

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

К. В. Шевченко-Битенский
Реабилитация пациентов с галлюцинаторно-параноидной расстройством 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 реабілітації (ПКПР), що базується на принципах комплексного, диференційованого та особистісно-орієнтованого підходу 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 ПКПР пацієнтів з ГПР при ЗД.

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

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

The study involved 72 patients with hallucinatory-paranoid disorders (HPD) in mixed dementia, who were included in the main group. 61 patients with mixed dementia without psychotic disorders participated in control group. The study of the clinical and psychopathological manifestations of HPD and the characteristics of cognitive impairment in mixed dementia allowed the development of the program of comprehensive personalized psychosocial rehabilitation based on the principles of a comprehensive, differentiated and personality-oriented approach, and includes a combination of biological and psychosocial effects on all etiopathogenetic links in the development and progression of mixed dementia. The main targets in the developing system of therapy and rehabilitation were: non-cognitive psychopathological disorders, cognitive disorders, psychosocial deficiency, concomitant somatic and neurological diseases. Effectiveness has been proven of the developed program of therapy and rehabilitation of patients with HPD in mixed dementia.

Keywords: mixed dementia, hallucinatory-paranoid disorders, psychopathological manifestations, cognitive impairment, therapy, psychosocial rehabilitation

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 деменції, 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-

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 прогредієнтність 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 Стюдента (t) і точним методом Фішера з оцінювання 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, ускладненою ГПР, серед параноїдних і параноїдальних 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/неспань (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 %, $p < 0,01$).

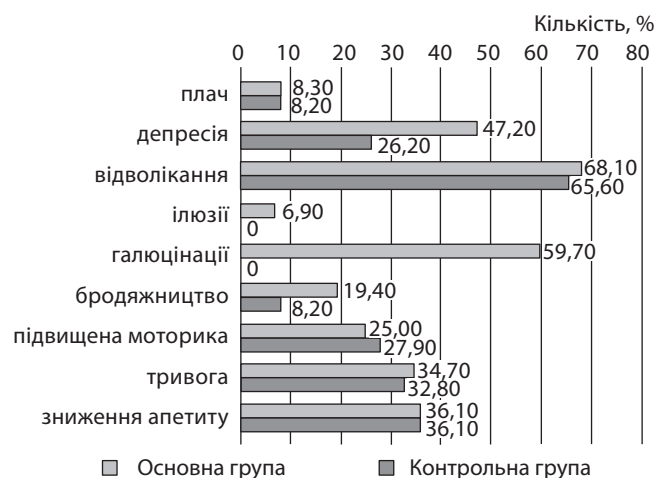


Рис. 1. Порівняння особливостей некогнітивних психопатологічних розладів у пацієнтів з ГПР та без психотичних розладів при ЗД

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 (МоСа)	48,6 ± 5,3	39,3 ± 5,1
Порушення зорово-конструктивних навичок (МоСа і MMSE)	37,5 ± 4,3	37,7 ± 5,0
Порушення зорово-конструктивних навичок (МоСа)	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 (МоСа 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 (МоСа)	88,9 ± 11,0	75,4 ± 8,2
Порушення відтермінованого відтворення, пов'язане з порушеннями кодування (МоСа)	83,3 ± 10,4*	63,9 ± 7,1
Порушення уваги		
Порушення стійкості (рухливість (відволікання, інертність) і виснаженість) уваги (МоСа)	55,6 ± 6,2	45,9 ± 5,6
Порушення концентрації уваги (МоСа і MMSE)	70,8 ± 8,3 *	50,8 ± 6,0
Порушення мови (порушення здатності обмінюватися інформацією за допомогою висловлювань)		
Помилки в повторенні фраз (МоСа і MMSE)	69,4 ± 8,1 *	52,5 ± 6,1
Порушення швидкості мови (МоСа)	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 (МоСа, 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) (МоСа і MMSE)	66,7 ± 7,7	65,6 ± 7,3
Порушення орієнтації в просторі або місці перебування (країна, місто, вулиця, установа) (МоСа 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> : тіоридазин 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	
Мішені 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	
Мішені 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, чищенні 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; — психоосвітний 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 церебролізину 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 помірне 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, $p < 0,01$).

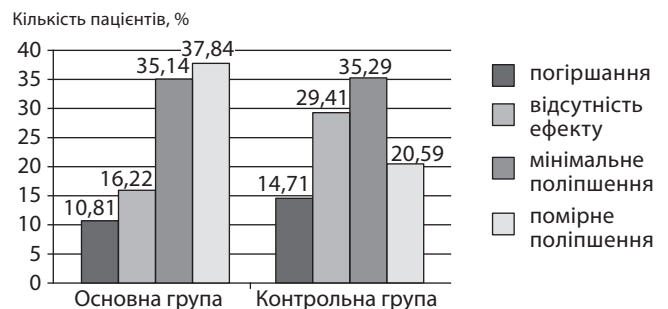


Рис. 2. Динаміка когнітивних функцій серед пацієнтів з ГПР при ЗД під впливом терапії і реабілітації

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

- 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=>.
- World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia: London, 2010. URL: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2010>.
- Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція / за ред. А. О. Гаврилюк. К., 2016. 57 с.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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>.
- Левин О. С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. М.: Медпрессинформ, 2010. 186 с.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Pruszyński J. Non-cognitive symptoms of dementia // Medyczn. 2015. Vol. 7. P. 477—481.
- 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: 10.1097/00019442-19991001-00147.
- 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

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