

К. В. Шевченко-Бітенський

**СТРУКТУРА КОГНІТИВНИХ ТА НЕКОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ
З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННІЙ ДЕМЕНЦІЇ**

К. В. Шевченко-Битенский

**Структура когнитивных и некогнитивных нарушений у пациентов
с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции**

K. V. Shevchenko-Bitensky

**The structure of cognitive and non-cognitive impairment in patients
with hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia**

У дослідженні взяли участь 75 пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами в структурі судинної деменції (основна група) та 63 пацієнти з судиною деменцією без психотичних розладів (контрольна група).

В результаті дослідження були встановлені когнітивні особливості галюцинаторно-параноїдних розладів при судинній деменції, до яких належать: порушення операційного (ДК = -1,55), мотиваційного (ДК = -2,32) та динамічного (ДК = -1,19) компонентів мислення та його критичності (ДК = -2,06), зниження стійкості уваги (ДК = -1,93) та пам'яті (ДК = -1,27), порушення праксису (ДК = -1,46), гнозису (ДК = -1,42), калькуляції (ДК = -1,08) та орієнтації (ДК = -1,50).

Визначені психопатологічні особливості галюцинаторно-параноїдних розладів в структурі судинної деменції, до яких належали: персекуторні маячні ідеї матеріального збитку, пограбування, обкрадання ($p < 0,05$), галюцинації ($p < 0,0001$), вербальна агресія (ДК = 3,04), виражена тривожність (ДК = 1,67), розлади ритму день/ніч (ДК = 2,25), знижений настрій (переважно у формі дисфорії) (ДК = 1,42), розлади депресивного спектра ($p < 0,05$); виражене відволікання (ДК = 1,54).

Отримані дані треба брати до уваги під час діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами в структурі судинної деменції.

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

В исследовании приняли участие 75 пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами в структуре сосудистой деменции (основная группа) и 63 пациента с сосудистой деменцией, не осложненной психотическими расстройствами (контрольная группа).

В результате исследования были установлены когнитивные особенности галлюцинаторно-параноидных расстройств при сосудистой деменции, к которым относятся: нарушение операционного (ДК = -1,55), мотивационного (ДК = -2,32) и динамического (ДК = -1,19) компонентов мышления и его критичности (ДК = -2,06), снижение устойчивости внимания (ДК = -1,93) и памяти (ДК = -1,27), нарушения праксиса (ДК = -1,46), гнозиса (ДК = -1,42), калькуляции (ДК = -1,08) и ориентации (ДК = -1,50).

Определены психопатологические особенности галлюцинаторно-параноидных расстройств в структуре сосудистой деменции, к которым относились бредовые идеи материального ущерба, ограбления, обкрадывания ($p < 0,05$), галлюцинации ($p < 0,0001$), вербальная агрессия (ДК = 3,04), выраженная тревожность (ДК = 1,67), расстройства ритма день/ночь (ДК = 2,25), пониженное настроение (преимущественно в форме дисфории) (ДК = 1,42), расстройства депрессивного спектра ($p < 0,05$) выраженное отвлечение (ДК = 1,54).

Полученные данные следует учитывать при диагностике, лечении и реабилитации пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами в структуре сосудистой деменции.

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

The study involved 75 patients with hallucinatory-paranoid disorders in the structure of vascular dementia (main group) and 63 patients with vascular dementia not complicated by psychotic disorders (control group).

As a result of the study, the cognitive features of hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia were identified, which include: operating (DC = -1,55), motivational (DC = -2,32) and dynamic (DC = -1,19) disorders components of thinking and its criticality (DK = -2,06), decrease in stability of attention (DK = -1,93) and memory (DK = -1,27), violation of praxis (DK = -1,46), gnosis (DK = -1,42), costing (DK = -1,08), and orientation (DK = -1,50).

Psychopathological features of hallucinatory-paranoid disorders in the structure of vascular dementia were identified, which included: persecutory delusions of material damage, robbery, robbery ($p < 0,05$), hallucinations ($p < 0,0001$), verbal aggression (DK = 3,04), severe anxiety (DC = 1,67), rhythm disorders day / night (DC = 2,25), decreased mood (mainly in the form of dysphoria) (DC = 1,42), disorders of the depressive spectrum ($p < 0,05$); marked distraction (DC = 1,54).

The findings should be considered in the diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with hallucinatory-paranoid disorders in the structure of vascular dementia.

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

Актуальність дослідження визначається чималою поширеністю судинної деменції (СД) [1, 2]. За оцінками ВООЗ, в світі налічується 47,7 млн пацієнтів з деменцією, а до 2050 р. — збільшиться в 2,3 раза [1]. В Україні, за даними офіційної статистики МОЗ України, зареєстровано 25,5 тис. осіб з СД [2]. Встановлено, що СД становить 16 % в структурі всіх деменцій у людей похилого віку [3, 4]. Захворюваність на СД експоненціально збільшується з віком: від 2 % в популяції пацієнтів до 65 років, 6—10 % — серед пацієнтів, старших ніж 65 років, і до 20 % — у пацієнтів віком 80 років [5].

ВООЗ визнає деменцію як один з пріоритетів громадської охорони здоров'я [1, 7].

Висока медична і соціальна значимість проблеми деменції зумовлена також її несприятливим впливом на якість життя пацієнтів, їхніх родичів та осіб, які за ними доглядають; важким тягарем деменції, асоційованим з когнітивним зниженням і з психопатологічними поведінковими симптомами при цих захворюваннях, які спостерігаються в 25—60 % всіх випадків деменцій, що зумовлює нагальну потребу щодо розроблення персоналізованих підходів до терапії і психосоціальної реабілітації цього контингенту [8].

Усе вищевикладене визначило мету дослідження — вивчити особливості когнітивних та некогнітивних порушень у пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) в структурі СД.

Вивчення когнітивних та некогнітивних порушень у хворих з СД було проведено на вибірці 75 пацієнтів з ГПР в структурі СД — F01.3 (1—2) (основна група). Як контрольна група в дослідженні брали участь 63 пацієнти з СД, без психотичних розладів (F01.3).

Під час вивчення основних когнітивних порушень у обстежуваних (порушень пам'яті, уваги, психомоторної координації, мови, гнозису, праксису, рахування, мислення, орієнтації, планування і контролю вищої психічної діяльності) у хворих з ГПР в структурі СД були використані: клініко-психопатологічний метод (структуроване інтерв'ю, що проводили 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, вилучення зайвого, виокремлення істотних ознак, пошук аналогій, визначення та порівняння понять, формування штучних понять, підбір слів-антонімів), що проводили в процесі структурованого інтерв'ю; коротка шкала оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE) [9]; Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCa) [10]. Під час вивчення основних клініко-психопатологічних проявів ГПР були використані шкала поведінкових розладів (BEHAVE-AD) та некогнітивні секції шкали оцінки хвороби Альцгеймера (ADAS-Non Cog) [11, 12].

Аналіз результатів вивчення, проведеного за допомогою шкал MMSE, MoCa і елементарних нейропсихологічних досліджень, основних когнітивних порушень у хворих з ГПР при СД, порівняно з хворими з СД контрольної групи, наведені на рисунку 1.

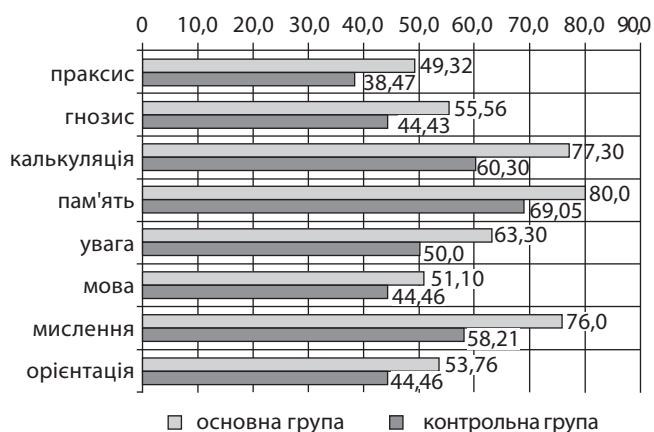


Рис. 1. Особливості порушень когнітивних функцій у пацієнтів з судинною деменцією

Аналіз дослідження особливостей порушень когнітивних функцій у пацієнтів з ГПР в структурі СД, порівняно з хворими на СД без психотичних розладів, продемонстрував вираженість порушень когнітивних функцій, які проявлялись в розладах праксису (49,32 %), гнозису (55,56 %), пам'яті (80 %), навичок рахування (77,3 %), процесу уваги (63,3 %), мислення (76 %) та орієнтації (53,76 %). За результатами проведе-

ного статистичного аналізу, найбільш інформативними порушеннями когнітивних функцій у хворих з ГПР в структурі СД є порушення мотиваційного компонента мислення (паралогічність, розірваність, незв'язність) (ДК = -2,32, MI = 0,40, при $p < 0,00001$); порушення критики (ДК = -2,06, MI = 0,35, при $p < 0,000005$); порушення стійкості уваги (відволікання, інертність і виснаженість уваги) (ДК = -1,93, MI = 0,24, при $p < 0,002$); порушення формулювання висновків (ДК = -1,55, MI = 0,20, при $p < 0,0007$); порушення орієнтації в просторі і власній особистості (ДК = -1,50, MI = 0,20, при $p < 0,00007$). Також істотними порушеннями когнітивних функцій у хворих з ГПР в структурі СД, які підвищують рівень діагностичної інформативності, є порушення узагальнення в мисленні (недостатність узагальнення, його спотворення) (ДК = -1,51, MI = 0,17, при $p < 0,002$); порушення формально-логічних операцій в мисленні (ДК = -1,33, MI = 0,15, при $p < 0,002$); порушення пам'яті (порушення відтворення, пов'язане з порушеннями кодування) (ДК = -1,27, MI = 0,13, при $p < 0,006$); порушення праксису (порушення письма і розлади в зорово-конструктивних навичках) (ДК = -1,46, MI = 0,1, при $p < 0,04$ та ДК = -1,28, MI = 0,1, при $p < 0,04$ відповідно); порушення гнозису (порушення розуміння інструкцій) (ДК = -1,42, MI = 0,1, при $p < 0,03$); порушення динаміки мислення (уповільнення, інертність, персеверація і непослідовність) (ДК = -1,19, MI = 0,1, при $p < 0,03$); порушення калькуляції (серійне віднімання) (ДК = -1,08, MI = 0,1, при $p < 0,01$).

Результати вивчення основних психопатологічних і поведінкових розладів у хворих з ГПР при СД, проведеного за допомогою шкали поведінкових розладів BEHAVE-AD, порівняно з хворими контрольної групи, наведені в таблиці.

Особливості психопатологічної симптоматики і поведінкових розладів у пацієнтів з судинною деменцією

Психопатологічна симптоматика і поведінкові розлади	Основна група	Контрольна група
Параноїдні і паранояльні розлади		
Маячні висловлювання: «Крадуть речі»	18,7 ± 3,1*	—
Маячні висловлювання: «Будинок не є його будинком»	10,7 ± 2,3	—
Людина, що доглядає, є самозванцем	6,7 ± 1,9	—
Маячні висловлювання з приводу відмови від хворого (наприклад, направлення в стаціонар)	6,7 ± 1,9	—
Маячні висловлювання про нечесність	13,3 ± 2,6	—
Маячні установки (інші)***	9,3 ± 2,2	—
Галюцинації		
Зорові	16,0 ± 2,9***	—
Слухові	22,7 ± 3,7***	—
Нюхові	6,7 ± 1,9**	—
Тактильні	12,0 ± 2,5***	—
Порушення активності		
Бродяжництво (втеча з дому або від особи, яка доглядає)	28,0 ± 4,3	19,0 ± 1,8
Безцільна активність (когнітивна абулія)	25,3 ± 4,0	15,9 ± 1,6
Неадекватна поведінка	9,3 ± 2,2	7,9 ± 0,8

Продовження табл.

Психопатологічна симптоматика і поведінкові розлади	Основна група	Контрольна група
Агресивність		
Вербальна агресія	32,0 ± 4,8**	15,9 ± 1,6
Загроза фізичної розправи або насильства	8,0 ± 2,0	7,9 ± 0,8
Тривожність	46,7 ± 6,7*	31,7 ± 2,9
Порушення ритму день/ніч	80,0 ± 10,6*	47,6 ± 4,2
Афективні порушення		
Плаксивість	9,3 ± 2,2	9,5 ± 1,0
Знижений настрій	44,0 ± 6,3*	31,7 ± 2,9
Тривога і фобія		
Тривога з приводу майбутніх подій	10,7 ± 2,3	15,9 ± 1,6
Інші прояви тривоги***	—	1,6 ± 0,2
Страх залишитися одному	36,0 ± 5,2	26,9 ± 2,5
Інші фобії***	6,7 ± 1,9	9,5 ± 1,0

Примітки. Дані наведено у форматі (% ± m %); * — відмінності статистично вірогідні при $p < 0,05$; ** — відмінності статистично вірогідні при $p < 0,01$; *** — при наявності наведені в описовій частині

Згідно з результатами вивчення психопатологічних і поведінкових розладів у хворих з СД переважали персекуторні маячні ідеї матеріального збитку, пограбування, обкрадання (18,7 ± 3,1 %, $p < 0,05$), зорові (16,0 ± 2,9 %, $p < 0,0001$), слухові (22,7 ± 3,7 %, $p < 0,0001$) і тактильні (12,0 ± 2,5 %, $p < 0,0001$) галюцинації, вербальна агресія (32,0 ± 4,8 %, ДК = 3,04, MI = 0,25, при $p < 0,0001$), виражена тривожність (46,7 ± 6,7 %, ДК = 1,67, MI = 0,12, при $p < 0,03$), розлади ритму день/ніч (80,0 ± 10,6 %, ДК = 2,25, MI = 0,36, при $p < 0,0001$) та знижений настрій (переважно у формі дисфорії) (44,0 ± 6,3 %, ДК = 1,42, MI = 0,10, при $p < 0,05$).

Результати вивчення шкалою ADAS-Non Cog некогнітивних психопатологічних розладів у хворих основної групи з ГПР при СД, порівняно з хворими на СД контрольної групи без психотичних розладів, наведені на рисунку 2.

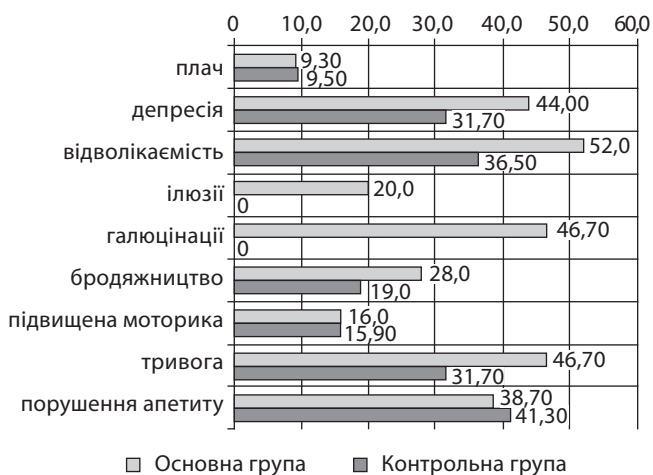


Рис. 2. Некогнітивні психопатологічні розлади у пацієнтів з судинною деменцією

В клініці некогнітивних психопатологічних розладів хворих з СД основної групи, поряд з галюцинаторною симптоматикою, переважали розлади депресивного спектра, відволікання, бродяжництво, тривога і порушення апетиту. Водночас, порівняно з контрольною групою, статистично значущими некогнітивними психопатологічними розладами у хворих СД є розлади депресивного спектра (44,0 % проти 31,7 % в контрольній групі ($p < 0,05$); виражене відволікання (52,0 % проти 36,5 % в контрольній групі (ДК = 1,54, MI = 0,12, при $p < 0,03$); тривожні розлади (46,7 % проти 31,7 % в контрольній групі ($p < 0,05$)).

Виявлені особливості когнітивного зниження при СД підтверджують дані інших дослідників про те, що в цих випадках наявні специфічні когнітивні порушення, характерні для захворювань, пов'язаних з дисфункцією лобових часток: це зниження концентрації уваги, порушення здатності планувати свої дії, сповільненість під час виконання інтелектуальної роботи [4, 7]. Відзначається також, що при СД найбільші когнітивні відмінності спостерігаються у зорово-просторовій сфері, робочій пам'яті, але не виявлено вірогідних відмінностей в регуляторних функціях і епізодичній пам'яті [3, 8]. Порушення регуляторних функцій вважають суттєвою ознакою вкладу судинного фактора в картині когнітивного зниження [5].

Отримані в цьому дослідженні результати показали, що когнітивні порушення у хворих з ГПР в структурі СД мають більш виражений характер, порівняно з хворими на СД без психотичних розладів, а психопатологічні особливості характеризуються вираженістю маячних ідей з наявністю тривожно-депресивної симптоматики.

В результаті проведеного дослідження були встановлені когнітивні особливості ГПР при СД, до яких належать порушення операційного (ДК = -1,55), мотиваційного (ДК = -2,32) та динамічного (ДК = -1,19) компонентів мислення та його критичності (ДК = -2,06), зниження стійкості уваги (ДК = -1,93) та пам'яті (ДК = -1,27), порушення праксису (ДК = -1,46), гнозису (ДК = -1,42), калькуляції (ДК = -1,08) та орієнтації (ДК = -1,50).

Визначені психопатологічні особливості ГПР в структурі СД, до яких належали персекуторні маячні ідеї матеріального збитку, пограбування, обкрадання ($p < 0,05$), галюцинації ($p < 0,0001$), вербальна агресія (ДК = 3,04), виражена тривожність (ДК = 1,67), розлади ритму день/ніч (ДК = 2,25), знижений настрій (переважно у формі дисфорії) (ДК = 1,42), розлади депресивного спектра ($p < 0,05$); виражене відволікання (ДК = 1,54).

Отримані дані треба брати до уваги під час діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами в структурі 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. Марута Н. А. Раннее вмешательство при деменции: проблемы и решения // Укр. мед. часопис. 2019. 10 квітня. URL: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload=>.
3. Емелин А. Ю. Когнитивные нарушения при цереброваскулярной болезни — что между нормой и деменцией? //

Неврологія, нейропсихіатрія, психосоматика. 2015. Т. 7, № 1. С. 94—98. DOI: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2015-1-94-98>.

4. Pantoni L., Poggesi A., Inzitari D. Cognitive decline and dementia related to cerebrovascular diseases: some evidence and concepts. *Cerebrovasc Dis.* 2009; 27 Suppl 1: 191—196. DOI: 10.1159/000200459.

5. Pathophysiology of vascular dementia / Iemolo F., Duro G., Rizzo C. [et al.] // *Immunity & Ageing.* 2009 Nov 6; Vol. 6: 13. DOI: 10.1186/1742-4933-6-13.

6. Емелин А. Ю. Когнитивные нарушения при цереброваскулярной болезни // *Неврология, нейропсихіатрія, психосоматика.* 2014. Т. 4, № 1. С. 11—18. DOI: <https://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-11-18>.

7. Levine D. A., Langa K. M. Vascular cognitive impairment: disease mechanisms and treatment implications // *Neurotherapeutics.* 2011. Vol. 8 (3). P. 361—373. DOI: 10.1007/s13311-011-0047-z.

8. 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.

9. 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. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.

10. 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. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.

11. Reisberg, B., Auer S. R., Monteiro I. M. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale // *Int. Psychogeriatr.* 1997. Vol. 8 (3). P. 301—308. DOI: 10.1017/S1041610297003529.

12. 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 (2). P. 423—444. DOI: 10.3233/JAD-170991.

Надійшла до редакції 18.12.2019

ШЕВЧЕНКО-БІТЕНСЬКИЙ 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; <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>; e-mail: 380482@gmail.com

SHEVCHENKO-BITENSKY Kostiantyn, Assistant of the Department of Biology and Health Care, Cycle of Psychiatry and Narcology, Faculty of Medicine of the State Institution "K. D. Ushynsky's South Ukrainian National Pedagogical University", Odesa, Ukraine; e-mail: 380482@gmail.com