

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННІЙ ДЕМЕНЦІЇ

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

Подано результати обстеження пацієнтів із судинною деменцією і галюцинаторно-параноїдними розладами та хворих без психотичних розладів. Установлено, що пацієнти з галюцинаторно-параноїдними розладами мали більш виражені когнітивні порушення (праксісу, гнозису, пам'яті, навичок лічби, процесу уваги, мислення та орієнтації), ніж хворі без психотичних порушень.

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

Судинна деменція (СД) є поширеною патологією серед осіб похилого віку й характеризується вираженою когнітивною дисфункцією [1, 2]. Частота СД у пацієнтів похилого віку є високою і має тенденцію до подальшого зростання [3]. За оцінками сучасних дослідників, у світі налічується 47,7 млн хворих на деменцію і щороку реєструється 4,6 млн нових випадків захворювання [2–4]. Надалі прогнозується неухильне поширення цієї патології, кількість хворих може сягнути 81,8 млн [4, 6]. Захворюваність на СД експоненційно збільшується з віком: від 2% у популяції пацієнтів до 65 років, 6–10% — серед старших за 65 років і до 20% — у віці 80 років [5, 6].

Одним із найчастіших неврологічних симптомів при СД є порушення когнітивних функцій [7, 8]. Оскільки вони пов'язані з інтегрованою діяльністю головного мозку у цілому, когнітивна недостатність закономірно розвивається при найрізноманітніших ураженнях головного мозку [9]. Розвиток когнітивних порушень в осіб похилого віку в більшості випадків зумовлений поступовим прогресуванням нейродегенеративних змін, однак важливий вплив на виникнення і динаміку патологічного процесу має цереброваскулярна патологія [10].

На сучасному етапі розвитку психіатричної науки відсутні систематизовані дані про такі порушення при СД, у структурі якої виявляються галюцинаторно-параноїдні розлади (ГПР). У зв'язку із цим дослідження у цьому напрямку зараз актуальні й мають велике медико-соціальне значення, оскільки можуть надати можливість поліпшити діагностику цієї патології і розробити ефективні системи терапевтичного впливу.

Мета нашого дослідження — визначити особливості когнітивних порушень у структурі СД, яка супроводжується ГПР.

У дослідженні взяли участь 75 пацієнтів зі СД і змішаною кірково-підкірковою дисфункцією та ГПР (F01.3 за МКХ-10) (основна група). Контрольна

група сформована із 63 пацієнтів із СД і змішаною кірково-підкірковою дисфункцією без ГПР (F01.3).

Під час вивчення основних когнітивних порушень (пам'яті, уваги, психомоторної координації, мовлення, гнозису, праксису, лічби, мислення, орієнтації, планування й контролю вищої психічної діяльності) у хворих із ГПР при СД було використано: клініко-психопатологічний метод (структуроване інтерв'ю, що проводилося у рамках клініко-феноменологічного і психопатологічного підходів у психіатрії); елементарні нейропсихологічні дослідження основних когнітивних функцій хворих на деменцію (складання картинок, розуміння оповідань і сюжетних картин, установлення послідовності подій, класифікація, виключення зайвого, виділення істотних ознак, пошук аналогій, визначення та порівняння понять, формування штучних понять, підбір слів-антонімів), що проводилися у процесі структурованого інтерв'ю; коротка шкала оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE) [11]; Монреальська шкала когнітивної оцінки (Montreal Cognitive Assessment) (MoCa) [12].

Результати аналізу, проведеного за допомогою шкал MMSE, MoCa й елементарних нейропсихологічних досліджень основних когнітивних порушень у хворих із ГПР при СД порівняно з пацієнтами контрольної групи, подано в табл. 1

У хворих основної групи порівняно з пацієнтами контрольної встановлено більш виражені порушення когнітивних функцій, які виявлялися у порушеннях праксису, гнозису, пам'яті, навичок лічби, процесу уваги, мислення та орієнтації. Так, у пацієнтів із ГПР при СД достовірно більш вираженими були порушення зорово-конструктивних навичок ($53,3 \pm 7,4\%$ випадків, $p < 0,05$) та письма ($46,7 \pm 6,7\%$, $p < 0,05$); розуміння інструкцій ($50,7 \pm 7,1\%$, $p < 0,05$); серійної лічби ($77,3 \pm 10,4\%$, $p < 0,05$); зниження рівня відстроєного відтворення, пов'язаного з порушенням

Порушення когнітивних функцій у пацієнтів із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції, %±m %

Когнітивні функції та методи їх діагностики	Основна група (n = 75)	Контроль-на група (n = 63)
<i>Порушення праксису (порушення здатності набувати, зберігати й використовувати різноманітні рухові навички)</i>		
Помилки створення альтернуючого шляху (MoCa)	57,3±7,9	44,4±3,8
Порушення зорово-конструктивних навичок (MoCa і MMSE)	40,0±5,8	36,5±3,2
Порушення зорово-конструктивних навичок (MoCa)	53,3±7,4*	39,7±3,5
Порушення письма (MMSE)	46,7±6,7*	33,3±3,0
<i>Порушення гнозису (порушення функції сприйняття інформації, її обробки і синтезу елементарних сенсорних відчуттів у цілісні образи, нездатність до цілісного сприйняття, впізнавання)</i>		
Помилки у називанні предметів, тварин тощо (MoCa і MMSE)	38,7±5,6	36,5±3,2
Порушення розуміння інструкцій (MMSE)	50,7±7,1*	36,5±3,2
Порушення лічби		
Помилки у серійному відніманні (MMSE)	77,3±10,4*	60,3±5,3
<i>Порушення пам'яті (порушення здатності засвоювати, зберігати і відтворювати необхідну для поточної діяльності інформацію)</i>		
Порушення відстроченого відтворення, пов'язане з порушенням вилучення (MoCa)	81,3±10,8	79,4±7,1
Порушення відстроченого відтворення, пов'язане з порушеннями кодування (MoCa)	78,7±10,5*	58,7±5,1
<i>Порушення уваги</i>		
Порушення стійкості (рухливість (відволікання, інертність) і виснаженість) уваги (MoCa)	69,3±9,6*	44,4±3,8
Порушення концентрації уваги (MoCa і MMSE)	57,3±7,9	55,6±4,9
<i>Порушення мовлення (порушення здатності обмінюватися інформацією за допомогою висловлювань)</i>		
Помилки у повторенні фраз (MoCa і MMSE)	53,3±7,4	42,9±3,7
Порушення швидкості мовлення (MoCa)	52,0±7,2	42,9±3,7
Порушення читання (MMSE)	48,0±6,8	47,6±4,2
<i>Порушення мислення</i>		
Порушення узагальнення: недостатність його рівня, спотворення (розуміння сюжетних картин, розуміння серії сюжетних картин, завдання на класифікацію)	78,7±10,5*	55,6±4,9
Порушення виявлення подібного й відмінного (завдання на виключення — «третій зайвий», класифікація геометричних фігур)	60,0±8,2	63,5±5,6
Порушення формально-логічних операцій (закінчення серії картинок, підбір аналогій, завдання на класифікацію, пошук істотних ознак)	84,0±11,0*	61,9±5,5
Порушення асоціативних зв'язків (завдання на виділення істотних ознак, визначення та порівняння понять, порівняння аналогій)	68,0±9,4	65,1±5,7
Порушення формування висновків (розуміння оповідань і сюжетних картин, установлення послідовності подій, розуміння переносного значення прислів'їв, метафор, приказок)	84,0±11,0*	58,7±5,1
Порушення абстрактного мислення (MoCa, метод формування штучних понять, установлення відношень)	73,3±10,0	66,7±5,8
Порушення динаміки мислення: прискорення, уповільнення, затримка, лабільність/інертність, персеверація, непослідовність (клініко-психопатологічний метод)	62,7±8,6*	47,6±4,2
Порушення мотиваційного компонента мислення: різноплановість, паралогічність, розірваність, безладність, символічність, аутичність, резонерство (клініко-психопатологічний метод)	84,0±11,0*	49,2±4,3
Порушення критики (клініко-психопатологічний метод)	89,3±11,6*	55,6±4,9
<i>Орієнтація</i>		
Порушення орієнтації у часі (рік, місяць, дата і день тижня) (MoCa і MMSE)	69,3±9,6	68,3±6,0
Порушення орієнтації у просторі або місці знаходження (країна, місто, вулиця, установа) (MoCa і MMSE)	53,3±7,4*	41,3±3,6
Порушення орієнтації у власній особистості (клініко-психопатологічний метод)	38,7±5,6*	23,8±2,2

* Відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$.

Діагностичні коефіцієнти і міра інформативності виділених основних когнітивних порушень у хворих із галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Когнітивні порушення	Оцінка вираженості (бали)	ДК*	МІ**
Порушення мотиваційного компонента мислення (паралогічність, розірваність, безладність)	—	-2,32	0,40
Порушення критики	—	-2,06	0,35
Порушення стійкості уваги (відволікання, інертність і виснаженість уваги)	≥ 1	-1,93	0,24
Порушення формулювання висновків	—	-1,55	0,20
Порушення орієнтації у просторі й власній особистості	≥ 2	-1,50	0,20
Порушення узагальнення у мисленні (недостатність узагальнення, його спотворення)	—	-1,51	0,17
Порушення формально-логічних операцій у мисленні	—	-1,33	0,15
Порушення пам'яті (порушення відтворення, пов'язане з порушеннями кодування)	≥ 1	-1,27	0,13
Порушення праксису (порушення письма)	= 0	-1,46	0,1
Порушення гнозису (порушення розуміння інструкцій)	≥ 1	-1,42	0,1
Порушення праксису (розлади у зорово-конструктивних навичках)	≥ 2	-1,28	0,1
Порушення динаміки мислення (уповільнення, інертність, персеверація, непослідовність)	—	-1,19	0,1
Порушення лічби (серійне віднімання)	≥ 1	-1,08	0,1
Сума за сукупністю ознак		19,9	2,34

* ДК — діагностичний коефіцієнт; ** МІ — міра інформативності Кульбака.

кодування ($78,7 \pm 10,5\%$, $p < 0,05$); зниження стійкості уваги ($69,3 \pm 9,6\%$, $p < 0,05$), що виявлялось у відволіканні, інертності й виснаженості; порушення орієнтації у просторі ($53,3 \pm 7,4\%$, $p < 0,05$) й особистості ($38,7 \pm 5,6\%$, $p < 0,05$).

Серед розумових процесів у пацієнтів основної групи спостерігалися порушення узагальнення інформації (недостатність його рівня, спотворення) ($78,7 \pm 10,5\%$, $p < 0,05$), формально-логічних операцій ($84,0 \pm 11,0\%$, $p < 0,05$), формулювання висновків ($84,0 \pm 11,0\%$, $p < 0,05$), динамічних властивостей мислення (уповільнення, інертність («в'язкість»), персеверація і непослідовність) ($62,7 \pm 8,6\%$, $p < 0,05$), мотиваційного компонента мислення (різноплановість, паралогічність, розірваність, безладність) ($84,0 \pm 11,0\%$, $p < 0,05$) і критики ($89,3 \pm 11,6\%$, $p < 0,05$).

Аналіз інформативності основних когнітивних порушень, виділених за допомогою шкал MMSE, MoCa та елементарних нейропсихологічних досліджень, у хворих основної і контрольної груп подано у табл. 2.

За результатами проведеного статистичного аналізу (табл. 2) найбільш інформативними ознаками порушення когнітивних функцій у хворих основної групи є: порушення мотиваційного компонента мислення (паралогічність,

розірваність, безладність) (ДК = -2,32, МІ = 0,40; при $p < 0,00001$); порушення критики (ДК = -2,06, МІ = 0,35; при $p < 0,000005$); порушення стійкості уваги (відволікання, інертність і виснаженість уваги) (ДК = -1,93, МІ = 0,24; при $p < 0,002$); порушення винесення висновків (ДК = -1,55, МІ = 0,20; при $p < 0,0007$); порушення орієнтації у просторі й власній особистості (ДК = -1,50, МІ = 0,20; при $p < 0,00007$).

Істотними порушеннями когнітивних функцій у хворих із ГПР при СД, які підвищують рівень діагностичної інформативності, є: порушення узагальнення у мисленні (ДК = -1,51, МІ = 0,17; при $p < 0,002$); порушення формально-логічних операцій у мисленні (ДК = -1,33, МІ = 0,15; при $p < 0,002$); порушення пам'яті (ДК = -1,27, МІ = 0,13; при $p < 0,006$); порушення праксису (ДК = -1,46, МІ = 0,1; при $p < 0,04$); порушення гнозису (ДК = -1,42, МІ = 0,1; при $p < 0,03$); порушення праксису (ДК = -1,28, МІ = 0,1; при $p < 0,04$); порушення динаміки мислення (ДК = -1,19, МІ = 0,1; при $p < 0,03$); порушення лічби (ДК = -1,08, МІ = 0,1; при $p < 0,01$).

Отже, у хворих із ГПР при СД порівняно з хворими на СД без психотичних розладів визначено більш виражені порушення когнітивних функцій, які проявлялися в порушеннях праксису, гнозису,

пам'яті, навичок лічби, процесу уваги, мислення та орієнтації. Отримані дані слід враховувати при діагностиці та лікуванні пацієнтів із ГПР при СД.

Список літератури:

1. Dementia: a public health priority / World Health Organization, Alzheimer's Disease International // World Health Organization.— 2012.— P. 23.— URL: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/
2. *Емелин А. Ю.* Когнитивные нарушения при цереброваскулярной болезни — что между нормой и деменцией? / А. Ю. Емелин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.— 2015.— Vol. 7 (1).— P. 94–98.— URL: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2015-1-94-98>
3. *Pantoni L.* Cognitive decline and dementia related to cerebrovascular diseases: some evidence and concepts / L. Pantoni, A. Poggesi, D. Inzitari // Cerebrovasc. Dis.— 2009.— Vol. 27, Suppl. 1.— P. 191–196.— doi: 10.1159/000200459
4. Pathophysiology of vascular dementia / F. Iemolo, G. Duro, C. Rizzo [et al.] // Immun. Ageing.— 2009.— Vol. 6.— P. 6–13.— doi: 10.1186/1742-4933-6-13
5. *Емелин А. Ю.* Когнитивные нарушения при цереброваскулярной болезни / А. Ю. Емелин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.— 2014.— Vol. 4.— P. 11–18.— doi: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-11-18>
6. *Чердак М. А.* Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ишемический инсульт: обзор / М. А. Чердак, В. А. Парфенов // Неврологический журн.— 2011.— Vol. 16 (6).— P. 37–44.
7. *Levine D. A.* Vascular cognitive impairment: disease mechanisms and treatment implications / D. A. Levine, K. M. Langa // Neurotherapeutics.— 2011.— Vol. 8 (3).— P. 361–373.— doi: 10.1007/s13311-011-0047-z
8. *Захаров В. В.* Инсульт и когнитивные нарушения / В. В. Захаров, Н. В. Вахнина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.— 2011.— Vol. 2.— P. 8–16.— doi: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2011-141>
9. Клинический метод диагностики на современном этапе развития психиатрии / И. И. Кутько, О. А. Панченко, А. Н. Линева, Г. С. Рачкаускас // Новости медицины и фармации.— 2013.— № 10 (461).— С. 16–20.
10. *Марута Н. А.* Раннее вмешательство при деменции: проблемы и решения / Н. А. Марута // Укр. мед. часопис.— 2019.— 10 квітня.— URL: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload=>
11. *Folstein M. F.* «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // J. Psychiatr. Res.— 1975.— Vol. 12 (3).— P. 189–198.
12. The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bedirian [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc.— 2005.— Vol. 53 (4).— P. 695–699.

**КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
У ПАЦИЕНТОВ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ**

К. В. ШЕВЧЕНКО-БИТЕНСКИЙ

Представлены результаты обследования пациентов с сосудистой деменцией и галлюцинаторно-параноидными расстройствами и больных без психотических расстройств. Установлено, что пациенты с галлюцинаторно-параноидными расстройствами имели более выраженные когнитивные нарушения (праксиса, гнозиса, памяти, навыков счета, процесса внимания, мышления и ориентации), чем больные без психотических нарушений.

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

**CRITERIA FOR DIAGNOSIS OF COGNITIVE IMPAIRMENTS
IN PATIENTS WITH HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS IN VASCULAR DEMENTIA**

K. V. SHEVCHENKO-BITENSKYI

The results of examining the patients with vascular dementia and hallucinatory-paranoid impairments and those without psychotic disorders have been presented. The patients with hallucinatory-paranoid impairments were found to have more pronounced cognitive disorders (praxis, gnosis, memory, numeracy skills, attention and orientation) than the patients without psychotic disorders.

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

Надійшло 15.08.2019