

животных, имеющих подтвержденный микробиологический статус здоровья.

Список литературы

2. Методические указания по проведению лабораторных предрегистрационных испытаний средств дезинфекции, дезинсекции и дератизации. Приказ МЗ РК №133 от 4 ноября 2008 г.

3. Turner P. V., Brab Th., Pekow C., Vasbinde M. A. Administration of substances to laboratory animals: routes of administration and factors to consider // J. Am. Assoc. Lab. Anim. Sci. – 2011. – Vol. 50. – No. 5. – P. 600-613.

4. Wang R. F., Campbell W. L., Cao W. W., Colvert R. M., Holland M. A., Cerniglia C. E. Diagnosis of mouse hepatitis virus contamination in mouse population by using nude mice and RT-PCR // Mol. Cell. Probes. – 1999. – Vol. 13. – No. 1. – P. 29-33.

5. Nicklas W., Homberger F. R., Illgen-Wilcke B., Jacobi K., Kraft V., Kunstyr I., Mahler M., Meyer H. Pohlmeier-Esch G. Implications of infectious agents on results of animal experiments. Report of the Working Group on Hygiene of the Gesellschaft für Versuchstierkunde–Society for Laboratory Animal Science (GV-SOLAS) // Lab. Anim. – 1999. – Vol. 33. – Suppl. 1S. – P. 39–87.

6. Hansen A. K. Health Status and Health Monitoring. In Handbook of Laboratory Animal Science: Essential Principles and Practices. – N.-Y.: CRC Press, 2003. – 285 p.

7. Baker D. G. Natural pathogens of laboratory mice, rats, and rabbits and their effects on research // Clin. Microbiol. Rev. – 1998. – Vol. 11. – No. 2. – P. 231-266.

8. Н. Н. Каркищенко, С. В. Грачев. Руководство по лабораторным животным и альтернативным моделям в биомедицинских технологиях. – М.: Профиль 2С, 2010. – 358 с.

9. Директива 2010/63/EU Европейского парламента и Совета Европейского Союза от 22 сентября 2010 года по охране животных, используемых в научных целях.

10. Межгосударственный стандарт ГОСТ 33215-2014 Руководство по содержанию и уходу за лабораторными животными. Правила оборудования помещений и организации процедур. Москва, Стандартинформ, 2014 г.

11. Межгосударственный стандарт ГОСТ 33216-2014 Руководство по содержанию и уходу за лабораторными животными. Правила содержания и ухода за грызунами и кроликами. Москва, Стандартинформ, 2014 г.

12. Арзамасцев Е. В., Гуськова Т. А., Березовская И. В. и др. Методические указания по изучению общетоксического действия фармакологических веществ: руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. М., 2005. С. 41–54.

13. Межгосударственный стандарт ГОСТ 12.1.007-76. Система стандартов безопасности труда. Вредные вещества. Классификация и общие требования безопасности. Москва, Стандартинформ, 2007 г.

14. Beura L. K., Hamilton S. E., Bi K, et al. Normalizing the environment recapitulates adult human immune traits in laboratory mice. Nature 2016; 532:512–6.

Шевченко-Бітенський Костянтин Валерійович

Ст. н. співробітник Державної установи "Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України"

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ В СТРУКТУРІ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ РІЗНОГО СТУПЕНЮ ВИРАЖЕНОСТІ, УСКЛАДНЕНИХ ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ

Shevchenko-Bitensky Kostyantyn V.

Senior Researcher of the SI "Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of the Ministry of Health of Ukraine"

COGNITIVE DISTURBANCES IN THE STRUCTURE OF NEURODEGENERATIVE PROCESSES IN PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA OF DIFFERENT DEGREE OF EXPRESSION COMPLICATED BY HALLUCINATORY-PARANOIDAL DISORDERS

Анотація. У дослідженні прийняло участь 75 пацієнтів з судинною деменцією помірного та тяжкого ступеню вираженості, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами (основна група) та 63 пацієнта з судинною деменцією помірного та тяжкого ступеню вираженості, не ускладненою психотичними розладами (контрольна група). Доведено, що пацієнти з судинною деменцією, ускладнених психотичними розладами, характеризувались більш вираженими когнітивними порушеннями. З переходом судинної деменції, ускладненої психозом, з помірного до тяжкого ступеню вираженості, наростає частота когнітивних порушень праксису, гнозису, уваги, мови і орієнтації і вирівнюється їх представленість в співвідношенні з когнітивними порушеннями мислення, які мають переважно нейродегенеративних генез.

Summary. The study involved 75 patients with moderate to severe vascular dementia complicated by hallucinatory-paranoidal disorders (main group) and 63 patients with moderate to severe vascular dementia not

complicated by psychotic disorders (control group). It has been proven that patients with vascular dementia complicated by psychotic disorders were characterized by more severe cognitive impairment. With the transition of vascular dementia complicated by psychosis, from moderate to severe severity, the frequency of cognitive impairments (praxis, gnosis, attention, speech and orientation) increases, and their representation is aligned in relation to cognitive impairment of thinking, which are mostly of neurodegenerative genesis.

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

Key words: vascular dementia, diagnosis, hallucinatory-paranoid disorders, cognitive dysfunction

Актуальність проблеми когнітивних порушень у пацієнтів з судинною деменцією (СД) обумовлена вивченням патогенетичних механізмів порушення когнітивних функцій, розробкою нових підходів щодо відновлення нейронів головного мозку, з одного боку, а також збільшенням частки людей похилого віку серед населення - з іншого [1-3]. Оскільки когнітивні функції пов'язані з інтегративною роботою головного мозку в цілому, когнітивна недостатність закономірно розвивається при найрізноманітніших ураженнях головного мозку [2-4]. За даними ВООЗ, більше 30 млн. осіб в світі страждають на деменцію та когнітивні порушення, і цей показник неухильно зростає як серед осіб похилого віку, так і серед працездатного населення [5]. В Україні, згідно з даними офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я, в 2016 році було зареєстровано понад 20 тис. пацієнтів з різними формами деменції [1, 3, 8]. Але статистичні дані є недосконалими. Більшість літніх людей в нашій країні, які страждають на різні форми деменції, не звертаються за медичною допомогою і залишаються наодинці зі своєю недугою або зі своїми близькими [6-9]. Експерти ВООЗ припускають, що кількість пацієнтів з деменцією до 2050 року потроїться і досягне 115,4 млн. осіб, тому проблема збереження і відновлення когнітивних функцій стає міждисциплінарною та однією з глобальних в сучасній медицині [5,10].

У літературі широко представлені результати досліджень, присвячені аналізу когнітивних порушень при СД, однак на сучасному етапі розвитку психіатричної науки відсутні систематизовані дані щодо когнітивних порушень при СД, ускладнених галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) [1,3,10]. У зв'язку з цим, дослідження в даному напрямку представляються актуальними і мають велике медико-соціальне значення, оскільки дозволять покращити діагностику даної патології та розробити ефективні системи терапевтичного впливу.

Мета дослідження – визначити особливості когнітивних порушень у пацієнтів з СД з різним ступенем вираженості, ускладнених ГПР.

У дослідженні прийняло участь 138 хворих з СД. Усі пацієнти були розділені на основну та контрольну групу за ознакою наявності чи відсутності ГПР. Так, основну групу склали 75 пацієнтів з СД з помірним та тяжким ступенем вираженості СД, ускладненою ГПР. Контрольну групу склали 63 пацієнта з СД з помірним та тяжким 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 (41 пацієнт) та тяжким (34 пацієнт) ступенем вираженості деменції. В контрольній – 34 хворих склали групу з помірним ступенем вираженості (ПСВ) деменції та 29 пацієнтів – з тяжким 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 СД, ускладнених 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) [11]; Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCa) [12].

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

Таблиця 1

ПОРУШЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З СД ПСВ, УСКЛАДНЕНОЮ ГІР

Когнітивні функції та методи їх діагностики	Основна група	Контрольна група
	% ± m %	
Порушення праксису (порушення здатності набувати, зберігати і використовувати різноманітні рухові навички)		
Помилки створення альтернюючого шляху (MoCa)	39,0 ± 3,9 *	20,6 ± 1,9
Порушення зорово-конструктивних (MoCa і MMSE)	19,5 ± 1,9	17,6 ± 1,7
Порушення зорово-конструктивних навичок (MoCa)	24,4 ± 2,3	20,6 ± 1,9
Порушення письма (MMSE)	12,2 ± 1,4	8,8 ± 1,1
Порушення гнозису (порушення функції сприйняття інформації, її обробки і синтезу елементарних сенсорних відчуттів в цілісні образи, нездатність до цілісного сприйняття, впізнавання)		
Помилки в називанні предметів, тварин і т.п. (MoCa і MMSE)	14,6 ± 1,5	11,8 ± 1,3
Порушення розуміння інструкцій (MMSE)	19,5 ± 1,9	17,6 ± 1,7
Порушення рахування		
Помилки в серійному відніманні (MMSE)	70,7 ± 7,2 *	44,1 ± 4,6
Порушення пам'яті (порушення здатності засвоювати, зберігати і відтворювати необхідну для поточної діяльності інформацію)		
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушенням вилучення (MoCa)	70,7 ± 7,2	67,6 ± 7,1
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушеннями кодування (MoCa)	63,4 ± 6,4 *	32,4 ± 3,3
Порушення уваги		
Порушення стійкості (рухливість (відволікання, інертність) і виснаженість) уваги (MoCa)	53,7 ± 5,4 *	29,4 ± 2,7
Порушення концентрації уваги (MoCa і MMSE)	29,3 ± 2,8	26,5 ± 2,5
Порушення мови (порушення здатності обмінюватися інформацією за допомогою висловлювань)		
Помилки в повторенні фраз (MoCa і MMSE)	21,9 ± 2,1	20,6 ± 1,9
Порушення швидкості мови (MoCa)	24,4 ± 2,3	26,5 ± 2,5
Порушення читання (MMSE)	24,4 ± 2,3	26,5 ± 2,5
Порушення мислення		
Порушення узагальнення: недостатність рівня узагальнення, його спотворення (розуміння сюжетних картин, розуміння серії сюжетних картин, завдання на класифікацію)	78,0 ± 7,9**	38,2 ± 3,9
Порушення виявлення подібностей і відмінностей (завдання на виключення - третій зайвий, класифікація геометричних фігур)	41,5 ± 4,1	44,1 ± 4,6
Порушення формально-логічних операцій (закінчення серії картинок, підбір аналогій, завдання на класифікацію, пошук істотних ознак)	82,9 ± 8,8 *	44,1 ± 4,6
Порушення асоціативних зв'язків (завдання на виділення істотних ознак, визначення та порівняння понять, порівняння аналогій)	51,2 ± 5,0	47,1 ± 4,8
Порушення винесення висновків (розуміння оповідань і сюжетних картин, встановлення послідовності подій, розуміння переносного значення прислів'їв, метафор, приказок)	85,4 ± 8,9**	41,2 ± 4,2
Порушення абстрактного мислення (MoCa, метод формування штучних понять, встановлення відносин)	60,9 ± 6,2	55,9 ± 6,0
Порушення динаміки мислення: прискорення, уповільнення, затримка, лабільність/інертність, персеверація, непослідовність (клініко-психопатологічний метод)	39,0 ± 3,9	35,3 ± 3,7
Порушення мотиваційного компонента мислення: різноплановість, паралогічність, розірваність, безв'язність, символічність, аутичність, резонерство (клініко-психопатологічний метод)	80,5 ± 8,5**	38,2 ± 3,9
Порушення критики (клініко-психопатологічний метод)	87,8 ± 9,4**	44,1 ± 4,6
Орієнтація		
Порушення орієнтації в часі (рік, місяць, дата і день тижня) (MoCa і MMSE)	48,8 ± 4,9	47,1 ± 4,8
Порушення орієнтації в просторі або місця знаходження (країна, місто, вулиця, установа) (MoCa і MMSE)	21,9 ± 2,1	20,6 ± 1,9
Порушення орієнтації у власній особистості (клініко-психопатологічний метод)	7,3 ± 1,2	5,9 ± 0,9
Умовні позначення: * - відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$; ** - відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$		

Згідно з результатами, представленими в таблиці 1, у хворих з СД ПСВ, ускладненою психозом, серед когнітивних порушень, в

порівнянні з хворими СД ПСВ без психотичних розладів, переважали: помилки створення альтернюючого шляху (39,0 ± 3,9 % випадків,

при $p < 0,05$) і серійного віднімання ($70,7 \pm 7,2$ % випадків, при $p < 0,05$); порушення відстроченого відтворення, пов'язаного з порушеннями кодування ($63,4 \pm 6,4$ % випадків, при $p < 0,05$); зниження стійкості (відволікання і виснаженість) уваги ($53,7 \pm 5,4$ % випадків, при $p < 0,05$). Серед порушень розумових процесів в основній групі фіксувались та були вірогідно вираженими спотворення узагальнення ($78,0 \pm 7,9$ % випадків, при $p < 0,01$); порушення формально-логічних операцій ($82,9 \pm 8,8$ % випадків, при $p < 0,05$), винесення висновків ($85,4 \pm 8,9$ % випадків, при $p < 0,01$), мотиваційного компонента мислення (переважно паралогічність) ($80,5 \pm 8,5$ % випадків,

при $p < 0,01$) і критики ($87,8 \pm 9,4$ % випадків, при $p < 0,01$).

Тобто, у хворих з СД ПСВ з когнітивних порушень превалюють порушення мислення (в $78,0-87,8$ % випадків, при $p < 0,01-0,005$), переважно психотичного генезу (спотворення узагальнення, порушення формально-логічних операцій і винесення висновків, паралогічність в судженнях і виражене зниження критики). Також мають істотне значення порушення праксису, уваги, пам'яті та калькуляції (в $39,0-70,7$ % випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з СД ТСВ, ускладненою ГПР були зафіксовані порушення когнітивних функцій (Табл. 2).

Таблиця 2

ПОРУШЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З СД ТСВ, УСКЛАДНЕНОЮ ГПР

Когнітивні функції та методи їх діагностики	Основна група	Контрольна група
	% \pm m %	
Порушення праксису (порушення здатності набувати, зберігати і використовувати різноманітні рухові навички)		
Помилки створення альтернуючого шляху (MoCa)	79,4 \pm 8,0	72,4 \pm 7,7
Порушення зорово-конструктивних (MoCa і MMSE)	64,7 \pm 6,8	58,6 \pm 6,0
Порушення зорово-конструктивних навичок (MoCa)	88,2 \pm 9,1 *	62,1 \pm 6,4
Порушення письма (MMSE)	88,2 \pm 9,1 *	62,1 \pm 6,4
Порушення гнозису (порушення функції сприйняття інформації, її обробки і синтезу елементарних сенсорних відчуттів в цілісні образи, нездатність до цілісного сприйняття, впізнання)		
Помилки в називанні предметів, тварин і т.п. (MoCa і MMSE)	67,6 \pm 7,0	65,5 \pm 6,7
Порушення розуміння інструкцій (MMSE)	88,2 \pm 9,1 *	65,5 \pm 6,7
Порушення рахування		
Помилки в серійному відніманні (MMSE)	85,3 \pm 8,8	79,3 \pm 8,3
Порушення пам'яті (порушення здатності засвоювати, зберігати і відтворювати необхідну для поточної діяльності інформацію)		
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушенням вилучення (MoCa)	94,1 \pm 9,9	93,1 \pm 10,3
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушеннями кодування (MoCa)	97,1 \pm 10,2	89,7 \pm 9,9
Порушення уваги		
Порушення стійкості (рухливість (відволікання, інертність) і виснаженість) уваги (MoCa)	88,2 \pm 9,1 *	62,1 \pm 6,4
Порушення концентрації уваги (MoCa і MMSE)	91,2 \pm 9,7	89,7 \pm 9,9
Порушення мови (порушення здатності обмінюватися інформацією за допомогою висловлювань)		
Помилки в повторенні фраз (MoCa і MMSE)	91,2 \pm 9,7 *	68,9 \pm 7,0
Порушення швидкості мови (MoCa)	85,3 \pm 8,8 *	62,1 \pm 6,4
Порушення читання (MMSE)	76,5 \pm 7,8	72,4 \pm 7,7
Порушення мислення		
Порушення узагальнення: недостатність рівня узагальнення, його спотворення (розуміння сюжетних картин, розуміння серії сюжетних картин, завдання на класифікацію)	79,4 \pm 8,0	75,9 \pm 7,9
Порушення виявлення подібностей і відмінностей (завдання на виключення - третій зайвий, класифікація геометричних фігур)	82,4 \pm 8,4	86,2 \pm 9,5
Порушення формально-логічних операцій (закінчення серії картинок, підбір аналогій, завдання на класифікацію, пошук істотних ознак)	85,3 \pm 8,8	82,8 \pm 8,8
Порушення асоціативних зв'язків (завдання на виділення істотних ознак, визначення та порівняння понять, порівняння аналогій)	88,2 \pm 9,1	86,2 \pm 9,5

Порушення винесення висновків (розуміння оповідань і сюжетних картин, встановлення послідовності подій, розуміння переносного значення прислів'їв, метафор, приказок)	82,4 ± 8,4	79,3 ± 8,3
Порушення абстрактного мислення (МоСа, метод формування штучних понять, встановлення відносин)	88,2 ± 9,1	79,3 ± 8,3
Порушення динаміки мислення: прискорення, уповільнення, затримка, лабільність/інертність, персеверація, непослідовність (клініко-психопатологічний метод)	91,2 ± 9,7 *	62,1 ± 6,4
Порушення мотиваційного компонента мислення: різноплановість, паралогічність, розірваність, безсвязність, символічність, аутичність, резонерство (клініко-психопатологічний метод)	88,2 ± 9,1 *	62,1 ± 6,4
Порушення критики (клініко-психопатологічний метод)	91,2 ± 9,7 *	68,9 ± 7,0
Орієнтація		
Порушення орієнтації в часі (рік, місяць, дата і день тижня) (МоСа і MMSE)	94,1 ± 9,9	93,1 ± 10,3
Порушення орієнтації в просторі або місця знаходження (країна, місто, вулиця, установа) (МоСа і MMSE)	91,2 ± 9,7 *	65,5 ± 6,7
Порушення орієнтації у власній особистості (клініко-психопатологічний метод)	70,6 ± 7,2 *	44,8 ± 4,5
Умовні позначення: * - відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$; ** - відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$		

Згідно з результатами, представленими в таблиці 2, у хворих з СД ТСВ, ускладненою психозом, серед когнітивних порушень, в порівнянні з хворими СД ТСВ без психотичних розладів, переважали: порушення зорово-конструктивних навичок (88,2 ± 9,1 % випадків, при $p < 0,05$) і порушення письма (88,2 ± 9,1 % випадків, при $p < 0,05$); труднощі в розумінні інструкцій (88,2 ± 9,1 % випадків, при $p < 0,05$); зниження стійкості (інертність) уваги (88,2 ± 9,1 % випадків, при $p < 0,05$); помилки повторення фраз (91,2 ± 9,7 % випадків, при $p < 0,05$) і порушення швидкості мови (85,3 ± 8,8 % випадків, при $p < 0,05$); порушення орієнтації в просторі або місці знаходження (91,2 ± 9,7 % випадків, при $p < 0,05$) і у власній особистості (70,6 ± 7,2 % випадків, при $p < 0,05$). Серед порушень розумової діяльності у пацієнтів основної групи з ТСВ були виражені порушення динаміки мислення (уповільнення, інертність («в'язкість»), персеверація, непослідовність) (91,2 ± 9,7 % випадків, при $p < 0,05$), мотиваційного компонента мислення (паралогічність, розірваність і безсвязність) (88,2 ± 9,1 % випадків, при $p < 0,05$) і критики (91,2 ± 9,7 % випадків, при $p < 0,05$).

Тобто, при ТСВ СД, ускладненої ГПР, наростає частота когнітивних порушень праксису, гнозису, уваги, мови і орієнтації (в 70,6-91,2 % випадків, при $p < 0,05$) і вирівнюється їх представленість в співвідношенні з когнітивними порушеннями мислення (в 79,4-91,2 % випадків, при $p < 0,05$). При ТСВ СД, ГПР більшою мірою впливають на формування розладів праксису (порушення зорово-конструктивних навичок і письма), гнозису, уваги (інертність), мови (помилки повторення фрази порушення швидкості мови) і орієнтації в просторі, місці знаходження і у власній особистості (в 70,6-91,2 % випадків, при $p < 0,05$).

Аналіз інформативності, виділених за допомогою шкал MMSE, МоСа і елементарних нейропсихологічних досліджень, основних когнітивних порушень у хворих основної групи з СД ПСВ та СД ТСВ деменції (при $p < 0,05$ і при $p < 0,01$), в порівнянні з відповідними контрольними групами, представлений в таблицях 3-4 (значення представлені в порядку зменшення рівня інформативності).

Таблиця 3

ДІАГНОСТИЧНІ КОЕФІЦІЄНТИ І МІРА ІНФОРМАТИВНОСТІ ВИДІЛЕНИХ ОСНОВНИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З СД ПСВ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Когнітивні порушення	Оцінка вираженості (бали)	ДК *	МІ**
Порушення винесення висновків в мисленні	-	-3,17	0,70
Порушення мотиваційного компонента мислення (паралогічність)	-	-3,23	0,68
Порушення критики	-	-2,99	0,65
Спотворення узагальнення в мисленні	-	-3,10	0,62
Порушення формально-логічних операцій в мисленні	-	-2,74	0,53
Порушення пам'яті (порушення відстроченого відтворення, пов'язане з порушеннями кодування)	≥1	-2,94	0,45
Порушення стійкості уваги (відволікання, виснаженість)	≥1	-2,61	0,32
Порушення рахування (серійне віднімання)	≥1	-2,05	0,27
Порушення праксису (порушення створення альтернуючого шляху)	≥2	-2,78	0,26
Сума за сукупністю ознак		25,61	4,48
Умовні позначення: * - діагностичний коефіцієнт; ** - міра інформативності Кульбака			

За результатами проведеного статистичного аналізу, представленого в таблиці 3, найбільш інформативними ознаками порушення когнітивних функцій, у хворих з СД ПСВ, ускладнених психотичними розладами, є:

- порушення винесення висновків в мисленні (ДК = - 3,17, МІ = 0,70, при $p < 0,00006$); паралогічність (ДК = - 3,23, МІ = 0,68, при $p < 0,0002$); порушення критики (ДК = - 2,99, МІ = 0,65, при $p < 0,00005$); спотворення узагальнення в мисленні (ДК = - 3,10, МІ=0,62, при $p < 0,0004$); порушення формально-логічних операцій в мисленні (ДК = - 2,74, МІ = 0,53, при $p < 0,0004$); зниження рівня відтермінованого відтворення, пов'язаного з порушеннями кодування (ДК = - 2,94, МІ = 0,45, при $p < 0,005$); порушення стійкості уваги (відволікання, виснаженість) (ДК = - 2,61,

МІ = 0,32, при $p < 0,02$). Також істотними порушеннями когнітивних функцій у хворих з СД ПСВ, ускладненою ГПР, які підвищують рівень діагностичної інформативності, є: порушення калькуляції (ДК = - 2,05, МІ = 0,27, при $p < 0,01$); порушення праксису (ДК = - 2,78, МІ = 0,26, при $p < 0,05$).

Кореляційний аналіз між вираженістю ГПР, з одного боку, і порушеннями когнітивних функцій, з іншого, показав значущий кореляційний зв'язок між такими клінічними характеристиками: вагою маячних розладів і виразністю порушень відстроченого відтворення, пов'язаного з порушеннями кодування ($r = 0,66$); тяжкістю розладів сприйняття і виразністю порушення стійкості уваги ($r = 0,73$).

Таблиця 4

ДІАГНОСТИЧНІ КОЕФІЦІЄНТИ І МІРА ІНФОРМАТИВНОСТІ ВИДІЛЕНИХ ОСНОВНИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З СД ТСВ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Когнітивні порушення	Оцінка вираженості (бали)	ДК *	МІ**
Порушення орієнтації у власній особистості	-	-2,32	0,34
Порушення динаміки мислення (уповільнення, інертність («в'язкість»), персеверація, непослідовність)	-	-1,67	0,24
Порушення праксису (порушення візуально-конструктивних навичок)	≥2	-1,53	0,20
Порушення письма	= 0	-1,53	0,20
Порушення стійкості уваги (інертність)	≥1	-1,53	0,20
Порушення мотиваційного компонента мислення (паралогічність, розірваність, безсвязність)	-	-1,53	0,20
Порушення орієнтації в просторі, місці знаходження	≥2	-1,44	0,18
Порушення швидкості мови	= 0	-1,38	0,16
Порушення гнозису (порушення розуміння інструкцій)	≥1	-1,29	0,15
Порушення мови (помилки в повторенні фраз)	≥1	-1,21	0,13
Порушення критики	-	-1,21	0,13
Сума за сукупністю ознак		16,64	2,13
Умовні позначення: * - діагностичний коефіцієнт; ** - міра інформативності Кульбака			

За результатами проведеного статистичного аналізу, представленого в таблиці 4, найбільш інформативними порушеннями когнітивних функцій, у хворих з СД ТСВ, ускладненою психозом, є: порушення орієнтації у власній особистості (ДК = - 2,32, МІ = 0,34, при $p < 0,01$); порушення динаміки мислення (уповільнення, інертність («в'язкість»), персеверація, непослідовність) (ДК = - 1,67, МІ = 0,24, при $p < 0,006$); порушення візуально-конструктивних навичок (ДК = - 1,53, МІ = 0,20, при $p < 0,01$); порушення письма (ДК = - 1,53, МІ = 0,20, при $p < 0,01$); інертність уваги (ДК = - 1,53, МІ = 0,20, при $p < 0,01$); порушення мотиваційного компонента мислення (ДК = - 1,53, МІ = 0,20, при $p < 0,01$).

Також істотними порушеннями когнітивних функцій у хворих з СД ТСВ, ускладненою ГПР, які підвищують рівень діагностичної інформативності, є: порушення орієнтації в просторі, місці знаходження (ДК = - 1,44, МІ = 0,18, при $p < 0,01$); порушення швидкості мови (ДК = - 1,38, МІ = 0,16, при $p < 0,03$); порушення гнозису (ДК = - 1,29, МІ = 0,15, при $p < 0,02$); порушення мови (помилки в повторенні фраз) (ДК = - 1,21, МІ = 0,13, при $p < 0,02$); порушення критики (ДК = - 1,21, МІ = 0,13, при $p < 0,02$).

У пацієнтів з СД ТСВ кореляційний аналіз між ГПР, з одного боку, і порушеннями когнітивних функцій, з іншого, показав значущий кореляційний зв'язок між тяжкістю розладів сприйняття і виразністю порушень орієнтації у власній особистості ($r = 0,65$) і орієнтації в місці знаходження ($r = 0,68$).

Отже, у хворих з СД ПСВ з когнітивних порушень превають когнітивні порушення мислення, переважно психотичного генезу (спотворення узагальнення, порушення формально-логічних операцій і винесення висновків, паралогічність в судженнях і виражене зниження критики) (в 78,0-87,8 % випадків, при $p < 0,01-0,005$). Також мають істотне значення порушення праксису, уваги, пам'яті та калькуляції (в 39,0-70,7 % випадків, при $p < 0,05$). З переходом СД, ускладненою психозом, з помірного до важкого ступеню вираженості наростає частота когнітивних порушень праксису, гнозису, уваги, мови і орієнтації (в 70,6-91,2% випадків, при $p < 0,05$) і вирівнюється їх представленість в співвідношенні з когнітивними порушеннями мислення (в 79,4-91,2% випадків, при $p < 0,05$), які мають переважно нейродегенеративних генез.

Таким чином, отримані дані слід враховувати при диференціальній діагностиці та створенні лікувально-корекційних програм для хворих з помірним та тяжким ступенем вираженості СД, ускладнених ГПР.

Список літератури:

1. Мищенко Т. С. Когнитивные нарушения в практике семейного врача (актуальность проблемы, факторы риска, патогенез, возможности УДК 616-08-039.57:616.12-005.4-008.313

лечения и профилактики) / Т. С. Мищенко // Семейная медицина. - 2017. - № 1. - С. 21-25. - Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2017_1_6

2. Гимоян Л.Г., Силванян Г.Г. Нарушение когнитивных функций: актуальность проблемы, факторы риска, возможности профилактики и лечения // Архив внутренней медицины. - 2013. - № 2 (10). - С. 35-40.

3. Мищенко Т.С. Сосудистая деменция (эволюция взглядов на проблему) // Український вісник психоневрології. - 2014. - Т. 22. - Вип. 1 (78). - С. 5-10.

4. Kosteniuk J.G., Morgan D.G., O'Connell M.E., et al. Simultaneous temporal trends in dementia incidence and prevalence, 2005-2013: a population-based retrospective cohort study in Saskatchewan, Canada. *Int. Psychogeriatr.* 2016; 28: 1643-1658.

5. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority [online]. - 2012. Available at: who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en. Accessed July 18, 2013

6. Hurd M.D., Martorell P., Langa K.M. Monetary costs of dementia in the United States. *N. Engl. J. Med.* 2013; 369: 489-90.

7. Маньковский Н.Б., Бачинская Н.Ю., Полетаева К.Н., Холин В.А. Особенности формирования когнитивных нарушений у больных болезнью Альцгеймера и сосудистой деменцией. В кн.: Когнитивна діяльність при старінні. Матер. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 29-30 січня 2008 р. - 2008. - С. 49-50.

8. Марута Н.А., Потапов А.А., Мудренко И.Г., Сотников Д.Д., Клинико-психопатологические особенности больных с суицидальным поведением при смешанной форме деменции // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. - Украина - Беларусь: ООО «Издательский дом «Профессиональные издания», 2018. - Том 8, № 1. - С.46-59.

9. Maruta N.A., Mudrenko I.H. Predictors of a suicidal behavior in patients with dementia // 25th European congress of psychiatry // *European Psychiatry* 41S (2017) S365-S404

10. Matthews F.E., Arthur A., Barnes L.E., et al. 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*, 2013; 382: 1405-1412.

11. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // *J. Psychiatr. Res.* - 1975. - Vol. 12 (3). - P. 189-198.

12. NasreddineZ.S., Phillips N.A., Bedirian V. et al. The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment // *J. Am. Geriatr. Soc.* - 2005. - Vol.53(4). - P. 695-699