

М. О. Дзись, Л. В. Рахман

КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯТИ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНИХ СИМПТОМІВ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ

M. Dzis, L. Rakhman

CLINICAL AND PHENOMENOLOGICAL CORRELATES OF NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS OF VASCULAR DEMENTIA

Ключові слова: судинна деменція, психотичні симптоми, афективні симптоми, поведінкові симптоми, клінічні особливості

Key words: vascular dementia, psychotic symptoms, affective symptoms, behavioral symptoms, clinical features

З огляду на актуальність проблематики захворювань літніх людей та наслідків серцево-судинних захворювань, масштаби яких у світі зростають щороку, ми проводили дослідження нейропсихіатричних симптомів судинної деменції (СД) та кореляції цих симптомів як в межах однієї етіологічної групи деменції (СД), так і порівнюючи з іншими групами (нейродегенеративні захворювання (НДЗ) та деменції змішаної етіології (ЗД)).

За допомогою статистичного опрацювання отриманих даних встановлено достовірний зв'язок та визначено різницю перебігу нейропсихіатричних симптомів (НПС) у пацієнтів із СД щодо психотичних, афективних та поведінкових кластерів нейропсихіатричної симптоматики. Під час досліджування психотичних розладів з'ясовано, що найбільша частота маячень отруєння виявляється у пацієнтів із СД. Вивчення афективних розладів дало розуміння про частіше поєднання різних проявів афективних НПС між собою (зокрема, апатія та тривога в того самого пацієнта) та з іншими кластерами (наприклад, подразливість і рухові розлади чи депресія або тривога і маячний синдром) у пацієнтів з СД, ніж серед пацієнтів інших груп. Поведінкові розлади у пацієнтів з судинною деменцією характеризувалися такими відмінностями: блукання серед ночі частіше притаманно пацієнтам із СД; вживання неїстівних продуктів виявляється не так часто при СД, як при НДЗ.

Досліджування нейропсихіатричної симптоматики у хворих на судинну деменцію дає змогу краще розуміти особливості перебігу патології, оцінювати можливості імплементації ефективного менеджменту цих симптомів та прогнозувати їх ускладнення для забезпечення гідної адаптації медичної системи, пацієнта та його опікунів до викликів, що виникають у разі встановлення діагнозу судинної деменції.

Taking into account the relevance of the diseases of old age and the consequences of cardiovascular diseases, which are increasing every year, we conducted a study of neuropsychiatric symptoms (NPS) of vascular dementia (VD) and the correlation of these symptoms both within one etiological group of dementia (VD) and in comparison with others groups (neurodegenerative disorders, NDD and mixed dementia, MD).

With the statistical processing of data, a reliable relationship was established and the difference in the course of NPS in patients with VD was determined in relation to psychotic, affective and behavioral clusters of NPS. In the study of psychotic disorders, the highest frequency of delusions of poisoning is found in patients with VD. The study of affective disorders gave an understanding of higher frequency in combination of different manifestations of affective NPS within this cluster (in particular, apathy and anxiety in one patient) and with other clusters (for example, irritability and movement disorders or depression or anxiety and delusional syndrome) in patients with VD than among other etiological groups. Behavioral disorders in patients with VD were characterized by the following differences: wandering in the middle of the night is more common in patients with VD; the use of non-edible products is not as common in VD as in NDD.

The study of neuropsychiatric symptoms in patients with vascular dementia makes it possible to better understand the peculiarities of the course of the pathology, evaluate the possibilities of implementing effective management of these symptoms, and predict their complications to ensure proper adaptation of the medical system, the patient and his caregivers to the challenges that arise when the diagnosis of vascular dementia is established.

Деменція — узагальнювальний термін, він об'єднує кілька захворювань, які уражають пам'ять, інші когнітивні функції та поведінкові патерни, що суттєво погіршує здатність особи підтримувати свою звичну повсякденну діяльність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі налічується близько 55 млн осіб, що страждають на деменцію, щороку реєструється не менш як 10 млн нових випадків [1]. Чинниками, що підвищують ризики захво-

рити на деменцію, є вік (частіше — 65 років і старше), гіпертонія, діабет, надмірна маса тіла або ожиріння, тютюнопаління, алкоголь, низька фізична активність, соціальна ізоляція, депресія [2]. Судинна деменція (СД) є другим за частотою різновидом деменції, що спостерігається у близько 15 % випадків. Серед пацієнтів з хворобою Альцгеймера (ХА) близько 60 % матимуть також прояви судинної деменції [3]. Попри те, що нейрокогнітивне зниження є одним з провідних симптомів деменції, лише ним не можна обґрунтувати зниження функціонування,

самообслуговування та якості життя таких людей. Дослідження показують, що понад 90 % пацієнтів з деменцією мають психічні та поведінкові порушення, які є важливим чинником, що впливає на ураження здатності функціонувати на достатньому рівні, та є чималим тягарем для тих, хто піклується про особу з деменцією [4—7]. Ця проблематика є надзвичайно актуальною, зокрема, ще й тому, що прояви окремих нейропсихіатричних симптомів (НПС) відрізняються залежно від етіологічного чинника самої деменції і розглядаються як предиктор погіршення когнітивного функціонування [8—12]. Деякі дослідники також вивчають можливість врахування НПС, як однієї з важливих умов для встановлення діагнозу деменції [13].

Серед НПС у хворих із деменціями психотичні симптоми виявляють у від 16,3 % до 55,4 %, депресивні симптоми — від 30,0 % до 68,1 % випадків. Ризик депресивних симптомів підвищується з тривалістю захворювання, інституалізацією, жіночою статтю, але знижується з віком [14; 15]. При СД частіше за інші симптоми спостерігається ажитація/агресія (32,9—38 %), порушення рухової поведінки (22,5—32,4 %), подразливість (16—29,8 %). Найрідше спостерігаються галюцинації (11,6—23,5 %) та ейфорія (5,2—6 %). Пацієнти з СД мають вищий ризик розвитку апатії, ніж пацієнти з ХА (40 % проти 8 % відповідно) [16—18]. У пацієнтів з СД частіше спостерігаються апатія та розгальмування (дезінгібіція) [19]. Галюциаторний синдром найменш часто виявляють при СД, ніж при ХА та деменції змішаної етіології (ЗД) [5; 16; 17]. Симптом ажитації/агресії є одним з визначальних для госпіталізації пацієнта у психіатричне відділення, оскільки є чинником істотного дистресу в опікунів хворого на деменцію [20; 21]. Також, із збільшенням тривалості основного захворювання, у пацієнтів із помірною та важкою деменцією частота і важкість психотичної симптоматики може збільшуватися [22].

Метою цього дослідження було вивчення клінічних особливостей та клініко-феноменологічних корелятивів НПС при СД помірного та важкого ступеня, порівнюючи з деменціями іншої етіології (ХА, ЗД).

З дотриманням принципів біомедицинської етики та на підставі інформованої згоди обстежено 121 пацієнта, віком від 51 до 95 років, з деменцією помірного та важкого ступеня (5—18 балів за MMSE), що проходили амбулаторне та стаціонарне лікування з приводу нейропсихіатричної симптоматики. Усі досліджувані були поділені за етіологічним типом деменції на три групи: основна група (ОГ) — із СД — 65 пацієнтів (53,7 %), перша група порівняння (ГП1) — з деменцією внаслідок нейродегенеративних захворювань (НДЗ: хвороба Альцгеймера, фронтотемпоральна деменція, хвороба Паркінсона) — 26 пацієнтів (21,5 %) та друга група порівняння (ГП2) з деменцією змішаної етіології — 30 пацієнтів (24,8 %).

Дослідження проводили за допомогою таких методів: клініко-психопатологічний, клініко-анам-

нестичний, психометричний (анкетування з метою виявлення рівня нейрокогнітивного зниження за допомогою Короткої шкали оцінки психічного статусу (Mini-Mental State examination — MMSE), тестування нейропсихіатричної симптоматики за допомогою адаптованого нейропсихіатричного опитувальника (Neuropsychiatric Inventory — NPI), математично-статистичні методи (статистичний аналіз включав визначення зв'язку між якісними характеристиками за точним критерієм Фішера та за критерієм χ^2 Пірсона).

У кожній з досліджуваних груп вивчено частоту певного симптому чи групи симптомів згідно з опитувальником NPI. Ці симптоми поділено на три кластери: психотичні, афективні та поведінкові. До психотичних віднесено маячення та галюцинації, до афективних — ажитацію/агресію, депресію/дисфорію, тривогу, ейфорію та апатію, а до поведінкових — розгальмування, подразливість/лабільність, рухові розлади, порушення сну та зміни харчової поведінки. Частоту виявлення та важкість симптому порівнювали між ОГ та ГП1 і ГП2.

Окрім наявності самого симптому досліджували також його важкість, оскільки лише наявність симптому не може свідчити про його вплив на рівень адаптації пацієнта до життя в соціумі та в родині, а також про рівень дистресу піклувальників. Кожен із симптомів оцінювали відповідно до опитувальника NPI за критеріями важкості перебігу та частоти виникнення. Множенням показників частоти та важкості (за формулою обчислення балів опитувальника NPI) ми отримали числове значення важкості симптому (0—12 балів). Щодо симптомів, які спостерігалися у пацієнта щодня та не змінювалися внаслідок словесної корекції з боку опікунів чи медперсоналу, було визначено їх частоту серед кожної з досліджуваних груп, як таких, що найбільше впливають на здатність пацієнта до адаптації та на рівень дистресу опікунів.

В процесі дослідження встановлено, що в усіх пацієнтів спостерігалися НПС або їх поєднання. Виявлені кореляції у кожному з досліджуваних симптомів між ОГ та ГП1 і ГП2 проілюстровано в таблиці 1.

Між досліджуваними групами статистично значуща різниця у частоті НПС виявлена щодо маячення, апатії, рухових розладів та порушень харчової поведінки.

Досліджуючи психотичні симптоми, ми з'ясували, що серед пацієнтів із НПС при деменції помірного та важкого ступеня частіше спостерігаємо маячний синдром у осіб із СД, ніж у осіб з НДЗ: зокрема, у ОГ частота прояву маячіння становила 76,9 % (50 випадків), а у ГП1 — 53,8 % (14 випадків), різниця підтверджується статистичним опрацюванням ($p = 0,0419$). Серед кластера афективних симптомів статистично значуща різниця виявлена щодо апатії між ОГ та ГП1 ($p = 0,0309$). Частота симптому у пацієнтів із СД становила 55,4 % ($n = 36$), а у пацієнтів із НДЗ — 80,8 % ($n = 21$). Натомість із ГП2 такої різниці не виявлено. Рухові розлади (блукання, метушливість, моторний

неспокій, повторювані дії) у пацієнтів із СД проявлялися достовірно частіше, ніж у пацієнтів із НДЗ (95,4 % та 76,9 % відповідно, $p = 0,0147$). Щодо порушень харчової поведінки — зміна смаків, істотне

зниження чи підвищення апетиту, вживання неїстівних продуктів, то така симптоматика спостерігалася переважно у пацієнтів із НДЗ — 83,3 % ($n = 25$), а найменш часто — при СД: 60,0 % ($n = 39$) ($p = 0,0335$).

Таблиця 1. Частота НПС при деменції важкого та помірного ступеня різної етіології

Основний симптом	ОГ ($n = 65$)	ГП1 ($n = 26$)	ГП2 ($n = 30$)	p
Маячення	76,9 % ($n = 50$)	53,8 % ($n = 14$)*	80,0 % ($n = 24$)	* $p_1 = 0,0419$; $p_2 = 0,7969$
Галюцинації	56,9 % ($n = 37$)	46,2 % ($n = 12$)	60,0 % ($n = 18$)	$p_1 = 0,3643$; $p_2 = 0,8261$
Ажитация/агресія	95,4 % ($n = 62$)	96,2 % ($n = 25$)	86,7 % ($n = 26$)	$p_1 = 1,0$; $p_2 = 0,2018$
Депресія/дисфорія	44,6 % ($n = 29$)	57,7 % ($n = 15$)	53,3 % ($n = 16$)	$p_1 = 0,3535$; $p_2 = 0,5093$
Тривога	89,2 % ($n = 58$)	92,3 % ($n = 24$)	80 % ($n = 24$)	$p_1 = 1,0$; $p_2 = 0,3346$
Ейфорія	9,2 % ($n = 6$)	7,7 % ($n = 2$)	10 % ($n = 3$)	$p_1 = 1,0$; $p_2 = 1,0$
Апатія	55,4 % ($n = 36$)	80,8 % ($n = 21$)*	56,7 % ($n = 17$)	* $p_1 = 0,0309$; $p_2 = 1,0$
Розгальмування	86,2 % ($n = 56$)	84,6 % ($n = 22$)	86,7 % ($n = 26$)	$p_1 = 1,0$; $p_2 = 1,0$
Подразливість/лабільність	98,5 % ($n = 64$)	92,3 % ($n = 24$)	100 % ($n = 30$)	$p_1 = 0,1953$; $p_2 = 1,0$
Рухові розлади	95,4 % ($n = 62$)	76,9 % ($n = 20$)*	93,3 % ($n = 28$)	* $p_1 = 0,0147$; $p_2 = 0,6494$
Порушення сну / Нічні погіршення	93,8 % ($n = 61$)	88,5 % ($n = 23$)	96,7 % ($n = 29$)	$p_1 = 0,403$; $p_2 = 1,0$
Порушення апетиту / Зміни харчової поведінки	60 % ($n = 39$)	76,9 % ($n = 20$)	83,8 % ($n = 25$)*	$p_1 = 0,1506$; * $p_2 = 0,0335$

Примітки. Тут і далі: p_1 — порівняння ОГ і ГП1, p_2 — порівняння ОГ і ГП2, * — порівняння з ОГ, де виявлено статистично значущу різницю ($p \leq 0,05$)

Частота інших НПС статистично значуще не відрізнялася між досліджуваними групами, однак отримані дані є цінними стосовно знань щодо частоти виникнення НПС серед усіх пацієнтів з деменцією. Галюцинаторний синдром при деменції помірного та важкого ступеня спостерігався у 46,2—60,0 % випадків. Інші афективні симптоми, як-от ажитация та агресія, досить часто спостерігалися в усіх досліджуваних групах (за нашими даними, від 86,7 % до 96,2 %). Депресивні/дисфоричні симптоми виявлено у більш ніж половині вибірки (44,6—57,7 %). Тривога виявилася одним з найбільш частих симптомів серед афективного кластера у осіб із НПС при де-

менції помірного та важкого ступеня — від 80,0 % до 92,3 %. Ейфорія — симптом, що спостерігався найменш часто серед афективних — 7,7—10,0 %. Поведінкові симптоми загалом спостерігалися з такою частотою: розгальмування — 84,6—86,7 % випадків; подразливість/лабільність — симптом, що найчастіше був у пацієнтів усіх досліджуваних груп, з частотою від 92,3 % до 100 %; частота порушень сну також була великою в усіх групах: 88,5—96,7 %.

Надалі отримані в процесі нашої роботи дані було згруповано за показником важкості НПС (10—12 балів за NPI) та їх частотою у досліджуваних групах (табл. 2).

Таблиця 2. Частота найважчих за перебігом НПС у пацієнтів з помірною та важкою деменцією (10—12 балів за шкалою NPI)

Основний симптом	ОГ ($n = 65$)	ГП1 ($n = 26$)	ГП2 ($n = 30$)	p
Маячення	55,4 % ($n = 36$)	15,4 % ($n = 4$)*	50 % ($n = 15$)	* $p_1 = 0,0005$; $p_2 = 0,6629$
Галюцинації	20 % ($n = 13$)	11,5 % ($n = 3$)	23,3 % ($n = 7$)	$p_1 = 0,5428$; $p_2 = 0,7884$
Ажитация/ агресія	43,1 % ($n = 28$)	7,7 % ($n = 2$)*	30 % ($n = 9$)*	* $p_1 = 0,0011$; * $p_2=0,0371$
Депресія/ дисфорія	20 % ($n = 13$)	11,5 % ($n = 3$)	16,7 % ($n = 5$)	$p_1 = 0,5428$; $p_2 = 0,7848$
Тривога	26,2 % ($n = 17$)	65,4 % ($n = 17$)*	56,7 % ($n = 17$)*	* $p_1 = 0,0007$; * $p_2=0,0057$
Ейфорія	0 % ($n = 0$)	3,8 % ($n = 1$)	3,3 % ($n = 1$)	$p_1 = 0,2857$; $p_2 = 0,3158$
Апатія	20 % ($n = 13$)	50 % ($n = 13$)*	26,7 % ($n = 8$)	* $p_1 = 0,009$; $p_2 = 0,5954$
Розгальмування	12,3 % ($n = 8$)	7,7 % ($n = 2$)	13,3 % ($n = 4$)	$p_1 = 0,7184$; $p_2 = 1,00$
Подразливість/ лабільність	58,5 % ($n = 38$)	30,8 % ($n = 8$)*	70 % ($n = 21$)	* $p_1 = 0,0211$; $p_2 = 0,3643$
Рухові розлади	43,1 % ($n = 28$)	57,7 % ($n = 15$)	50 % ($n = 15$)	$p_1 = 0,2490$; $p_2 = 0,6580$
Порушення сну / Нічні погіршення	27,7 % ($n = 18$)	38,5 % ($n = 10$)	60 % ($n = 18$)*	$p_1 = 0,3263$; * $p_2 = 0,0034$
Порушення апетиту / Зміни харчової поведінки	9,2 % ($n = 6$)	19,2 % ($n = 5$)	3,3 % ($n = 1$)	$p_1 = 0,2832$; $p_2 = 0,4261$

Під час порівняння найважчих НПС за балами опитувальника NPI статистично достовірну різницю між симптомами у пацієнтів ОГ та обох ГП виявлено щодо більшої кількості симптомів, у інших кореляційних значеннях. Маячіння у найбільш важкому прояві достовірно частіше спостерігається серед пацієнтів із СД, ніж серед пацієнтів з НДЗ ($p = 0,0005$); ажитація/агресія: найвищий рівень важкої, тобто постійної та мало- чи некерованої агресії/ажитації виявився серед пацієнтів із СД, а найнижчий — серед пацієнтів з НДЗ ($p = 0,0011$), і хоча при ЗД рівень цього симптому був середнім проти інших досліджуваних груп, але теж достовірно нижчим, ніж при СД ($p = 0,0371$); тривога у пацієнтів з СД значно рідше проявлялася з найвищими балами NPI, ніж у пацієнтів з НДЗ ($p = 0,0007$) та при ЗД ($p = 0,0057$); апатія при СД у найважчому вияві спостерігалася рідше, ніж при НДЗ ($p = 0,009$), втім, достовірність такої різниці була значущою і при визначенні частоти симптому незалежно від важкості перебігу щодо апатії у пацієнтів із СД та НДЗ; подразливість/лабільність значущо частіше у найважчому вияві спостерігалась у пацієнтів з СД, ніж у пацієнтів з НДЗ ($p = 0,0211$); порушення сну статистично рідше у найбільш важких проявах виявлялися у пацієнтів з СД, ніж у пацієнтів із ЗД ($p = 0,0034$).

За результатами нашого дослідження, структура НПС у пацієнтів із СД характеризувалася такими особ-

ливостями. Щодо психотичного реєстру симптомів, у хворих із СД встановлено тенденцію до нижчої частоти прояву ізольованої галюцинаторної симптоматики — 3,8 %, $n = 2$; на противагу ізольованому маячному чи комбінованому галюцинаторно-маячному синдрому при НДЗ — 17,6 %, $n = 3$ ($p = 0,0918$). Щодо структури маячного синдрому, виявлено тенденцію до меншої частоти прояву маячень загрози при СД (60 %, $n = 30$), ніж при ЗД (83,3 %, $n = 20$) та статистично значуще більшу частоту маячення отруєння у пацієнтів із СД (42 %, $n = 21$), ніж у пацієнтів із ЗД (16,7 %, $n = 4$). Статистично достовірна різниця ($p = 0,0152$) виявлена щодо маячення підміни — воно рідше спостерігалось у пацієнтів з СД (12 %, $n = 6$), ніж при ЗД (37,5 %, $n = 9$). Галюцинаторний синдром статистично відрізнявся за частотою складних зорових галюцинацій: спостерігаються менш часто ($p = 0,0324$) серед пацієнтів із СД (59,5 %, $n = 22$), ніж серед пацієнтів із ЗД (88,9 %, $n = 16$). А також виявлено тенденції щодо частоти простих слухових (менш часто у пацієнтів з СД — 29,7 %, $n = 11$, ніж у пацієнтів з НДЗ — 58,3 %, $n = 7$) та складних слухових галюцинацій (частіше у пацієнтів з СД — 78,4 %, $n = 29$, ніж серед пацієнтів з НДЗ — 50 %, $n = 6$).

Мультиmodalьну різноплановість афективних феноменів при СД вивчали, досліджуючи поєднання окремих ознак емоційних порушень з іншими проявами НПС (табл. 3).

Таблиця 3. Мультиmodalьність афективних симптомів у пацієнтів з деменцією важкого та помірного ступеня різної етіології

Групи	1 симптом	2 симптоми	3 і більше симптомів	p
ОГ ($n = 65$)	15,4 % ($n = 10$)	47,7 % ($n = 31$)*	36,9 % ($n = 24$)*	* $p_1 = 0,0001$; * $p_2 = 0,0089$
ГП1 ($n = 26$)	19,2 % ($n = 5$)	53,8 % ($n = 14$)*	26,9 % ($n = 7$)	* $p_1 = 0,0009$
ГП2 ($n = 30$)	10,0 % ($n = 3$)	50,0 % ($n = 15$)*	40,0 % ($n = 12$)*	* $p_1 = 0,0015$; * $p_2 = 0,0153$
Усі випадки ($n = 121$)	14,9 % ($n = 18$)	49,6 % ($n = 60$)*	35,5 % ($n = 43$)*	* $p_1 = 0,0001$; * $p_2 = 0,0003$

Оскільки, за нашими спостереженнями, в усіх досліджуваних групах найчастішим було поєднання двох афективних симптомів, подальшим доцільним кроком, на нашу думку, було ретельніше розглядати саме таку комбінацію. Однак слід зазначити, що прояви у того самого пацієнта двох симптомів не обов'язково були одночасними, афективна симптоматика могла змінюватися протягом одного дня, тижня чи поєднуватися одразу. Досліджували прояви симптомів афективного кластера, незалежно від того, чи збігалися вони у часі.

Жодних статистично достовірних відмінностей та тенденцій між групами, що вивчали, не спостерігалось щодо симптомів ейфорії та суїцидальних тенденцій. Серед інших НПС можна було виокремити такі статистично достовірні відмінності їх комбінації між досліджуваними групами:

1) Ажитація/агресія Під час вивчення різниці встановлено статистично достовірні відмінності ($p = 0,0357$) частоти виявлення у того самого пацієнта ажитації та апатії, що змінюються за короткий період, між ОГ (52,3 %, $n = 34$) та ГП1 (76,9 %, $n = 20$), тобто

у пацієнтів з НДЗ частіше спостерігалось поєднання цих симптомів проти пацієнтів, що страждають СД.

2) Депресія. Достовірно значущу різницю виявлено серед пацієнтів із поєднанням симптому депресії з апатією (в ОГ — у 51,7 %, $n = 15$, а в ГП1 — у 93,3 %, $n = 14$; $p = 0,0071$) та з маячним синдромом (в ОГ — 82,8 % ($n = 24$), в ГП1 — 46,7 % ($n = 7$); $p = 0,0185$). Тобто пацієнти з СД значно рідше страждали від поєднання депресивних та апатичних симптомів, але частіше страждали поєднанням депресивних та маячних симптомів, якщо порівняти з пацієнтами із деменцією внаслідок НДЗ.

3) Тривога. В процесі вивчення поєднання тривоги із іншими симптомами виявлено такі відмінності у пацієнтів з СД, як порівняти з іншими етіологічними групами деменції: поєднання маячення та тривоги спостерігалось істотно частіше при СД (75,9 %, $n = 44$), ніж при НДЗ (50 %, $n = 12$; $p = 0,0357$).

4) Апатія. Вивчення поєднання апатії та інших НПС дало такі результати: достовірно значуща різниця виявлена щодо поєднання апатії та тривоги у того самого пацієнта (з послідовними або раптовими

змiнами цих станiв, що могли виникати протягом одного дня), що частiше спостерiгалося у пацiєнтiв з СД, нiж у пацiєнтiв iз ЗД (ОГ — 100 %, $n = 36$ та ГП2 — 82,4 %, $n = 14$; $p = 0,029$).

5) Подразливість/лабильність. Встановлено статистично значущу відмінність щодо поєднання подразливості/лабільності та рухових розладів. Частіше таке поєднання спостерігалося серед пацієнтів із СД, ніж у пацієнтів із деменцією внаслідок НДЗ (ОГ — 96,9 %, $n = 62$; ГП1 — 83,3 %, $n = 20$; $p = 0,0448$).

Серед поведінкових розладів у хворих із СД ми виявили такі клініко-феноменологічні кореляти. Дослідження симптомів розгальмування серед пацієнтів з помірним та важким ступенем деменції проводили щодо вербальних, опосередкованих та безпосередніх імпульсивних та недоречних дій сексуального характеру, інших дій, що пов'язані зі статевою поведінкою, роздяганням. Водночас у пацієнтів з СД було зниження проявів статевої поведінки у 55,4 % ($n = 36$), у 30,8 % ($n = 20$) — різні прояви поведінкових недоречностей, пов'язаних з симптомами розгальмування, у решти пацієнтів (13,8 %, $n = 9$) не спостерігалося змін статевої поведінки у стаціонарі чи в анамнезі (зі слів пацієнтів та їх опікунів). Частота виникнення симптомів розгальмування, що виявляються порушенням статевої поведінки, та окремі характеристики цього симптому значущо не відрізнялися між різними етіологічними групами деменції. Зіставлення частоти виникнення конкретних симптомів у цьому дослідженні все ж показує відмінність, яка потребує додаткового дослідження, з більшою вибіркою пацієнтів з порушеннями статевої поведінки як симптому розгальмування при деменції помірного та важкого ступеня.

Маркерами рухових розладів є також стереотипні дії, метушливість, блукання та його аспекти. Серед досліджуваних критеріїв феномена блукання, у пацієнтів із НПС при деменції різного генезу у нашому дослідженні виявлено достовірний зв'язок між кількома характеристиками блукання та його інтенсивністю, залежно від етіологічного типу деменції (дуже висока інтенсивність блукання статистично достовірно ($p = 0,0102$) виявлялася частіше серед пацієнтів з ЗД (21,4 %, $n = 6$), ніж при СД (3,2 %, $n = 2$). Блукання лише у нічний час менш часто ($p = 0,0331$) спостерігалося серед пацієнтів із НДЗ ($n = 0$), ніж у пацієнтів з СД (19,4 %, $n = 12$), а порушення впізнавання та орієнтації у поєднанні з блуканням — найрідше було серед пацієнтів із СД (48,4 %, $n = 30$), ніж в обох групах порівняння (НДЗ — 80,0 %, $n = 16$, $p = 0,0189$; ЗД — 82,1 %, $n = 23$, $p = 0,0027$). Намагання покинути помешкання у пацієнтів з СД (75,8 %, $n = 47$) траплялися достовірно частіше ($p = 0,0486$), ніж поміж пацієнтів із деменцією внаслідок НДЗ (50,0 %, $n = 10$). Виходячи з помешкання, найбільш часто втрачали орієнтири, у зв'язку з чим не могли повернутися додому, пацієнти із ЗД (42,9 %, $n = 12$), що становило достовірну різницю ($p = 0,0375$) з такими ж випадками серед пацієнтів із СД (19,4 %, $n = 12$). Досліджування порушень сну у пацієнтів з НПС при деменції вияви-

ло різницю між пацієнтами з СД та пацієнтами з іншими етіологічними типами деменції щодо блукання серед ночі. У пацієнтів із СД частіше (19,7 %, $n = 12$), ніж у пацієнтів з деменцією внаслідок НДЗ ($n = 0$), спостерігали саме нічні блукання ($p = 0,0309$). Також виявлено статистичну тенденцію щодо різниці ранішніх прокидань між пацієнтами із СД (13,1 %, $n = 8$) та ЗД ($n = 0$).

Серед досліджуваних аспектів порушень харчової поведінки у пацієнтів з СД та груп порівняння, виявлено статистично достовірну різницю щодо вживання неїстівних продуктів — статистично рідше ($p = 0,0143$) поміж пацієнтів із СД (2,6 %, $n = 1$), ніж серед пацієнтів із НДЗ (25 %, $n = 5$) та щодо зміни харчових звичок внаслідок виявлених маячних мотивів — частіше ($p = 0,0219$) спостерігається у пацієнтів із СД (33,3 %, $n = 13$), ніж серед пацієнтів із деменцією внаслідок НДЗ (5,0 %, $n = 1$).

Іншим, важливим для практичної діяльності, аспектом поведінкових змін є відмова від ліків пацієнта із НПС при деменції помірного та важкого ступеня. У нашому дослідженні частота цього феномена виявилася досить високою і статистично відрізняється найбільше ($p = 0,0079$) між пацієнтами із СД (70,8 %, $n = 46$), та пацієнтами з деменцією внаслідок НДЗ (38,5 %, $n = 10$).

Проведене дослідження пацієнтів із НПС дало змогу встановити особливості перебігу та психофеноменологію цієї симптоматики при СД та порівняти з деменціями іншої етіології. Отримані результати свідчать про високу частоту НПС у хворих на деменцію, що визначає подальший перебіг захворювання та можливість ефективно проводити терапевтичні заходи. Усі обстежені пацієнти мали один або одночасно кілька НПС, до того ж важливими для вивчення є як прояв окремої ознаки, так і поєднання кількох симптомів. Частота та важкість окремих НПС у пацієнтів з СД важкого та помірного ступеня є відмінними щодо цих же проявів серед пацієнтів з деменцією інших етіологічних груп. Водночас більше статистично значущих відмінностей встановлено щодо важкості перебігу цих симптомів, аніж щодо частоти їх вияву. Відмінність між частотою вияву симптому, незалежно від важкості перебігу, та частотою найважчих за перебігом НПС може свідчити про те, що оцінка симптоматики лише за її маніфестацією є, на нашу думку, недостатнім критерієм для розуміння перебігу СД та її ускладнень. Проте, важливим аспектом досліджень надалі може також бути вивчення змін важкості перебігу конкретних симптомів, навчання опікунів — як розрізняти та реагувати на ці зміни, що надасть можливість завчасно купірувати прогнозовані ускладнення. З іншого боку — з метою ефективного застосування фармакологічних засобів в менеджменті НПС при СД варто критично оцінювати саме ту симптоматику, яку треба лікувати у конкретний період захворювання, щоб уникнути додаткових ускладнень та покращити якість життя пацієнта та його піклувальників, не обтяжуючи додатково недоцільними

медикаментозними засобами. Тож саме такий розподіл НПС за важкістю може бути дієвим інструментом для оцінки потреби у психофармакологічних інтервенціях.

Отже, визначення клінічних особливостей НПС при СД та їх психофеноменологічних кореляцій є важливим інструментом для повнішої оцінки психічного стану пацієнта та критерієм для прийняття ефективних рішень у питаннях надання медичної допомоги такій вразливій групі пацієнтів, як-от люди з деменцією.

Список літератури

1. World Health Organization. Dementia. 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
2. The Late Stage of Abnormal Aging: Dementia / [Gao S., Wang Y., Ma T., Zhang J.] // In: Zhang Z. (eds) Cognitive Aging and Brain Health. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2023. Vol. 1419. Springer, Singapore. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-99-1627-6_12.
3. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Different Dementia Disorders: A Large-Scale Study of 10,000 Individuals / E. Schwertner, J. Pereira, H. Xu [et al.] // *Journal of Alzheimer's Disease*. 2022. Vol. 87, no. 3, pp. 1307—1318. DOI: 10.3233/JAD-215198.
4. Effects of neuropsychiatric symptoms of dementia on reductions in activities of daily living in patients with Alzheimer's disease / Okabe K., Nagata T., Shinagawa S. [et al.] // *Geriatr Gerontol Int*. 2020. Vol. 20 (6). P. 584—588. DOI: 10.1111/ggi.13918.
5. Neuropsychiatric symptoms and subsyndromes in patients with different stages of dementia in primary care follow-up (NeDEM project): a cross-sectional study / García-Martín V., de Hoyos-Alonso M. C., Ariza-Cardiel G. [et al.] // *BMC Geriatr*. 2022. Vol. 22(1). P. 71. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02762-9>.
6. Emotion Regulation in Dementia Caregiving: The Role of Neuropsychiatric Symptoms and Attachment Orientation / Brandão T., Brites R., Hipólito J. [et al.] // *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2023; 0(0). DOI: 10.1177/08919887231195228.
7. Radue R., Walaszek A., Asthana S. Neuropsychiatric symptoms in dementia // *Handbook of Clinical Neurology*. Chapter 24. 2019. Vol. 167. P. 437—454. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804766-8.00024-8>.
8. Art Walaszek. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Washington, DC; American Psychiatric Association Publishing; 2020; ISBN 978-1-61537-168-6; pp 269.
9. Behavioural and psychological symptoms in neurocognitive disorders: Specific patterns in dementia subtypes / Réka Majer, Viktória Simon, László Csiba [et al.] // *Open Med*. 2019; 14: 307—316. DOI: 10.1515/med-2019-0028.
10. BPSD Patterns in Patients With Severe Neuropsychiatric Disturbances: Insight From the RECASE Study / Emmanuel Cognat, Séverine Sabia, Alexandra Fayel [et al.] // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2023. Vol. 31, Issue 82023, P. 633—639. DOI: 10.1016/j.jagp.2023.03.014.
11. Злобін О. О. Сталі комплекси нейропсихіатричної симптоматики, притаманні хворим з судинною деменцією з різною локалізацією вогнищ ураження головного мозку // *Український вісник психоневрології*. 2020. Т. 28, вип. 3 (104). С. 44—50. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is3-2020-7>.

12. Savulich G., O'Brien J. T., Sahakian B. J. Are neuropsychiatric symptoms modifiable risk factors for cognitive decline in Alzheimer's disease and vascular dementia? // *The British Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 216 (1). P. 1—3. DOI: 10.1192/bjp.2019.98. PMID: 31036096.

13. Cummings Jeffrey. The Role of Neuropsychiatric Symptoms in Research Diagnostic Criteria for Neurodegenerative Diseases // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2021. Vol. 29, Issue 4, P. 375—383. PMID: 32819825.

14. Estimation of the epidemiology of dementia and associated neuropsychiatric symptoms by applying machine learning to real-world data / Javier Mar, Ania Gorostiza, Arantzazu Arrospe [et al.] // *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. 2021. Vol. 15, Issue 3. P. 167—175. DOI: 10.1016/j.rpsm.2021.03.001.

15. Bergh S. & Selbæk G. The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia // *Norsk Epidemiologi*. 2012. Vol. 22(2). P. 225—232. DOI: <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1570>.

16. Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer Disease, Vascular Dementia, and Mixed Dementia / Anor C. J.; O'Connor S.; Saund A. [et al.] // *Neurodegener. Dis*. 2017. Vol. 17. P. 127—134. DOI: 10.1159/000455127.

17. Neuropsychiatric symptoms (NPS) in patients with pure vascular dementia (VaD) and mixed dementia (MD) from a memory outpatient clinic in Southeast Brazil / José Ibiapina Siqueira-Neto, Octávio Marques Pontes-Neto, Francisco de Assis Carvalho do Vale [et al.] // *Dement Neuropsychol*. 2013. Vol. 7(3). P. 263—268. DOI: 10.1590/S1980-57642013DN70300006.

18. Neuropsychiatric profiles in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia / Tushar Kanti Bandyopadhyay, Atanu Biswas, Arijit Roy [et al.] // *Ann Indian Acad Neurol*. 2014. Vol. 17(3). P. 325—330. DOI: 10.4103/0972-2327.138520.

19. Tiel C., Sudo F. K., Calmon A. B. Neuropsychiatric symptoms and executive function impairments in Alzheimer's disease and vascular dementia: The role of subcortical circuits // *Dement. Neuropsychol*. 2019. Vol. 13 (3). P. 293—298. DOI: 10.1590/1980-57642018dn13-030005.

20. Neuropsychiatric symptoms associated with family caregiver burden and depression / Lais Lopes Delfino, Ricardo Shoitl Komatsu, Caroline Komatsu [et al.] // *Dement Neuropsychol*. 2021. Vol. 15(1). P. 128—135. DOI: 10.1590/1980-57642021dn15-010014.

21. Regier N. G., Hodgson N. A., Gitlin L. N. Neuropsychiatric symptom profiles of community-dwelling persons living with dementia: Factor structures revisited // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020. Vol. 35(9). P. 1009—1020. DOI: 10.1002/gps.5323.

22. Neuropsychiatric symptoms and subsyndromes in patients with different stages of dementia in primary care follow-up (NeDEM project): a cross-sectional study / García-Martín V., de Hoyos-Alonso M. C., Ariza-Cardiel G. [et al.] // *BMC Geriatr*. 2022. Vol. 22(1). P. 71. DOI: 10.1186/s12877-022-02762-9.

References

1. World Health Organization. *Dementia*. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
2. Gao, S., Wang, Y., Ma, T., Zhang, J. (2023). The Late Stage of Abnormal Aging: Dementia. In: Zhang, Z. (eds) *Cognitive Aging and Brain Health. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 1419. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-99-1627-6_12.

3. Schwertner E, Pereira JB, Xu H, Secnik J, Winblad B, Eriksdotter M, Nägga K, Religa D. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Different Dementia Disorders: A Large-Scale Study of 10,000 Individuals. *J Alzheimers Dis*. 2022;87(3):1307-1318. doi: 10.3233/JAD-215198. PMID: 35491774; PMCID: PMC9198804.
4. Okabe K, Nagata T, Shinagawa S, Inamura K, Tagai K, Nukariya K, Shigeta M. Effects of neuropsychiatric symptoms of dementia on reductions in activities of daily living in patients with Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int*. 2020 Jun;20(6):584-588. doi: 10.1111/ggi.13918. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32232948.
5. García-Martín V, de Hoyos-Alonso MC, Ariza-Cardiel G, Delgado-Puebla R, García-Domingo P, Hernández-Melo E, de Haro-de Torres JL, Del Cura-González I. Neuropsychiatric symptoms and subsyndromes in patients with different stages of dementia in primary care follow-up (NeDEM project): a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2022 Jan 22;22(1):71. doi: 10.1186/s12877-022-02762-9. PMID: 35065615; PMCID: PMC8783993.
6. Brandão T, Brites R, Hipólito J, Nunes O, Tomé Pires C. Emotion Regulation in Dementia Caregiving: The Role of Neuropsychiatric Symptoms and Attachment Orientation. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2023;0(0). doi: 10.1177/08919887231195228.
7. Radue R, Walaszek A, Asthana S. Neuropsychiatric symptoms in dementia. *Handb Clin Neurol*. 2019;167:437-454. doi: 10.1016/B978-0-12-804766-8.00024-8. PMID: 31753148.
8. Art Walaszek. *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. Washington, DC; American Psychiatric Association Publishing; 2020; ISBN 978-1-61537-168-6; pp 269.
9. Majer R, Simon V, Csiba L, Kardos L, Frecska E, Hortobágyi T. Behavioural and Psychological Symptoms in Neurocognitive Disorders: Specific Patterns in Dementia Subtypes. *Open Med (Wars)*. 2019 Apr 4;14:307-316. doi: 10.1515/med-2019-0028. PMID: 30997394; PMCID: PMC6463819.
10. Cognat E, Sabia S, Fayel A, Lilamand M, Handels R, Fascendini S, Bergh S, Frisoni GB, Fabbo A, Tsolaki M, Frölich L, Peters O, Merlo P, Ciccone A, Mecocci P, Dumurgier J, Defanti CA, Hugon J, Paquet C. BPSD Patterns in Patients With Severe Neuropsychiatric Disturbances: Insight From the RECAGE Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2023 Aug;31(8):633-639. doi: 10.1016/j.jagp.2023.03.014. Epub 2023 Apr 23. PMID: 37183097.
11. Zlobin O. O. Stali kompleksy neiropsykhiatrychnoi symptomatyky, pry tamanni khvorym z sudynnoi dementsiieu z riznoiu lokalizatsiieu vohnyshch urazhennia holovnoho mozku [Stable complexes of neuropsychiatric symptoms in patients with vascular dementia with different localization of brain pathological focuses]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2020. T. 28, vyp. 3 (104). S. 44—50. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is3-2020-7>. (In Ukrainian).
12. Savulich G, O'Brien JT, Sahakian BJ. Are neuropsychiatric symptoms modifiable risk factors for cognitive decline in Alzheimer's disease and vascular dementia? *Br J Psychiatry*. 2020 Jan;216(1):1-3. doi: 10.1192/bjp.2019.98. PMID: 31036096.
13. Cummings J. The Role of Neuropsychiatric Symptoms in Research Diagnostic Criteria for Neurodegenerative Diseases. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021 Apr;29(4):375-383. doi: 10.1016/j.jagp.2020.07.011. Epub 2020 Jul 27. PMID: 32819825; PMCID: PMC7855689.
14. Mar J, Gorostiza A, Arrospe A, Larrañaga I, Alberdi A, Cernuda C, Iruin Á, Tainta M, Mar-Barrutia L, Ibarrodo O. Estimation of the epidemiology of dementia and associated neuropsychiatric symptoms by applying machine learning to real-world data. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2021 Mar 25;S1888-9891(21)00032-X. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2021.03.001. PMID: 33774222.
15. Bergh S, & Selbæk G. (2012). The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Norsk Epidemiologi*, 22(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1570>.
16. Anor CJ, O'Connor S, Saund A, Tang-Wai DF, Keren R, Tartaglia MC. Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer Disease, Vascular Dementia, and Mixed Dementia. *Neurodegener Dis*. 2017; 17(4-5):127-134. doi: 10.1159/000455127. Epub 2017 Mar 1. PMID: 28245482.
17. Siqueira-Neto JI, Pontes-Neto OM, do Vale FAC, Dos Santos JV, Sales PMG, Dos Santos JV, Santos AC. Neuropsychiatric Symptoms (NPS) in patients with pure Vascular Dementia (VaD) and Mixed Dementia (MD) from a memory outpatient clinic in southeast Brazil. *Dement Neuropsychol*. 2013 Jul-Sep;7(3):263-268. doi: 10.1590/S1980-57642013DN70300006. PMID: 29213849; PMCID: PMC5619197.
18. Bandyopadhyay TK, Biswas A, Roy A, Guin DS, Gango-padhyay G, Sarkhel S, Ghoshal MK, Senapati AK. Neuropsychiatric profiles in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Ann Indian Acad Neurol*. 2014 Jul;17(3):325-30. doi: 10.4103/0972-2327.138520. PMID: 25221405; PMCID: PMC4162022.
19. Tiel C, Sudo FK, Calmon AB. Neuropsychiatric symptoms and executive function impairments in Alzheimer's disease and vascular dementia: The role of subcortical circuits. *Dement Neuropsychol*. 2019 Jul-Sep;13(3):293-298. doi: 10.1590/1980-57642018dn13-030005. PMID: 31555401; PMCID: PMC6753905.
20. Delfino LL, Komatsu RS, Komatsu C, Neri AL, Cachioni M. Neuropsychiatric symptoms associated with family caregiver burden and depression. *Dement Neuropsychol*. 2021 Jan-Mar; 15(1):128-135. doi: 10.1590/1980-57642021dn15-010014. PMID: 33907606; PMCID: PMC8049583.
21. Regier NG, Hodgson NA, Gitlin LN. Neuropsychiatric symptom profiles of community-dwelling persons living with dementia: Factor structures revisited. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020 Sep;35(9):1009-1020. doi: 10.1002/gps.5323. Epub 2020 May 26. PMID: 32363605; PMCID: PMC8942615.
22. García-Martín V, de Hoyos-Alonso MC, Ariza-Cardiel G, Delgado-Puebla R, García-Domingo P, Hernández-Melo E, de Haro-de Torres JL, Del Cura-González I. Neuropsychiatric symptoms and subsyndromes in patients with different stages of dementia in primary care follow-up (NeDEM project): a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2022 Jan 22;22(1):71. doi: 10.1186/s12877-022-02762-9. PMID: 35065615; PMCID: PMC8783993.

Надійшла до редакції 13.11.2023

Відомості про авторів:

ДЗІСЬ Мирослава Олегівна, асистент кафедри*; e-mail: myroslavadzis@gmail.com

РАХМАН Людмила Володимирівна, доктор медичних наук, професор кафедри*; e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

* — кафедра психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Information about the authors:

MYROSLAVA Dzis, MD, Assistant Professor of Department**, e-mail: myroslavadzis@gmail.com

RAKHMAN Lyudmyla, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department**, e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

** — Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of Danylo Halytskyi's Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine