

Мудренко І. Г., Мудренко В. Ю., Вахнюк М. С.

Сумський державний університет, медичний інститут (м. Суми)

Порушення мовлення у хворих з суїцидальною поведінкою за різних типів деменцій

В усьому світі деменції перебувають в центрі наукових інтересів психіатрів та неврологів, оскільки належать до найпоширеніших захворювань психіки у похилому та старечому віці. Мовлення — найважливіша когнітивна функція, що відіграє комунікативну роль. Порушення мовлення, виражені у значному ступені, часто спричиняють професійну та соціально-побутову дезадаптацію навіть якщо немає розладів інших когнітивних функцій. Анатомічно за функцію мовлення відповідає так звана зона Брока (задня частина нижньої лобової звивини) та зона Верніке (задня частина верхньої скроневої звивини). Ураження цих ділянок мозку патологічним (нейродегенеративним чи судинним процесом) викликає порушення мовлення (афазії). Афазія передбачає розлади різних мовленнєвих рівнів: усного мовлення, розуміння зверненого мовлення, читання та письма. Здебільшого відбувається порушення усіх складників мовлення. Ураження скронево-тім'яних ділянок призводить до різних розладів розуміння мови, а при патології лобних часток первинно порушується здатність виражати думки за допомогою висловлювань. Також афазії супроводжують нейродегенеративні захворювання, як-от хвороба Альцгеймера (ХА), лобово-скронева дегенерація, кортикобазальна дегенерація тощо. Відомо, що розлади мовлення є другим за частотою зустрічальності симптомом деменцій, після когнітивної дисфункції. При ХА формується первинна афазія, яка прогресує та має нетиповий характер і численні мовленнєві порушення, через відсутність «фокального ураження» мовленнєвих зон мозку, як за інсульту. На початковій стадії нейродегенеративного процесу страждає семантична пам'ять, внаслідок чого пацієнти забувають назви предметів, можуть замінити назви предметів іншими словами, подібними за співзвучністю (парафазія), вповільнюється темп мовлення (брадилалія), спостерігаються повтори (стереотипії). На пізній стадії ХА хворі не впізнають предмети і не намагаються їх назвати, спостерігається відсутність мовлення (мутизм). З огляду на численні порушення мовлення у пацієнтів з когнітивною дисфункцією, ми вважаємо за доцільне дослідити особливості цих порушень у пацієнтів з суїцидальною поведінкою (СП) при етіо-

патогенетично різних типах деменцій — при ХА, судинній деменції (СД) та змішаній деменції (ЗД).

Методи. Досліджено мовленнєві порушення у пацієнтів з деменцією при ХА, СД, ЗД з суїцидальною поведінкою за допомогою клініко-психопатологічного методу. Обстежено 203 пацієнти, включно з 75 з деменцією при ХА, 73 — із СД та 60 — із ЗД. Пацієнти були поділені за чинником наявності/відсутності ознак СП на основну та контрольну групи.

У результаті дослідження встановлено, що у пацієнтів із СД переважала стереотипність усного мовлення (69,23 % — в основній та 76,47 % — в контрольній групі). В основній групі також виявлялися брадилалія (53,85 %), моторна (38,46 %) та акустико-мнестична афазії (35,90 %). У контрольній групі провідними були акустико-мнестична та оптико-мнестична афазії (50,00 % та 47,06 % відповідно). Порушення письмового мовлення було представлено дизграфією (28,21 % — в основній та 38,24 % — у контрольній групі). Пацієнти з СП при СД відрізнялися від контрольної групи переважанням брадилалії (ДК = -2,21; MI = 0,24; $p \leq 0,05$). Порушення мовної функції в пацієнтів із ХА були представлені стереотипністю (88,89 % — в основній та 97,44 % — в контрольній групі). Пацієнти з СП характеризувалися наявністю уповільнення темпу мовлення (47,22 %), (ДК = -3,11; MI = 0,38; $p \leq 0,01$). Порушення усного мовлення виявлялися наявністю акустико-мнестичної (50,00 % — для основної та 58,97 % — для контрольної групи), оптико-мнестичної (41,67 % — для основної та 43,59 % — для контрольної групи) та семантичної (36,11 % — для основної та 23,08 % — для контрольної групи) афазій. Порушення письмового мовлення були представлені переважно дизграфією (27,78 % — для основної та 23,08 % — для контрольної групи).

Клініко-психопатологічний аналіз порушення мовної функції в пацієнтів зі змішаною деменцією продемонстрував переважання стереотипності мовлення. У 63,33 % пацієнтів із СП серед порушень усного мовлення переважала брадилалія (ДК = -2,79; MI = 0,42; $p \leq 0,01$). Порушення усного мовлення виявлялися наявністю різного роду афазій, серед яких найбільш представлені оптикомнестична

та акустико-мнестична. Порушення письмового мовлення було представлено дизграфією та дизлексією, що виявлялися порушенням здатності писати правильно слова за формою і за смислом та порушенням процесу впізнавання літер у словах.

Висновки.

За результатами дослідження бачимо, що спроби суїциду в пацієнтів із деменціями пов'язані з поганими соціальними комунікаціями, звуженням кола спілкування та порушенням міжособистісних відносин.

Для пацієнтів із деменціями є характерним, поряд з порушенням когнітивних функцій, інших вищих психічних функцій, розпад мовленнєвої сфери. Пацієнти з СП за різних типів деменцій (при ХА, СД,

ЗД) мають специфічні особливості порушень в сфері мовлення.

Діагностичними ознаками СП при ХА в сфері мовних функцій є стереотипність мовлення (ДК = 4,15; МІ = 0,43), наявність сенсорної афазії (ДК = 4,15; МІ = 0,43).

Визначені такі діагностичні ознаки СП при ЗД в сфері мовних функцій — наявність сенсорної та оптико-мнестичної афазії (ДК = 5,29; МІ = 0,81 та ДК = 2,65; МІ = 0,34 відповідно).

Специфічних діагностичних ознак СП при СД в сфері мовлення визначено не було. Отримані дані є прогностичними ознаками СП при деменціях та можуть бути використані для розроблення програми нейрокогнітивної реабілітації.