

health problems of internally displaced persons. The verbal-communicative research method was used to collect information from internally displaced persons, which was supplemented by a semi-structured interview to determine the socio-demographic, anamnestic and adaptive characteristics of internally displaced persons. A semi-structured interview was developed in the Department of Borderline Psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" to collect data on internally displaced persons, identify risk groups and people in need of medical care, degree of satisfaction with various aspects of their lives, assessments the impact of a change of residence on the life of the patient, which gave, thus, additional information about the adaptive capabilities of the internally displaced persons. The interview is a semi-closed version of the questionnaire, in which there are both closed questions and clearly structured answers are given to them, as well as open questions and spontaneous comments. The psychometric research method was used to assess the current mental state of internally displaced people and was implemented using the following scales: Hamilton's scale for assessing depression (HDRS) (M. Hamilton, 1960) and the Hamilton's scale for assessing anxiety (HARS). The examined internally displaced persons revealed a wide range of mental disorders, which included: prolonged depressive reaction (F43.21) in 17.65 % – post-traumatic stress disorder (F 43.1), in 15.69 % – moderate depressive episode (P32.1), in 11.76 % – organic anxiety disorder (F 06.4), in 11.76 % – adaptation disorders with mixed disorders of emotions and behavior; in 7.84 % – organic affective (depressive) disorder (F 06.3), in 3.92 % – recurrent depressive disorder (33.1) and in 3.92 % – a mixed anxiety-depressive reaction. Anti-stress factors (financial opportunities (21.57 %); active life position (optimism, activity, ability to act according to the situation, ability to make decisions) (15.69 %); support for family, relatives, colleagues (13.73 %) were identified; availability of housing, work (13.73 %) and factors hindering adaptation in a changed situation (financial difficulties (94.12 %), lack of support from the state, volunteers (60.78 %), passive attitude (pessimism, passivity, categorically, rigidity, lack of goals for the future) (29.41 %)).

Key words: internally displaced persons, mental disorders, clinical and psychopathological features.

Рецензент – проф. Скрипников А. М.

Стаття надійшла 10.01.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-1-155-162-167

УДК 616.895.7-009.884:616.831-008.46

¹Марута Н. О., ²Шевченко-Бітенський К. В.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННИХ ДЕМЕНЦІЯХ ПОМІРНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

²ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України» (м. Одеса)

mscience@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Розробити диференційовані підходи щодо реабілітації пацієнтів з різними церебральними органічними та соматичними захворюваннями, коморбідними з психопатологічними розладами» (№ державної реєстрації 0117U004309).

Вступ. Останнім часом деменції визнаються однією з провідних причин стійкої інвалідизації і смертності хворих [1]. За останніми даними, майже у 8 мільйонів осіб в світі розвивається деменція щороку, що відповідає новому випадку захворювання кожні чотири секунди. У 2015 р. деменція була діагностована більш, ніж у 47 мільйонів осіб по всьому світу, при цьому очікується, що цей показник виросте до 76 мільйонів 2030 року і 145 мільйонів до 2050 року [1,2].

Деменція являється великим тягарем в суспільстві. Економічні втрати, пов'язані з деменцією у осіб похилого та старечого віку становлять, згідно з даними Національного інституту здоров'я США, 90 млрд. доларів на рік [3,4]. Крім того, що деменція є значною проблемою з точки зору розповсюдженості патології і пов'язаних з нею витрат, вона надає надзвичайно сильний вплив на людей, які страждають нею, на їх

сім'ї і на тих, хто здійснює догляд за пацієнтами, – в медичному, психологічному та емоційному відношенні. Поведінкові і психологічні симптоми деменції мають величезний вплив на якість життя хворих і тих, хто здійснює догляд за ними (карегіверам) [2,5-7].

У зв'язку з цим, дослідження особливостей клініко-психопатологічної структури і соціального функціонування (СФ) пацієнтів з судиною деменцією і їх родичів є актуальним, оскільки дає можливість удосконалити реабілітаційні заходи, спрямовані на допомогу хворим з деменцією і особам, які надають догляд [8,9].

Мета дослідження. Вивчити клініко-психопатологічні особливості та специфіку соціального функціонування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при судинних деменціях (СД) помірного ступеня тяжкості.

Об'єкт і методи дослідження. Вивчення особливостей СФ та клініко-психопатологічної структури хворих з СД помірного ступеню тяжкості (ПСТ) було проведено на вибірці 41-го пацієнта зі змішаною корково-підкірковою дисфункцією з галюцинаторно-параноїдними симптомами – F01.3 (1-2) (основна група). В якості контрольної групи в дослідженні

Таблиця 1 – Клінічні характеристики психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів з СД ПСТ (за середніми значеннями ($m \pm \sigma$) за шкалою NPI)

Психопатологічні та поведінкові розлади	<i>Клінічні характеристики</i>			
	<i>частота</i>		<i>виразність</i>	
	<i>Основна група</i>	<i>Контрольна група</i>	<i>Основна група</i>	<i>Контрольна група</i>
	$m \pm \sigma$			
А. Маячні ідеї	3,3 ± 0,4 *	-	2,4 ± 0,4 *	-
Б. Галюцинації	2,0 ± 0,4	-	1,3 ± 0,3	-
В. Порушення (агресія)	2,5 ± 0,6 *	1,4 ± 0,3	2,3 ± 0,3 *	1,2 ± 0,1
Г. Депресія (дисфорія)	3,4 ± 0,5 *	2,0 ± 0,3	2,4 ± 0,3 *	1,4 ± 0,3
Д. Тривога	2,0 ± 0,3	1,8 ± 0,4	1,7 ± 0,2	1,5 ± 0,2
Е. Гіпертимія (піднесений настрій, ейфорія)	1,6 ± 0,2	1,4 ± 0,1	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,3
Ж. Апатія (байдужість, індіферентність)	1,9 ± 0,3	1,8 ± 0,3	2,0 ± 0,4	2,2 ± 0,3
З. Розгальмування	1,5 ± 0,3	1,6 ± 0,3	2,3 ± 0,5	2,2 ± 0,3
І. Дратівливість	3,1 ± 0,5 *	1,8 ± 0,4	2,3 ± 0,4 *	1,3 ± 0,2
К. Аномальна рухова активність (неадекватне рухова поведінка)	3,4 ± 0,4 *	1,9 ± 0,3	2,5 ± 0,5 *	1,4 ± 0,3
Л. Сон і порушення поведінки в нічний час	3,2 ± 0,2 *	2,0 ± 0,3	2,6 ± 0,4 *	1,4 ± 0,2
М. Порушення апетиту і харчової поведінки	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,3	2,2 ± 0,5	2,1 ± 0,3
Умовні позначення: * – відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$; ** – відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$.				

брали участь 34 пацієнта з СД ПСТ (F01.3) без психотичних розладів.

Для досягнення поставленої мети був використаний комплексний методологічний підхід, що реалізовувався за допомогою клініко-психопатологічного метода, доповненого використанням психометричних шкал (нейропсихіатричний опитувальник (Neuropsychiatric inventory) (NPI), шкала глобального функціонування (Global Assessment Functionally) (GAF); шкала обмеження життєдіяльності (Psychiatric Disability Assessment Schedule – WHO DAS); *Брістольська шкала активності в повсякденному житті* (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL)) [6,10,11]. Методи математичної статистики використовували для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі $M \pm m$), достовірності відмінностей (критерії Стюдента-Фішера [t], Колмогорова-Смірнова [λ]), взаємозв'язків між показниками (точний метод Фішера [ТМФ]). Складові та елементи клініко-психопатологічних особливостей та соціального функціонування пацієнтів з ГПР при СД ПСТ визначали шляхом розрахунку діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (MI) для кожної з досліджених ознак із подальшим формуванням зведених диференційно-діагностичних таблиць, що використовуються у послідовній діагностичній процедурі Вальда за допомогою програм SPSS 15.0 та MS Excel v.8.0.3 [12,13].

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз результатів вивчення клінічних характеристик (частоти, вираженості) психопатологічних і поведінкових розладів пацієнтів з СД ПСТ показав, що в основній групі хворих, статистично достовірними клінічними характеристиками психотичних розладів виступали маячні розлади ($3,3 \pm 0,4$ бала, при $p = 0,034$, в порівнянні з контрольною групою хворих), які були часті, до кількох разів на тиждень, але не кожного дня, та проявлялись маячними ідеями матеріального збитку, пограбування, обкрадання, нечесності, ревнощів (табл. 1). При цьому, маячні розлади були помірного ступеню вираженості ($2,4 \pm 0,4$ бала, при $p = 0,041$, в порівнянні з контрольною групою хворих) і зумовлювали неспокій та неадекватну поведінку пацієнта і характеризувались труднощами в їх корегуванні зовні.

Також в основній групі визначався стан агресивного збудження, який виникав не рідше одного разу в тиждень ($2,5 \pm 0,6$ бала, при $p = 0,037$, в порівнянні з контрольною групою). При цьому у 48,8 % хворих ($p = 0,009$) стан агресивного збудження перебігав переважно у вербальній формі (пацієнти сердилися на тих, хто намагався допомогти, не йшли назустріч в спілкуванні, кричали, лаялися при спробі оточуючих допомогти в побутових проблемах, питаннях особистої гігієни тощо) та був виражений в помірному ступені ($2,3 \pm 0,3$ бала, при $p = 0,027$, в порівнянні з контрольною групою), що виражалось в наявності деструктивних симптомів, які важко було коригувати або контролювати. В контрольній групі стан агресивного збудження спостерігалися лише у 20,6 % хворих (при $p = 0,009$).

Серед клінічних характеристик психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів основної групи з СД ПСТ в 65,9 % випадків визначався депресивний настрій з дисфоричним компонентом (поєднання пригніченого настрою з дратівливістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточуючих осіб, зі схильністю до спалахів, переважно, вербальної агресії), який був помірно виражений ($2,4 \pm 0,3$ бали, при $p = 0,043$, в порівнянні з контрольною групою) та виникав часто, кілька разів на тиждень, але не кожного дня ($3,4 \pm 0,5$ бали, при $p = 0,030$, в порівнянні з контрольною групою), при цьому симптоми депресії турбували пацієнтів та не піддавалися корекції. В контрольній групі депресивний настрій спостерігався у 41,2 % пацієнтів ($p = 0,043$).

У 36,6 % пацієнтів основної групи визначався стан дратівливості (дратівливість, нетерпимість, спалахи гніву, емоційна лабільність, швидка психофізична виснаженість, тощо) в помірному ступені вираженості ($2,3 \pm 0,4$ бали, при $p = 0,028$, в порівнянні з контрольною групою) та спостерігався часто, кілька разів на тиждень, але не кожного дня ($3,1 \pm 0,5$ бали, при $p =$

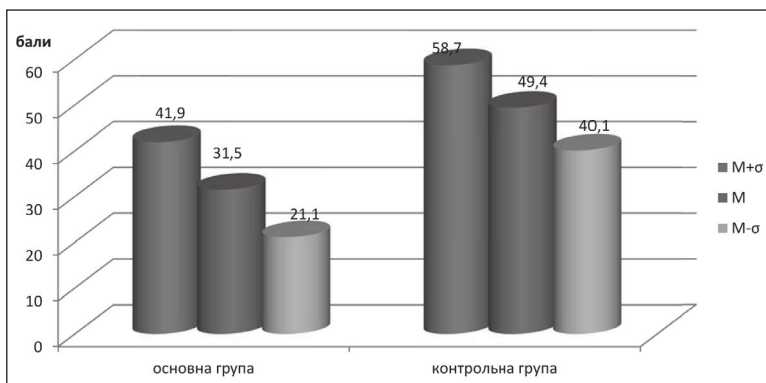


Рисунок 1 – Особливості СФ у пацієнтів з ГПР при СД ПСТ.

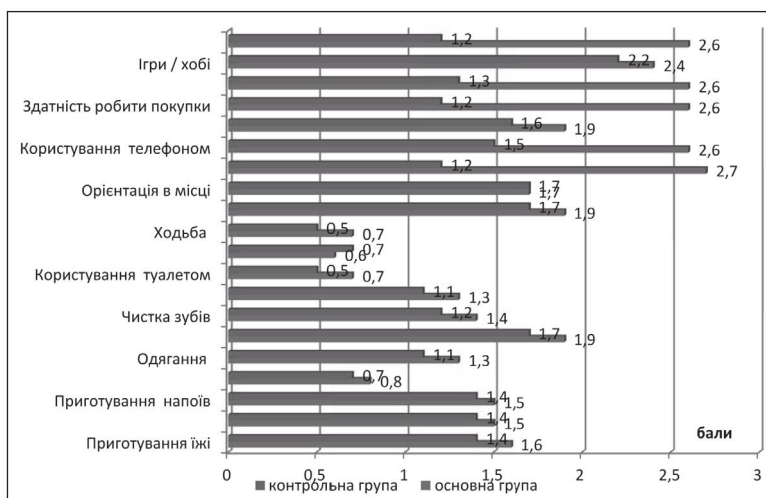


Рисунок 2 – Фактори обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ.

0,037, в порівнянні з контрольною групою). В контрольній групі дратівливість спостерігалась тільки у 11,8 % пацієнтів ($p=0,007$).

У 41,5 % пацієнтів основної групи була виражена аномальна рухова активність (переважно бродяжни-

Таблиця 2 – Фактори обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ (за відсотковою кількістю (% ± m%) за шкалою WHO-DAS)

Фактори обмеження життєдіяльності	Основна група	Контрольна група
	% ± m%	
Шкала «Загальні поведінкові дисфункції»		
Самообслуговування	21,9 ± 2,1	20,6 ± 1,9
Інтереси та зайнятість	46,3 ± 4,5	41,2 ± 4,2
Діяльність в сім'ї і побуті	41,5 ± 4,1	38,2 ± 3,9
Спілкування і ізоляція	63,4 ± 6,4 *	32,4 ± 3,3
Шкала «Виконання соціальних ролей»		
Участь в домашніх справах	34,1 ± 3,4	32,4 ± 3,3
Виконання сімейної ролі	36,6 ± 3,7	32,4 ± 3,3
Виконання шлюбної ролі	36,6 ± 3,7	29,4 ± 2,7
Виконання шлюбної ролі поза шлюбом	19,5 ± 1,9	17,6 ± 1,7
Виконання батьківської ролі	58,5 ± 5,9 *	32,4 ± 3,3
Соціальні контакти	68,3 ± 6,9 *	35,3 ± 3,7
Виконання професійної ролі 1	14,6 ± 1,5	11,8 ± 1,3
Виконання професійної ролі 2	60,9 ± 6,2	55,9 ± 6,0
Зацікавленість і поінформованість	56,1 ± 5,7	52,9 ± 5,8
Поведінка в нестандартних і складних умовах	65,9 ± 6,7 *	38,2 ± 3,9
Умовні позначення: * – відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$; ** – відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$.		

цтво – втеча з дому або від доглядача) помірно-сильного ступеню вираженості ($2,5 \pm 0,5$ бали, при $p = 0,029$, в порівнянні з контрольною групою), яка виникала часто, кілька разів на тиждень, але не кожного дня ($3,4 \pm 0,4$ бали, при $p = 0,032$, в порівнянні з контрольною групою). В контрольній групі аномальна рухова активність спостерігалась у 23,5 % хворих ($p < 0,007$).

У більшості пацієнтів основної групи (78,0 %) відзначались порушення сну і поведінки в нічний час помірно-сильного ступеню вираженості ($2,6 \pm 0,4$ бали, при $p = 0,038$, в порівнянні з контрольною групою), що проявлялось в тому, що пацієнти вночі знаходилися в стані сильного дистресу, їх сон був порушений і не піддавався корекції. Ці стани виникали часто, кілька разів на тиждень, але не кожного дня ($3,2 \pm 0,2$ бали, при $p = 0,035$, в порівнянні з контрольною групою). В контрольній групі порушення сну і поведінки в нічний час спостерігалось у 47,1 % хворих ($p < 0,006$).

Результати аналізу глобального функціонування, представлені на **рисунку 1**, показали, що у хворих з ГПР при СД ПСТ, величина глобального функціонування складала в середньому $31,5 \pm 10,4$ бали ($p = 0,027$) [21,1-41,9] і характеризувалась погіршенням функціонування в соціальній і професійній сферах в межах від серйозного погіршення – до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності.

У пацієнтів з СД без психотичних розладів величина глобального функціонування становили $49,4 \pm 9,3$ бали [40,1-58,7] (при $p = 0,041$) і характеризувалась помірно-вираженим погіршенням функціонування в соціальній та професійній сферах.

Аналіз результатів, отриманих за допомогою шкали Psychiatric Disability Assessment Schedule – WHO-DAS, дозволив визначити основні фактори обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ (**табл. 2**).

Згідно з результатами вивчення факторів обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ, в порівнянні з хворими без психотичних розладів, можна констатувати, що у хворих основної групи найбільш порушеними були наступні види життєдіяльності:

- функція спілкування (низький рівень соціальних контактів, комунікаційних умінь, готовності до спілкування, аж до ізоляції і т. п.) (63,4 %), у той час коли в контрольній групі дисфункція спілкування спостерігалась лише в 32,4 % випадків (ДК = 2,92, MI-0,45, $p = 0,003$);

- якість і рівень участі в виконанні батьківської ролі (низька зацікавленість життям дітей, відсутність потреби в турботі про дітей, в спільному проведенні часу, в участі в інтересах дітей і т. п.) (58,5 %), в контроль-

ній групі – в 32,4 % випадків (ДК = 2,58, MI = 0,34, $p = 0,008$);

- потреба і ефективність соціальних контактів (труднощі в спілкуванні, пов'язані з конфліктністю, низькими комунікативними можливостями і низькою потребою в спілкуванні і т. п.) (68,3 %), в контрольній групі – в 35,3 % випадків (ДК = 2,87, MI = 0,47, $p = 0,003$);

- ефективність поведінки в нестандартних і складних умовах (низька ефективність поведінки в нестандартних і складних умовах, що вимагають активних, цілеспрямованих і адекватних дій) (65,9 %), в контрольній групі – в 38,2 % випадків (ДК = 2,38, MI = 0,33, $p = 0,008$).

Результати вивчення, проведеного за допомогою шкали BADL, факторів обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ, представлені на **рисунку 2**.

Згідно з результатами вивчення факторів обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ПСТ, можна констатувати, що у хворих основної групи найбільш порушеними функціями життєдіяльності були:

- комунікація (порушення в діапазоні від розуміє себе, але відчуває труднощі в розумінні інших – до повністю порушеної комунікації) ($2,7 \pm 0,3$ бали), при цьому в контрольній групі вираженість порушення комунікації відповідало функціональному діапазону в $1,2 \pm 0,3$ бали ($p = 0,01$).

- вміння користуватися телефоном (порушення в діапазоні від уміння відповідати на дзвінки, але неможливості їх здійснювати – до неможливості використовувати телефон взагалі) ($2,6 \pm 0,3$ бали), у той час коли в контрольній групі ці порушення були виражені значно менше ($1,5 \pm 0,3$ бали) ($p = 0,028$).

- здатність робити покупки (порушення в діапазоні від нездатності робити покупки самостійно, але можливості брати участь у закупівлях за допомогою інших осіб – до нездатності робити покупки, навіть за допомогою інших осіб) ($2,6 \pm 0,4$ бали), в контрольній групі – $1,2 \pm 0,3$ бали, що вірогідно відрізнялось від основної групи ($p = 0,009$).

- здатність розпоряджатися фінансами (порушення в діапазоні від можливості написати ім'я, але не визначити грошовий обсяг – до неможливості написати ім'я та визначити грошовий обсяг) ($2,6 \pm 0,3$ бали). В контрольній групі вираженість порушення здатності розпоряджатися фінансами відповідає функціональному діапазону в $1,3 \pm 0,2$ бали ($p = 0,034$).

- вміння користуватися транспортом (в діапазоні від неможливості користуватися громадським транспортом самостійно – до неможливості або небажання користуватися громадським транспортом, навіть в супроводі) ($2,6 \pm 0,4$ бала), у той час коли в контрольній групі ці порушення були значно меншими ($1,2 \pm 0,2$ балів) ($p = 0,007$).

Висновки. Результати дослідження особливостей СФ серед пацієнтів з ГПР при СД ПСТ, дозволили зробити наступні висновки:

1. В структурі клініко-психопатологічних проявів ГПР у хворих на СД ПСТ визначені наступні закономірності: переважання частих маячних ідей матеріального збитку, пограбування, обкрадання і ревнощів в помірному ступені вираженості; поєднання ГПР з частим бродяжництвом; періодичною помірно вербальною агресією; частими розладами ритму день / ніч; частим зниженням настрою, що проявляється у формі дисфорії; страхом залишитися одному; з частими станами дратівливості.

2. Доведено, що величина загального СФ пацієнтів відповідала діапазону порушень від серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах – до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності.

3. Встановлений виражений негативний вплив ГПР на функцію спілкування, якість і рівень участі в виконанні батьківської ролі, потребу і ефективність соціальних контактів, ефективність поведінки в нестандартних і складних умовах.

4. Визначений вплив ГПР на формування у хворих цієї групи обмежень їх життєдіяльності в комунікації, умінні користуватися телефоном, робити покупки, розпоряджатися фінансами та користуватися транспортом.

Таким чином, отримані дані щодо клініко-психопатологічної структури та СФ пацієнтів з ГПР при СД ПСТ, дозволяють виявити основні клінічні характеристики цієї патології та встановити проблеми соціально-побутового функціонування пацієнтів, що є передумовою розробки персоналізованої програми психосоціальної реабілітації пацієнтів з даною патологією.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з раннім виявленням ГПР при СД помірного ступеня вираженості, визначенням маркерів діагностики на ранніх етапах формування психозу, а також вивчення особливостей соціального функціонування пацієнтів з ГПР при СД, необхідністю розробки психокорекційних програм для таких осіб.

Література

1. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Geneva: World Health Organization; 2015. WHO/MSD/MER/15.3 [Internet]. Citirovano [2016 8 апреля]. Available from: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf
2. Pinchuk IYa, Chaykovs'ka VV, Stadnyk LA, Levada OA, Pustovoyt MM, Shyryayeva MI. Aktual'ni pytannya herontopsykhatriyi: navchal'nyy posibnyk. Ternopil': Termohraf; 2010. 431 s. [in Ukrainian].
3. Council of the European Union. Supporting people living with dementia: improve care policies and practice – council conclusions. Brussels; 2015 [Internet]. [2016 8 апреля]. Available from: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/councilconclusions_1505515_en.pdf
4. Sahathevan R, Brodtmann A, Donnan GA. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. Int. J. Stroke. 2012;7(1):61-73.
5. Levyn OS. Dyahnostyka y lechenye dementsyy v klynycheskoy praktike. M.: 2014. 256 s. [in Russian].
6. Havrylyuk AO, redaktor. Unifikovanyy klinichnyy protokol pervynnoyi, vtorynnoyi (spetsializovanoi), tretynnoyi (vysokospetsializovanoi) ta paliatyvnoyi medychnoyi dopomohy. Dementsiya. K.: 2016. 57 s. [in Ukrainian].
7. Skoogl N, Korczyn A, Guekht A. Neuroprotection in vascular dementia: A future path. J. Neurol. Sci. 2012 Nov 15;322(1-2):232-6. DOI: 10.1016/j.jns.2012.02.013

8. Maruta NA. Vosstanovlenye sotsyal'noho funktsyonyrovaniya – osnovnaya tsel' terapii depressyy. Neyro News: psikhonevrologiya y neyropsykhyyatryya; 2013. s. 16-9. [in Russian].
9. Common core principles for supporting people with dementia: a guide to training the social care and health workforce. Leeds, Skills for Care & Skills for Health. 2011. [Internet]. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_127587.pdf
10. Lutova NB. Metod prognozirovaniya medykamentoznoho komplayensa v psykhyatryi: metodycheskiye rekomendatsyy. NYPNY ym. VM Bekhtereva: SPb.: 2007. 24 s. [in Russian].
11. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. Geneva: WHO, 1988. 96 p.
12. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. Statisticheskiye metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniyem Excel. Kiyev: «Morion»; 2000. 320 s. [in Russian].
13. Gubler YeV. Vychislitel'nyye metody analiza i raspoznavaniya patologicheskikh protsessov. M.: Meditsina; 1978. 294 s. [in Russian].

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННИХ ДЕМЕНЦІЯХ ПОМІРНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ **Марута Н. О., Шевченко-Бітенський К. В.**

Резюме. В дослідженні клініко-психопатологічних особливостей та соціального функціонування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при судинній деменції (СД) помірного ступеню тяжкості (ПСТ), прийняло участь 75 пацієнтів. 41 хворий з ГПР при СД ПСТ склав основну групу та 34 хворих без психотичних розладів увійшли в контрольну групу. В структурі клініко-психопатологічних проявів у хворих з ГПР при СД ПСТ визначено: переважання частих маячних ідей матеріального збитку, пограбування і ревнощів в помірному ступені вираженості; поєднання ГПР з частим бродяжництвом; періодичною помірною вербальною агресією; частими розладами ритму день / ніч; частим зниженням настрою, що проявляється у формі дисфорії; страхом залишитися одному; з частими станами дратівливості. Встановлений виражений негативний вплив ГПР на функцію спілкування, якість і рівень участі в виконанні батьківської ролі, потребу і ефективність соціальних контактів, ефективність поведінки в нестандартних і складних умовах. Визначений вплив ГПР на формування у хворих цієї групи обмежень їх життєдіяльності в комунікації, умінні користуватися телефоном, робити покупки, розпоряджатися фінансами та користуватися транспортом. Доведено, що величина загального соціального функціонування пацієнтів відповідала діапазону порушень від серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах – до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності.

Ключові слова: судинна деменція, галюцинаторно-параноїдні розлади, клініко-психопатологічна структура, соціальне функціонування, помірний ступінь тяжкості деменції.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ **Марута Н. А., Шевченко-Битенский К. В.**

Резюме. В исследовании клинико-психопатологических особенностей и социального функционирования пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами (ГПР) при сосудистой деменции (СД) средней степени тяжести (ССТ) приняло участие 75 пациентов. 41 больной с ГПР при СД ССТ и 34 больных без психотических расстройств вошли в контрольную группу. В структуре клинико-психопатологических проявлений у больных с ГПР при СД ССТ выявлено: преобладание частых бредовых идей материального ущерба, ограбления и ревности в умеренной степени выраженности; сочетание ГПР с частым бродяжничеством; периодической умеренной вербальной агрессией; частыми расстройствами ритма день / ночь частым снижением настроения, проявляется в форме дисфории; страхом остаться одному; с частыми состояниями раздражительности. Установлено выраженное негативное влияние ГПР на функцию общения, качество и уровень участия в выполнении родительской роли, потребность и эффективность социальных контактов, эффективность поведения в нестандартных и сложных условиях. Определенно влияние ГПР на формирование у больных этой группы ограничений их жизнедеятельности в коммуникации, умении пользоваться телефоном, делать покупки, распоряжаться финансами и пользоваться транспортом. Доказано, что величина общего социального функционирования пациентов соответствовала диапазону нарушений от серьезного ухудшения функционирования в социальной и профессиональной сферах – до неспособности функционирования в отдельных сферах жизнедеятельности.

Ключевые слова: сосудистая деменция, галлюцинаторно-параноидные расстройства, клинико-психопатологическая структура, социальное функционирование, умеренная степень тяжести деменции.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS IN MODERATE VASCULAR DEMENTIA PRINCIPLES OF PREVENTION **Maruta N. O., Shevchenko-Bitensky K. V.**

Abstract. In a study of clinic-psychopathological characteristics and social functioning of patients with hallucinatory-paranoid disorders (HPD) in moderate vascular dementia (MVD) 75 patients took part. 41 patients with hallucinatory-paranoid disorders (main group) and 34 patients without psychotic disorders (control group) were examined.

In the study was used a comprehensive methodological approach, implemented using a clinical psychopathology method, supplemented with the use of psychometric scales (Neuropsychiatric inventory (NPI), Global Assessment Functionally (GAF) scale; Psychiatric Diagnostic Scale) – Bristol Activity Daily Life Scale (BADL). Mathematical statistics methods were used to determine the average values of quantitative parameters, their standard errors (in $M \pm$

m format), the reliability of differences (Student-Fisher criteria [t], Kolmogorov-Smirnov [λ]), relationships between indicators (Fisher exact method [TMF]). Components and elements of clinical and psychopathological features and social functioning of patients with HPD in SD PCT were determined by calculating diagnostic coefficients (DCs) and measures of Kulbak information (MI) for each of the investigated features with the subsequent formation of summary differential diagnostic tables used Wald procedure using SPSS 15.0 and MS Excel v.8.0.3.

In the structure of clinic-psychopathological manifestations in patients with hallucinatory-paranoid disorders in moderate vascular dementia the following symptoms were revealed: the prevalence of frequent delusional ideas of material damage, robbery and jealousy to a moderate degree; a combination of hallucinatory-paranoid disorders with frequent vagrancy; periodic moderate verbal aggression; frequent disturbances rhythm day / night, frequent mood decline, manifested in the form of dysphoria; fear of being alone; with frequent irritability. The expressed negative influence of hallucinatory-paranoid disorders on communication function, quality and level of participation in fulfilling the parental role, the need and effectiveness of social contacts, the effectiveness of behavior in non-standard and difficult conditions. The influence of hallucinatory-paranoid disorders on the formation in patients of this group of limitations of their vital functions in communication, ability to use the phone, make purchases, manage finances and use transport. It is proved that the magnitude of the overall social functioning of patients corresponded to a range of disorders from a serious deterioration in functioning in the social and professional spheres – to the inability to function in certain areas of life.

Key words: vascular dementia, hallucinatory-paranoid disorders, clinical and psychopathological structure, social functioning, moderate severity of dementia.

*Рецензент – проф. Скрипников А. М.
Стаття надійшла 09.01.2020 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2020-1-155-167-170

УДК 612.015.32:616.379-008.64

Мустафаева С. А.

ПОКАЗАТЕЛЬ «TIME IN RANGE» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ ГЛЮКОЗЫ

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева
(г. Баку, Азербайджанская Республика)

nauchnayastatya@yandex.ru

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Оценка эффективности управления углеводным обменом при сахарном диабете, предиабете и у здоровых лиц с помощью современных технологий длительного мониторинга глюкозы (CGMS, Dexcom, FreeStyle Libre)».

Вступление. В настоящее время основным параметром оценки гликемического статуса является A1c [1,2]. Однако, A1c не дает информации об имеющихся гипогликемиях и не в состоянии оценить величину и частоту внутри- и межсуточных изменений глюкозы [3]. Более того, некоторые состояния, такие как гемоглобинопатии [4], анемии [5], дефициты железа [6], беременность [7] могут существенно влиять на этот показатель, искажая его.

Появление аппаратов длительного мониторинга глюкозы, позволяющих фиксировать не только показатели глюкозы, их динамику, но и анализировать время в пределах нормы – «Time in range» [8], – выше и ниже целевого диапазона, расширило возможности оценки гликемического контроля. Исследования [2,9] доказали преимущества использования длительного мониторинга глюкозы у пациентов на интенсивной инсулинотерапии, вне зависимости от того находятся ли они на терапии инсулиновой помпой или используют множественные ежедневные инъекции [10,11].

Данные, полученные при помощи ДМГ, в гораздо большей мере, чем измерения A1c, позволяют осуществлять непосредственный контроль ежеднев-

ного профиля, изменений глюкозы, определить закономерности гипо- и гипергликемий и оценить вариабельность глюкозы. На 79-й научной сессии АДА были предложены «Клинические нормативы, основанные на ДМГ: рекомендации Международного Консенсуса по времени в цели» [12].

Основной акцент для оценки контроля глюкозы у людей с сахарным диабетом был сделан именно на анализ «Time in range». В феврале 2017 года на конгрессе Advanced Technologies & Treatments for Diabetes (ATTD) был определен показатель «целевого времени» как ориентир гликемического контроля, который представляет более точную информацию, чем один лишь A1c [13].

Цель исследования. Определить частоту встречаемости показателей Time in range у людей с разной степенью деградации системы контроля глюкозы.

Объект и методы исследований. Материал для исследований был собран при обследовании аппаратами ДМГ- MiniMed (Medtronic, USA), FreeStyle Libre (Abbott, USA), Dexcom 4G (Dexcom, USA). Оценивались данные по количеству определений глюкозы, частоте встречаемости нормальных показателей глюкозы в 4 группах:

- группа 1 (n = 8) – лица без сахарного диабета (лица без нарушения углеводного обмена (n = 4) и лица с предиабетом (n = 4);
- группа 2 (n = 25) – больные с сахарным диабетом типа 2 на безинсулиновой терапии;
- группа 3 (n = 45) – больные с сахарным диабетом типа 2 на инсулинотерапии (комбинированная терапия сахароснижающих пероральных препара-