

К. В. Шевченко-Бітенський
**РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ
 ПРИ ЗМІШАНІЙ ДЕМЕНЦІЇ**

К. В. Шевченко-Битенский
Реабилитация пациентов с галлюцинаторно-параноидной расстройствами при смешанной деменции

K. V. Shevchenko-Bitsensky
Rehabilitation of patients with hallucinatory-paranoid disorders in mixed dementia

У дослідженні взяли участь 72 пацієнти з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при змішаній деменції (ЗД), які увійшли в основну групу. Як контрольна група в дослідженні брали участь 61 пацієнт зі ЗД без психотичних розладів. Вивчення клініко-психопатологічних проявів ГПР та особливостей когнітивних порушень при ЗД дозволило розробити програму комплексної персоналізованої психосоціальної реабілітації (ПКППР), що базується на принципах комплексного, диференційованого та особистісно-орієнтованого підходів та передбачає сукупність біологічних і психосоціальних впливів на всі етіопатогенетичні ланки розвитку і прогресування ЗД. Основними мішенями в розробленій системі терапії і реабілітації були некогнітивні психопатологічні порушення, когнітивні порушення, психосоціальний дефіцит, супутні соматичні і неврологічні захворювання. Доведено ефективність розробленої ПКППР пацієнтів з ГПР при ЗД.

Ключові слова: змішана деменція, галюцинаторно-параноїдні розлади, психопатологічні прояви, когнітивні порушення, терапія, психосоціальна реабілітація

В умовах мінливої демографічної ситуації з прогнозованим на найближчу чверть століття істотним постарінням населення України особливої актуальності і значущості набуває проблема деменцій, що розвиваються в осіб середнього і літнього віку [1, 2].

Досягнення біологічно орієнтованих досліджень пояснюють формування і тяжкість когнітивних порушень при деменціях [12]. Поширеність, структура, механізми становлення некогнітивних розладів деменції вивчені недостатньо, підходи до них далеко неоднозначні, а часом — суперечливі [2, 4, 7, 11]. До некогнітивних психопатологічних розладів при змішаній деменції належать афективні розлади, апатія, розлади особистості і порушення поведінки (блукання, безцільна активність, агресія, розгальмованість), психотичні розлади (марення, галюцинації), розлади сну й апетиту [5, 7]. Показано, що один або більше з цих симптомів спостерігаються у 61—92 % пацієнтів з різними варіантами деменцій, а їх частота збільшується з прогресуванням деменції [6—9]. Ці психічні порушення істотно погіршують якість життя пацієнтів з деменціями, прискорюють когнітивне і функціональне зниження, збільшують кількість госпіталізацій і смертність [1, 5, 6, 9]. Аналіз сучасної літератури, присвяченої проблемам терапії та психо-

В исследовании приняли участие 72 пациента с галлюцинаторно-параноидными расстройствами (ГПР) при смешанной деменции (СД), которые вошли в основную группу. В качестве контрольной группы в исследовании принимали участие 61 пациент со смешанной деменцией без психотических расстройств. Изучение клинико-психопатологических проявлений ГПР и особенностей когнитивных нарушений при СД позволило разработать программу комплексной персонализированной психосоциальной реабилитации, основанную на принципах комплексного, дифференцированного и личностно-ориентированного подходов и включающую совокупность биологических и психосоциальных воздействий на все этиопатогенетические звенья развития и прогрессирования СД. Основными мишенями в разработанной системе терапии и реабилитации были некогнитивные психопатологические нарушения, когнитивные нарушения, психосоциальный дефицит, сопутствующие соматические и неврологические расстройства. Доказана эффективность разработанной программы терапии и реабилитации пациентов с ГПР при смешанной деменции.

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

соціальної реабілітації хворих на деменцію, показав, що для досягнення успішних результатів в цій сфері треба поєднувати медикаментозні втручання з психотерапевтичними і психосоціальними впливами в межах біопсихосоціального підходу [13—15]. Особливу актуальність ця проблема набуває при змішаних формах деменції, коли дегенеративні механізми поєднуються з судинними.

Основною метою медикаментозної терапії хворих на змішану деменцію (ЗД), як складової частини їх психосоціальної реабілітації, є поліпшення і стабілізація когнітивних функцій хворого, профілактика їх зниження, підтримання здатності хворого до самостійної соціально-побутової діяльності, відстрочення потреби в госпіталізації, допомога і підтримка людей, що забезпечують догляд за хворим [3, 5, 7, 15]. Але сучасні моделі терапії не зважають на наявність психотичних розладів, які ускладнюють перебіг деменції [11, 14, 16]. На думку О. С. Левіна (2010), сучасні фармакотерапевтичні засоби, що знижують прогресивність когнітивного розладу, недостатньо ефективні щодо факультативних симптомів деменції [13].

Отже, щораз більша поширеність важких когнітивних розладів в популяціях, залучення великої кількості осіб працездатного віку в медичні, економічні, психологічні та соціальні проблеми, асоційовані з деменціями,

брак і суперечливість відомостей про механізми формування цих розладів, відсутність розроблених програм комплексної допомоги особам зі ЗД і їхнім сім'ям актуалізують дослідження, спрямовані на відновлення соціального функціонування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при ЗД.

Мета дослідження — на ґрунті вивчення когнітивних особливостей та клініко-психопатологічних проявів у пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при змішаній деменції розробити програму комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з ГПР при ЗД.

Вивчення клініко-психопатологічної структури ГПР та особливостей когнітивних порушень у хворих на ЗД було проведено на вибірці 72 пацієнтів F00.1 (1—2); F01.3 (1—2), які становили основну групу. Як контрольна група в дослідженні брали участь 61 пацієнт зі ЗД без ГПР (F00.1; F01.3).

У дослідженні когнітивних і клініко-психопатологічних особливостей у пацієнтів з ГПР при ЗД використовували комплексний підхід, що полягав в поєднанні клініко-психопатологічного, психодіагностичного, психометричного і математико-статистичного методів дослідження. Під час вивчення основних когнітивних порушень (порушень пам'яті, уваги, психомоторної координації, мови, гнозису, праксису, рахування, мислення, орієнтації, планування і контролю вищої психічної діяльності) у хворих з ГПР при ЗД були використані клініко-психопатологічний метод (структуроване інтерв'ю, яке проводили в межах клініко-феноменологічного і психопатологічного підходів в психіатрії); нейропсихологічні дослідження основних когнітивних функцій хворих на ЗД (складання картинок, розуміння оповідань і сюжетних картин, встановлення послідовності подій, класифікація, вилучення, виокремлення суттєвих ознак, утворення аналогій, визначення та порівняння понять, формування штучних понять, підбір слів-антонімів), що проводилось в процесі структурованого інтерв'ю; Коротка шкала оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE); Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCa) [17, 18]. Для оцінювання вираженості психопатологічних та поведінкових розладів використовували шкали Alzheimer's Disease Assessment Scale — Non-Cognitive Section (ADAS-Non Cog) та Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) [19, 20]. Математико-статистичний метод використовували для підтвердження/спростування репрезентативності даних, вірогідності відмінностей між групами порівняння. Вірогідність відмінностей між отриманими емпіричними розподілами визначали за критерієм Стьюдента (*t*) і точним методом Фішера з оціненням міри їх інформативності (MI) і діагностичних коефіцієнтів Кульбака (ДК) [21].

Результати вивчення психопатологічних і поведінкових розладів у хворих з ЗД основної групи, проведеного за допомогою шкали поведінкових розладів BEHAVE-AD, дозволили визначити, що у пацієнтів зі ЗД, складненою ГПР, серед параноїдних і параноїдних розладів переважали маревні ідеї з висловлюваннями про «нечесність оточуючих хворого осіб» (20,8 %, *p* < 0,05) та «відмову від хворого» (15,3 %, *p* < 0,01); були виражені зорові (18,1 %) та слухові (22,2 %) галюцинації. Серед порушень активності у хворих з ЗД основної групи переважали бродяжництво (втеча з дому або від особи, що доглядає) (19,4 %, ДК = 3,75, MI = 0,21, *p* < 0,03), безцільна активність (когнітивна булімія) (29,2 % випадків, при *p* < 0,05), неадекватна поведінка (23,6 %, ДК = 3,80, MI = 0,26,

p < 0,02), розлади ритму сон/неспання (77,8 %, ДК = 0,96, MI = 0,10, *p* < 0,05). Серед афективних розладів у хворих з ЗД основної групи переважали знижений настрій (47,2 %, ДК = 2,55, MI = 0,27, *p* < 0,006), страх залишитися на самоті (27,8 %, ДК = 2,75, MI = 0,18, *p* < 0,03).

Згідно з результатами вивчення за шкалою ADAS-Non Cog некогнітивних психопатологічних розладів хворих основної групи з ЗД, порівняно з контрольною групою (рис. 1), в клініці некогнітивних психопатологічних розладів хворих основної групи поряд з галюцинаторною симптоматикою, де вираженими були галюцинації та ілюзії (59,7 % та 6,90 % відповідно), переважали також розлади депресивного спектра, відволікання, підвищена моторика, тривога і порушення апетиту. Водночас, порівняно з контрольною групою, статистично значущі відмінності отримані щодо показників розлади депресивного спектра (47,2 %, *p* < 0,05) та бродяжництво (19,4 %, *p* < 0,01).

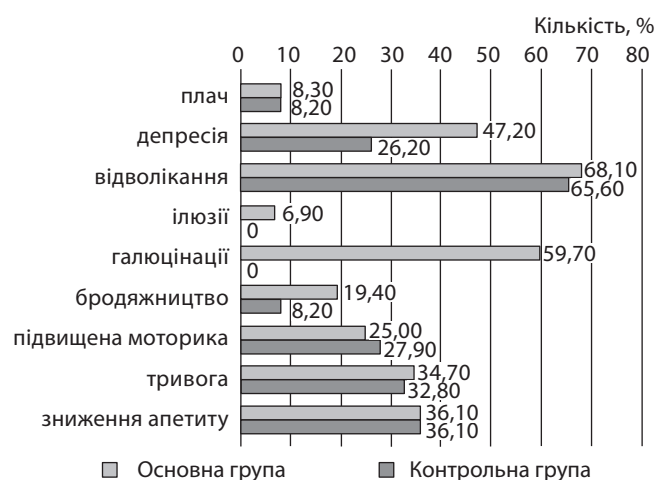


Рис. 1. Порівняння особливостей некогнітивних психопатологічних розладів у пацієнтів з ГПР та без психотичних розладів при ЗД

Згідно з аналізом результатів дослідження когнітивних функцій, проведеним за допомогою шкал MMSE, MoCa і елементарних нейропсихологічних проб (табл. 1), у хворих з ГПР при ЗД в структурі когнітивних розладів, порівняно з хворими з ЗД без психотичних розладів, переважали порушення зорово-конструктивних навичок ($58,3 \pm 6,7$ %, ДК = -1,20, MI = 0,10, *p* < 0,04) і письма ($41,7 \pm 4,7$ %, ДК = 2,01, MI = 0,16, *p* < 0,03); складності в розумінні інструкцій ($61,1 \pm 6,9$ %, ДК = -1,09, MI = 0,10, *p* < 0,04); порушення серійного рахування ($77,8 \pm 9,5$ %, ДК = -1,20, MI = 0,11, *p* < 0,01); зниження рівня відтермінованого відтворення, пов'язаного з порушенням кодування ($83,3 \pm 10,4$ %, ДК = -1,15, MI = 0,11, *p* < 0,006); зниження концентрації уваги ($70,8 \pm 8,3$ %, ДК = -1,44, MI = 0,14, *p* < 0,009); помилки повторення фраз ($69,4 \pm 8,1$ %, ДК = -1,22, MI = 0,10, *p* < 0,02); порушення орієнтації у власній особистості ($31,9 \pm 3,7$ %, ДК = -2,48, MI = 0,17, *p* < 0,03). Серед порушень розумової діяльності у пацієнтів з ГПР при ЗД були виражені порушення узагальнення ($79,2 \pm 9,9$ %, ДК = -1,65, MI = 0,21, *p* < 0,001), формально-логічних операцій ($84,7 \pm 10,6$ %, ДК = -1,34, MI = 0,15, *p* < 0,002), формулювання висновків ($83,3 \pm 10,4$ %, ДК = -1,38, MI = 0,16, *p* < 0,002), мотиваційного компонента мислення ($80,6 \pm 10,0$ %, ДК = -2,14, MI = 0,34, *p* < 0,0001) і критики ($90,3 \pm 11,1$ %, ДК = -1,85, MI = 0,29, *p* < 0,0001).

Таблиця 1. Порушення когнітивних функцій у пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при змішаній деменції

Когнітивні функції та методи їх діагностики	Основна група	Контрольна група
Порушення праксису (порушення здатності набувати, зберігати і використовувати різноманітні рухові навички)		
Помилки створення альтернуючого шляху (MoCa)	48,6 ± 5,3	39,3 ± 5,1
Порушення зорово-конструктивних навичок (MoCa і MMSE)	37,5 ± 4,3	37,7 ± 5,0
Порушення зорово-конструктивних навичок (MoCa)	58,3 ± 6,7 *	44,3 ± 5,4
Порушення письма (MMSE)	41,7 ± 4,7 *	26,2 ± 4,1
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 тощо (MoCa і MMSE)	44,4 ± 4,9	34,4 ± 4,7
Порушення розуміння інструкцій (MMSE)	61,1 ± 6,9 *	47,5 ± 5,7
Порушення рахування		
Помилки в серійному відніманні (MMSE)	77,8 ± 9,5 *	59,0 ± 6,7
Порушення пам'яті (порушення здатності засвоювати, зберігати і відтворювати потрібну для поточної діяльності інформацію)		
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушенням вилучення (MoCa)	88,9 ± 11,0	75,4 ± 8,2
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушеннями кодування (MoCa)	83,3 ± 10,4*	63,9 ± 7,1
Порушення уваги		
Порушення стійкості (рухливість (відволікання, інертність) і виснаженість) уваги (MoCa)	55,6 ± 6,2	45,9 ± 5,6
Порушення концентрації уваги (MoCa і MMSE)	70,8 ± 8,3 *	50,8 ± 6,0
Порушення мови (порушення здатності обмінюватися інформацією за допомогою висловлювань)		
Помилки в повторенні фраз (MoCa і MMSE)	69,4 ± 8,1 *	52,5 ± 6,1
Порушення швидкості мови (MoCa)	65,3 ± 7,5	54,1 ± 6,2
Порушення читання (MMSE)	48,6 ± 5,3	37,7 ± 5,0
Порушення мислення		
Порушення узагальнення: недостатність рівня узагальнення, його спотворення (розуміння сюжетних картин, розуміння серії сюжетних картин, завдання на класифікацію)	79,2 ± 9,9 *	54,1 ± 6,2
Порушення виявлення подібностей і відмінностей (завдання на вилучення — третій зайвий, класифікація геометричних фігур)	61,1 ± 6,9	59,0 ± 6,7
Порушення формально-логічних операцій (закінчення серії картинок, підбір аналогій, завдання на класифікацію, пошук суттєвих ознак)	84,7 ± 10,6*	62,3 ± 7,0
Порушення асоціативних зв'язків (завдання на виокремлення суттєвих ознак, визначення та порівняння понять, порівняння аналогій)	63,9 ± 7,2	60,7 ± 6,9
Порушення формулювання висновків (розуміння оповідань і сюжетних картин, встановлення послідовності подій, розуміння переносного значення прислів'їв, метафор, приказок)	83,3 ± 10,4*	60,7 ± 6,9
Порушення абстрактного мислення (MoCa, метод формування штучних понять, встановлення відносин)	73,6 ± 8,8	68,9 ± 7,6
Порушення динаміки мислення: прискорення, уповільнення, затримка, лабільність/інертність, персеверація, непослідовність (клініко-психопатологічний метод)	61,1 ± 6,9	62,3 ± 7,0
Порушення мотиваційного компонента мислення: різноплановість, паралогічність, розірваність, незв'язність, символічність, аутичність, резонерство (клініко-психопатологічний метод)	80,6 ± 10,0*	49,2 ± 5,9
Порушення критики (клініко-психопатологічний метод)	90,3 ± 11,1*	59,0 ± 6,7
Орієнтація		
Порушення орієнтації в часі (рік, місяць, дата і день тижня) (MoCa і MMSE)	66,7 ± 7,7	65,6 ± 7,3
Порушення орієнтації в просторі або місці перебування (країна, місто, вулиця, установа) (MoCa і MMSE)	51,4 ± 5,7	42,6 ± 5,3
Порушення орієнтації у власній особистості (клініко-психопатологічний метод)	31,9 ± 3,7 *	18,0 ± 3,6

Примітка. Дані наведено у форматі (% ± t %); * — відмінності статистично вірогідні при $p < 0,05$

Результати проведених клініко-психопатологічних, нейропсихологічних досліджень хворих на ЗД дозволили розробити програму комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації (ПКППР) пацієнтів з ГПР при ЗД. Система побудована на принципах комплексного, диференційованого та особистісно-орієнтованого підходу, який передбачає використання сукупності біологічних і психосоціальних впливів на всі етіопатогенетичні ланки

розвитку і прогресування ЗД, спрямовані на основні мішені. До таких мішеней в процесі дослідження вважали належними некогнітивні психопатологічні порушення, когнітивні порушення, психосоціальний дефіцит, супутні соматичні і неврологічні захворювання.

У таблиці 2 наведено структуру програми комплексної терапії та психосоціальної реабілітації пацієнтів з ГПР при змішаній деменції.

Таблиця 2. Структура програми комплексної персоніфікованої та психосоціальної реабілітації пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при змішаній деменції

Найменування	Структура програми
А. Некогнітивні психопатологічні розлади	
Мішені впливу	— переважання частих маячних розладів з ідеями ставлення «про нечесність оточуючих хворого осіб» і «про відмову від хворого» помірного ступеня вираженості, що перебігають в межах депресивно-параноїдного розладу і параноїального маячного розладу; — поєднання галюцинаторно-параноїдних розладів з бродяжництвом і безцільною активністю помірно-сильного ступеня вираженості; частими станами зниженого настрою; страхом залишитися на самоті
Фармакотерапія	— <i>нейролептики</i> : тiorидазин 20—60 мг/добу, або рисперидон 0,5—2 мг/добу, або кветіапін 50—300 мг/добу, курсом до 6—8 тижнів; — <i>антидепресанти</i> : пароксетин 10—40 мг/добу курсом 1—2 міс. з поступовим зниженням дози, або циталопрам 20 мг/добу курсом 1—2 міс. з поступовим зниженням дози, або мелітор 25—50 мг/добу курсом 1—2 міс. з поступовим зниженням дози
Реабілітаційні заходи	індивідуальна когнітивна психотерапія (роз'яснення, переконання), що проводять хворому на ЗД з урахуванням його когнітивного резерву, в період регресу психотичних розладів
Б. Когнітивні порушення	
Мішень впливу	— порушення праксису (порушення візуально-конструктивних навичок); гнозису (порушення розуміння інструкцій); рахування; пам'яті (порушення кодування і вилучення); концентрації уваги; мови; — порушення мислення, переважно психотичного генезу: спотворення узагальнення, порушення формально-логічних операцій, формулювання висновків, мотиваційного компонента (різноплановість, паралогічність) і критики
Фармакотерапія	— донепезил до 5—10 мг/добу постійно (при гарній переносимості та збереженні терапевтичного ефекту), або галантамін до 16—24 мг/добу постійно (при гарній переносимості та збереженні терапевтичного ефекту), або ривастигмін до 9—12 мг/добу за схемою постійно (при гарній переносимості та збереженні терапевтичного ефекту), або іпідакрін до 60—80 мг/добу постійно (при гарній переносимості та збереженні терапевтичного ефекту); — мемантин — за схемою до 20 мг/добу постійно (при збереженні клінічного ефекту); — поєднання мемантину (за схемою до 20 мг/добу) з одним з перелічених вище інгібіторів антихолінестерази (IXE) (з корекцією добової дози IXE); — ноотропи: прамірацетам, або пірацетам, або фенілпірацетам в середньо-максимальних добових дозах, повторними курсами до 2-х місяців
Реабілітаційні заходи	когнітивна ремедіація, що спрямована на відновлення або поліпшення когнітивних функцій і проводиться з урахуванням когнітивного резерву хворого на ЗД, з частотою тренінгових занять 2—3 рази в тиждень, постійно
В. Психосоціальний дефіцит	
Мішень впливу	— низький рівень глобального соціального функціонування — від вираженого погіршення функціонування в соціальній і професійній сфері — до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності; — зниження соціальних функцій і ролей (самообслуговування, діяльності в сім'ї і побуті, спілкування, в соціальних контактах, потреби в зацікавленості і поінформованості тощо); — обмеження життєдіяльності в навичках приготування їжі, чищення зубів, комунікації, роботі по дому/саду і под.; гострі психогенні чинники, пов'язані з погіршенням матеріального стану, конфліктами в сім'ї, розлученням; — низький ресурс сімейної підтримки через виражені проблеми, пов'язані з недостатнім матеріальним ресурсом осіб, які доглядають за хворим
Реабілітаційні заходи	— соціально-психологічне консультування членів родини, які доглядають за хворим, соціально-побутовий супровід хворого; — тренінг-групи з відновлення і збереження навичок самообслуговування (приготування їжі, умивання, чищення зубів, робота по дому тощо), спілкування й організації соціальних контактів; — сімейна психотерапія «хворий — члени сім'ї» (якщо у хворого є сім'я); — індивідуальна і групова терапія мистецтвом і творчим самовираженням (малювання, ліплення, музикотерапія, творче спілкування з природою), що проводять з урахуванням когнітивного резерву хворого ЗД, курсом до 12 міс., з частотою психотерапевтичних зустрічей 1—2 рази на тиждень; — стимулювальна терапія (терапія зайнятістю): спортивні вправи, ігри, заняття з тваринами, трудотерапія тощо, проведена з урахуванням когнітивного резерву хворого ЗД, повторними курсами до 4 міс., з частотою зустрічей до 2 разів на тиждень; — психоосвітній тренінг для осіб, які доглядають за хворим на ЗД, курсом до 2 тижнів, з частотою тренінгових занять — 3 рази на тиждень

Найменування	Структура програми
Г. Супутні соматичні та неврологічні захворювання	
Мішень впливу	— супутня соматична патологія; — чинники, що знижують медикаментозний комплаєнс: небажання хворих приймати ліки або пасивна згода на їх приймання, при відсутності надії на ефект від їх використання
Фармакотерапія	— ретельне соматичне обстеження і у разі виявлення соматичної патології або органної недостатності — проведення відповідного медикаментозного і немедикаментозного лікування; — препарати загальнозміцнювальної дії: вітаміни В ₁ , В ₆ , В ₁₂ , РР, повторними курсами до 20 днів; вітамін Е — до 400 мг/добу, повторними курсами до 2-х міс.; — пентоксифілін до 800—1200 мг/добу, тривалість курсу від декількох місяців до року, чергувати з вінпоцетином до 15 мг/добу, тривалість курсу — від декількох місяців до року; ніцерголін — 15—30 мг/добу протягом 2—3 місяці або німодипін — 90 мг/добу протягом кількох місяців; — розчин церебралізіну до 10—20 мл внутрішньовенно крапельно, курсом до 20 днів; гліцин до 300 мг/добу; пиритинол до 300—400 мг/добу, курсом до 1—3 міс.; етилметилгідроксипіридину сукцинат — перші 5 днів по 100 мг/добу внутрішньом'язово (в/м), потім — по 300 мг/добу в/м протягом 3 тижнів
Реабілітаційні заходи	— заходи кінезотерапії (лікувальна фізкультура) і рефлексотерапії (масаж), 2—3 рази на тиждень, постійно; регулярне фізичне навантаження (не менш як 1—2 години на день); — використання освітніх програм з хворими (залежно від стану їх когнітивного резерву), спрямованих на інформування про основні механізми дії і очікувані ефекти використовуваних препаратів; обговорення можливих побічних ефектів ліків і дій пацієнтів в разі їх появи; формування мотивації у хворого в необхідності тривалого підтримувального лікування медикаментозними засобами

В апробації розробленої програми терапії і реабілітації брали участь 37 пацієнтів з ГПР при ЗД, що становили основну групу і 34 пацієнти з ГПР при ЗД, що пройшли курс реабілітації за традиційною схемою терапії (контрольна група). Критеріями, які оцінюють ефективність, були клінічна динаміка галюцинаторно-параноїдних розладів, супутніх неспсихотичних розладів психіки та поведінки, ступінь поліпшення/погіршення когнітивних функцій і відновлення соціального функціонування.

Аналіз клінічної динаміки психічного стану хворих з ГПР при ЗД показав, що в основній групі серед хворих, що пройшли терапію і реабілітацію за розробленою програмою, спостерігалась позитивна динаміка зменшення вираженості проявів параноїдних і параноїальних розладів ($13,51 \pm 3,49$) % і порушень поведінки: бродяжництво ($10,81 \pm 2,84$) %, безцільна активність ($8,11 \pm 2,16$) %, неадекватна поведінка ($10,81 \pm 2,84$) %. Тоді як у пацієнтів контрольної групи параноїдні і параноїальні розлади спостерігалися в $26,47$ % (ДК = 2,92, MI = 0,19, $p < 0,03$), бродяжництво — у $20,59$ % пацієнтів (ДК = 2,80, MI = 0,14, $p < 0,05$), безцільна активність — у $32,35$ % (ДК = 6,01, MI = 0,73, $p < 0,001$) та неадекватна поведінка — у $23,53$ % пацієнтів (ДК = 3,38, MI = 0,21, $p < 0,03$).

Вивчення динаміки когнітивного стану показало, що в основній групі було $37,84$ % пацієнтів з помірним поліпшенням, $35,14$ % — з мінімальним поліпшенням, $16,22$ % — без динаміки та у $10,81$ % визначалось погіршення когнітивного стану (рис. 2). В контрольній групі помірно поліпшення було встановлено у $20,59$ % пацієнтів ($p < 0,05$), мінімальне поліпшення — у $35,29$ %, відсутність динаміки визначалась у $29,41$ % пацієнтів та у $14,71$ % було зафіксоване погіршення когнітивних функцій. Статистичний аналіз динаміки когнітивних функцій показав, що серед пацієнтів основної групи було більше осіб з помірним поліпшенням когнітивних функцій (ДК = 2,64, MI = 0,23, $p < 0,03$), тоді як кількість пацієнтів з відсутністю динаміки переважала в контрольній групі (ДК = 3,38, MI = 0,32, $p < 0,01$).

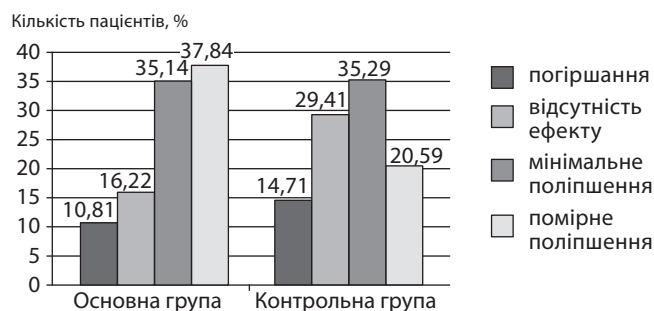


Рис. 2. Динаміка когнітивних функцій серед пацієнтів з ГПР при ЗД під впливом терапії і реабілітації

Отримані результати апробації розробленої ПКППР пацієнтів з ГПР при ЗД свідчать про більшу її ефективність порівняно з традиційними схемами лікування хворих цієї категорії, які не враховують основних клініко-психопатологічних, когнітивних і психосоціальних особливостей розвитку і перебігу ГПР у пацієнтів із ЗД.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

У структурі клініко-психопатологічних проявів у хворих з ГПР при ЗД виявлено переважання частих маячних розладів з ідеями ставлення «про нечесність оточуючих хворого осіб» і «про відмову від хворого» помірного ступеня вираженості, що перебігають в межах афективно-параноїдного розладу і параноїального маячного розладу; поєднання ГПР з бродяжництвом і безцільною активністю помірно-сильного ступеня вираженості та частими станами зниженого настрою і страхом залишитися на самоті.

В структурі когнітивних порушень у пацієнтів з ГПР при ЗД домінували порушення мислення: спотворення узагальнення, порушення формально-логічних операцій, формулювання висновків, мотиваційного компонента (різноплановість, паралогічність) і критики, а також порушення практики, гнозису, рахування, пам'яті, концентрації уваги і мови.

На ґрунті комплексного аналізу некогнітивних психопатологічних порушень, когнітивних порушень, психосоціального дефіциту, супутніх соматичних і неврологічних захворювань розроблено ПКППР, яка базується на принципах комплексного, диференційованого та особистісно-орієнтованого підходу та передбачає сукупність біологічних і психосоціальних впливів на всі етіопатогенетичні ланки розвитку і прогресування змішаних деменцій.

Доведено ефективність розробленої ПКППР пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при змішаних деменціях, що полягає в позитивній клінічній динаміці психічного стану (зменшення проявів галюцинаторно-параноїдних розладів і супутніх несприятливих розладів психіки та поведінки) і поліпшенні функціонування пізнавальних процесів.

Отримані результати треба брати до уваги під час надання медичної та психіатричної допомоги пацієнтам з галюцинаторно-параноїдними розладами при змішаних деменціях.

Список літератури

1. 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=>.
2. World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia: London, 2010. URL: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2010>.
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція / за ред. А. О. Гаврилюк. К., 2016. 57 с.
4. The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project / A. Wimo, L. Jönsson, A. Gustavsson [et al.] // Int. J. Geriatr Psychiatry. 2011. Vol. (8). P. 825—832. DOI: 10.1002/gps.2610.
5. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: Summary of WHO recommendations / T. Dua, C. Barbui, N. Clark [et al.] // PLoS Medicine, 2011, 15 Nov, 8 (11): e1001122. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001122.
6. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease / G. M. McKhann, D. S. Knopman, H. Chertkow [et al.] // Alzheim Dement. 2011. Vol. 7 (3). P. 263—269. DOI: 10.1016/j.jalz.2011.03.005.
7. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease / S. Gauthier, J. Cummings, C. Ballard [et al.] // Int Psychogeriatr. 2010. Vol. 22 (3). P. 346—372. DOI: 10.1017/S1041610209991505.
8. Risk factors and preventive interventions for Alzheimer disease: state of the science / M. L. Daviglus, B. L. Plassman, A. Pirzada [et al.] // Archives of Neurology. 2011. Vol. 68 (9). P. 1185—1190. DOI: 10.1001/archneurol.2011.100.

9. Evolving attitudes to Alzheimer's disease among the general public and caregivers in Europe: findings from the Impact Survey / [M. Wortmann, S. Andrieu, J. Mackell, S. Knox] // Journal of Nutrition, Health and Aging. 2010. Vol. 14. P. 531—536. DOI: 10.1007/s12603-010-0264-x.

10. The Coping with Caregiving group program for Chinese caregivers of patients with Alzheimer's disease in Hong Kong / A. Au, S. Li, K. Lee [et al.] // Patient Education and Counseling. 2010. Vol. 78. P. 256—260. DOI: 10.1016/j.pec.2009.06.005.

11. 2011 Alzheimer's disease facts and figures / Alzheimer's Association // Alzheimers Dement. 2011. Vol. 7(2). P. 208—244. DOI: 10.1016/j.jalz.2011.02.004.

12. Non-pharmacological interventions in dementia / Simon Douglas, Ian James and Clive Ballard // Advances in Psychiatric Treatment. 2010. Vol. 10 (3). P. 178—179. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.10.3.171>.

13. Левин О. С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. М. : Медпрессинформ, 2010. 186 с.

14. Barnes D. E., Yaffe K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence // Lancet Neurology. 2011. Vol. 10 (9). P. 819—828. DOI: 10.1016/S1474-4422(11)70072-2.

15. Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging / [J. E. Ahlskog, Y. E. Geda, N. R. Graff-Radford, R. C. Petersen] // Mayo Clinic Proceedings. 2011. Vol. 86 (9). P. 876—884. DOI: 10.4065/mcp.2011.0252.

16. Caregiver time and cost of home care for Alzheimer's disease: a clinic-based observational study in Beijing, China / [Huali Wang, Tianfei Gao, Anders Wimo, Xin Yu] // Ageing International. 2010. Vol. 35 (2). P. 153—165. DOI: 10.1007/s12126-010-9056-1.

17. 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.

18. Nasreddine Z. S. The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment // J. Am. Geriatr. Soc. 2005. Vol. 53 (4). P. 695—699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.

19. Pruszyński J. Non-cognitive symptoms of dementia // Medycznyc. 2015. Vol. 7. P. 477—481.

20. Reisberg B., Auer S. R., Monteiro I. M. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale // Int. Psychogeriatr. 1996. Vol. 8 (3). P. 301—308. DOI: 10.1097/00019442-199911001-00147.

21. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. Киев, 2006. 556 с.

Надійшла до редакції 22.10.2019 р.

ШЕВЧЕНКО-БІТЕНСЬКИЙ Костянтин Валерійович, старший науковий співробітник Державної установи «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України», м. Одеса, Україна; e-mail: 380482@gmail.com

SHEVCHENKO-BITENSKYI Kostiantyn, Associate Professor of the State Institution "Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Resorts of the Ministry of Health of Ukraine", Odesa, Ukraine; e-mail: 380482@gmail.com