНКО-БИТЕНСКИЙ Константин Валерьевич, асистент кафедры биологической и медицинской помощи по циклу психиатрии и наркологии медицинского факультета ГУ «Государственный Украинский национальный педагогический университет имени К. Д. Ушинского», г. Одесса, Украина; e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

About the Author:

SHEVCHENKO-BITENSKY Kostiantyn Valeriiovych, Assistant Professor, Department of Biology and Health Care, Cycle of Psychiatry and Narcology, Faculty of Medicine The state institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K. D. Ushynsky», Odessa, Ukraine; e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

16. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. Geneva: WHO, 1988. 96 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40429/9241561114.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 15.10.2019).

References

1. Antonomov, M. Yu. (2006). *Matematicheskaya obrabotka i analiz mediko-biologicheskikh dannykh* [Mathematical processing and analysis of biomedical data]. Kyiv. 556 p. (In Russian).
2. Gromova, N. S. (2015). Sindromal'no-nozologicheskaya struktura i kliniko-katamnestichekoye issledovaniye kogorty bol'nykh s gallyutsinatorynymi psikhozami pozdnego vozrasta, gosptalizirovannykh v geriatricheskoye otdeleniye PKB №1 im. N. A. Alekseyeva [Syndromic-nosological structure and clinical follow-up study of a cohort of patients with late-stage hallucinatory psychoses hospitalized in the Geriatric Department of Clinical Hospital No. 1 named after N. A. Alekseeva]. XVI s'yezd psikiatrov Rossii. Konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiyem «Psikiatriya na etapakh reform: problemy i perspektivy»: sbornik tezisov. SPb.: Al'ta Astra, 154-155. (In Russian).
3. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (2012). *Zaklady okhorony zdorov'ia ta zakhvoriuvanist naseleння Ukrainy u 2011 rotsi: Statystychniy biuletyn*. [Health Care Institutions and Morbidity of the Ukrainian Population in 2011: Statistical Bulletin]. Kyiv. 89 p. (In Ukrainian).
4. Korol, H. M. (2014). Multimodalnyi pidkhid do diahnostryky ta likuvannya sudynnoy dementsii. [A multimodal approach to the diagnosis and treatment of vascular dementia]. *International neurological journal*, 6(68), 62–68. (In Ukrainian).
5. Maruta, N. A. (2013). Vosstanovleniye sotsial'nogo funktsionirovaniya – osnovnaya tsel' terapii depressii [Restoring social functioning is the main goal of depression therapy]. *NeuroNews*, (8), 16-19. (In Russian). Retrieved from <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2013/8%2853%29/article-1269/vosstanovlenie-socialnogo-funkcionirovaniya-osnovnaya-cel-terapii-depressii#gsc.tab=0>
6. Lutova, N. B., Bortsov, A.V., Vuks, A. Ya., & Vid, V. D. (2007). *Metod prognozirovaniya medikamentoznogo komplaiensa v psikiatrii: metodicheskie rekomendatsii* [Method for predicting drug compliance in psychiatry: guidelines]. NIPNI im. V. M. Bekhtereva. SPb., 24 p. (In Russian). Retrieved from <https://docplayer.ru/115644666-Metod-prognozirovaniya-medikamentoznogo-komplaiensa-v-psikiatrii-metodicheskie-rekomendacii.html>
7. Mishchenko, T. S. (2017). Kognitivnye narusheniya v praktike semejnego vracha (aktual'nost' problemy, faktory riska, patogenez, vozmozhnosti lecheniya i profilaktiki) [Cognitive violations in the practice of family doctor (the urgency of the problem, risk factors, pathogenesis, treatment options and preventions)]. *Family Medicine*, (1), 21–24. (In Russian).
8. Mishchenko, T. S., & Mishchenko, V. N. (2011). Sosudistaya dementsiya [Vascular dementia]. *NeuroNews*, (1-2). (In Russian). Retrieved from <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-452/Sosudistaya-demenciya#gsc.tab=0>
9. Pinchuk, I. Ya., Levada, O. A., & Cherednichenko, N. V. (2013). Ukrainka adaptovana versia NPI ta dosvid zastosuvannya [The neuropsychiatric inventory (NPI) as valid tool to assess psychopathological disorders in dementia and other organic brain damage: Ukrainian adapted version and experience of application]. *Archives of Psychiatry*, 19(3), 63–68. (In Ukrainian).
10. Kueper, J. K., Speechley, M., & Montero-Odasso, M. (2018). The Alzheimer's Disease Assessment Scale–Cognitive Subscale (ADAS-Cog): Modifications and Responsiveness in Pre-Dementia Populations. A Narrative Review. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 63(2), 423–444. <https://doi.org/10.3233/JAD-170991>
11. Pruszyński, J. J. (2015). Non-cognitive symptoms of dementia. *Postępy Nauk Medycznych*, 18(7), 477–481. Retrieved from http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2015/07/pnm_2015_477-481.pdf
12. Reisberg, B., Auer, S. R., & Monteiro, I. M. (1996). Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *International psychogeriatrics*, 8 Suppl 3, 301–354. <https://doi.org/10.1097/00019442-199911001-00147>
13. Sahathevan, R., Brodtmann, A., & Donnan, G. A. (2012). Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 7(1), 61–73. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00731.x>
14. Skoog, I., Korczyn, A. D., & Guekht, A. (2012). Neuroprotection in vascular dementia: a future path. *Journal of the neurological sciences*, 322(1-2), 232–236. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2012.02.013>
15. WHO. (2015). *The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends*. Geneva: World Health Organization. WHO/MSD/MER/15.3 Retrieved from https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf
16. WHO. (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use*. Geneva: WHO. 96 p. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40429/9241561114.pdf?sequence=1&isAllowed=y>