

О. О. Злобін

СТАЛІ КОМПЛЕКСИ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ, ПРИТАМАННІ ХВОРИМ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ З РІЗНОЮ ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ ВОГНИЩ УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

А. А. Злобин

Устойчивые комплексы нейропсихиатрической симптоматики, присущие больным с сосудистой деменцией с различной локализацией очагов поражения головного мозга

О. О. Zlobin

Stable complexes of neuropsychiatric symptoms in patients with vascular dementia with different localization of brain pathological focuses

Мета дослідження — визначити сталі комплекси нейропсихіатричної симптоматики, притаманні хворим з судинною деменцією з різною локалізацією вогниць ураження головного мозку.

Було обстежено 157 осіб із діагнозом судинна деменція. До групи 1 увійшли 22 особи із локалізацією патологічного процесу у лобовій частці, до групи 2 — 18 пацієнтів із ураженням скроневі частки, до групи 3 — 17 пацієнтів із ураженням тім'яної частки, до групи 4 — 15 пацієнтів із ураженням потиличної частки, до групи 5 — 68 осіб із тотальним ураженням головного мозку. Всі контингенти — постінсультні хворі віком понад 50 років, середній вік — 68,12 роки.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-інструментальний, експериментально-психологічний, анамнестичний, клініко-статистичний.

Визначено сталі комплекси (кластери) нейропсихіатричної симптоматики, притаманні хворим з судинною деменцією при різній локалізації вогниць ураження головного мозку.

Виявлені такі стійкі асоціації «локалізація — кластер»: лобова частка — субпсихотичний кластер (марення — галюцинації — ейфорія — ажитация — депресія); скронева частка — астеноанкіозний кластер (тривога — дратівливість — ажитация — порушення сну — апатія); тім'яна частка — збудливо-депресивний кластер (депресія — ажитация — дратівливість — порушення сну); потилична частка — афектоцентричний кластер (тривога — депресія — ажитация — дратівливість); тотальне ураження — астенопатоеаторний кластер (апатія — дратівливість — ажитация — тривога — марення).

Виявлені асоціації дають змогу впевнено визначити характер очікуваної нейропсихіатричної симптоматики негайно після отримання даних нейровізуалізації стосовно локалізації вогниць ураження, що створює оптимальні умови для своєчасного формування програми відповідних терапевтичних втручань.

Ключові слова: судинна деменція, психопатологія, афективні симптоми, нейропсихіатричні симптоми, гериатрична психіатрія

Цель исследования — определить устойчивые комплексы нейропсихиатрической симптоматики, присущие больным с сосудистой деменцией с различной локализацией очагов поражения головного мозга.

Было обследовано 157 человек с диагнозом сосудистая деменция. В группу 1 вошли 22 человека с локализацией патологического процесса в лобной доле, в группу 2 — 18 пациентов с поражением височной доли, в группу 3 — 17 пациентов с поражением теменной доли, в группу 4 — 15 пациентов с поражением затылочной доли, в группу 5 — 68 человек с тотальным поражением головного мозга. Все контингенты — постинсультные больные старше 50 лет, средний возраст — 68,12 года.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-инструментальный, экспериментально-психологический, анамнестический, клинико-статистический.

Определены устойчивые комплексы (кластеры) нейропсихиатрической симптоматики, присущие больным с сосудистой деменцией при различной локализации очагов поражения головного мозга.

Вывявлены следующие устойчивые ассоциации «локализация — кластер»: лобная доля — субпсихотический кластер (бред — галлюцинации — эйфория — ажитация — депрессия); височная доля — астеноанкиозный кластер (тревога — раздражительность — ажитация — нарушение сна — апатия) теменная доля — возбуждающе-депрессивный кластер (депрессия — ажитация — раздражительность — нарушение сна) затылочная доля — афектоцентрический кластер (тревога — депрессия — ажитация — раздражительность) тотальное поражение — астенопатоеаторный кластер (апатия — раздражительность — ажитация — тревога — бред).

Вывявленные ассоциации позволяют уверенно определять характер ожидаемой нейропсихиатрической симптоматики немедленно после получения данных нейровизуализации относительно локализации очага поражения, создает оптимальные условия для своевременного формирования программы соответствующих терапевтических вмешательств.

Ключевые слова: сосудистая деменция, психопатология, аффективные симптомы, нейропсихиатрические симптомы, гериатрическая психиатрия

The aim of the study was to determine the stable complexes of neuropsychiatric symptoms inherent in patients with vascular dementia with different localization of brain damage.

157 people with a diagnosis of vascular dementia were examined. Group 1 included 22 people with localization of the pathological process in the frontal lobe, group 2 — 18 patients with lesions of the temporal lobe, group 3 — 17 patients with lesions of the parietal lobe, group 4 — 15 patients with lesions of the occipital lobe, group 5 — 68 people with total defeat. All contingents are post-stroke patients over 50 years old, the average age is 68.12 years.

Research methods: clinical-psychopathological, clinical-instrumental, experimental-psychological, anamnestic, clinical-statistical.

The stable complexes (clusters) of neuropsychiatric symptoms inherent in patients with vascular dementia with different localization of brain lesions were determined.

Revealing the following stable associations "localization — cluster": frontal lobe — subpsychotic cluster (delusion — hallucinations — euphoria — agitation — depression); temporal lobe — asthenoaanxious cluster (anxiety — irritability — agitation — sleep disturbances — apathy); parietal lobe — excitable-depressive cluster (depression — agitation — irritability — sleep disturbances); occipital lobe — affectocentric cluster (anxiety — depression — agitation — irritability); total defeat — asthenopathoideatoric cluster (apathy — irritability — agitation — anxiety — delirium).

The identification of the association allows one to confidently determine the nature of the expected neuropsychiatric symptoms immediately after obtaining neuroimaging data regarding the localization of the lesion, which creates optimal conditions for the timely formation of a program of appropriate therapeutic interventions.

Key words: vascular dementia, psychopathology, affective symptoms, neuropsychiatric symptoms, geriatric psychiatry

Психопатологічна симптоматика є майже універсальною при деменціях різного генезу. Крім того, легкі порушення поведінки часто бувають першими симптомами деменції, проявляючись клінічно ще до того, як маніфестує погіршення когнітивних функцій [1].

Понад 90 % людей з деменцією відчують нейропсихіатричні симптоми, які часто спричиняють неабиякий дистрес і можуть призвести до ранньої інституціоналізації, зниження якості життя, збільшення частоти відвідування закладів спеціалізованої допомоги, а також ставати причинами підвищеного рівня стресу і поганого самопочуття в осіб, що здійснюють догляд за такими хворими [2].

Презентація психопатологічної симптоматики різниться залежно від типів деменції, а частота презентації подібної симптоматики може змінюватись залежно від стадій деменції. На ранніх стадіях хвороби, зокрема, переважають депресія, дезінгібіція, апатія та порушення сну, а прогресування хвороби призводить до збільшення частоти появи психопатологічних симптомів, як-от марення, галюцинацій та агресії [3–5]. При судинній деменції розлади сну, збудження, депресія та тривожність не пов'язані з конкретною стадією захворювання [6].

У популяційних дослідженнях, що оцінювали частоту симптомів у людей з деменцією, апатія була симптомом, що спостерігається найчастіше, за яким, до того ж, йшли депресія та збудження/агресія. Варто також зазначити, що більша частина пацієнтів із деменцією, що ставали суб'єктами популяційних досліджень, мали хворобу Альцгеймера, хоча також у деяких дослідженнях були обстежені люди із судинною деменцією, деменцією при хворобі Паркінсона та інші [7–9].

Отже, можна зазначити, що незважаючи на необхідність встановлення взаємозв'язків між психопатологічною симптоматикою при судинних деменціях та локалізацією патологічного процесу, так само як необхідність комплексного оцінювання взаємовпливу нейропсихіатричної симптоматики при конкретній локалізації судинних деменцій, пошукові роботи у цьому напрямку найчастіше або розглядали загальну психопатологію, що супроводжує судинну деменцію, або психопатологію при ураженні однієї окремої зони чи борозни мозку.

Мета дослідження — визначити сталі комплекси (кластери) нейропсихіатричної симптоматики, притаманні хворим з судинною деменцією при різній локалізації вогнищ ураження головного мозку.

Дослідження проведено на базі Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1, де було обстежено 157 осіб із діагнозом судинна деменція. Усі пацієнти, що взяли участь у дослідженні, відповідали критеріям включення та надали на це усвідомлену інформовану згоду. Клінічний діагноз судинна деменція було встановлено за уніфікованими критеріями МКХ-10.

Після оцінювання локалізації судинних уражень за допомогою комп'ютерної томографії та/або магнітно-резонансної томографії у обстежених контингентах було сформовано п'ять груп. До групи 1 (Г1) увійшли 22 особи із локалізацією патологічного процесу переважно у лобовій частці головного мозку. Група 2 (Г2) складалася із 18 пацієнтів із переважним ураженням скроневої частки головного мозку, група 3 (Г3) —

із 17 пацієнтів із переважним ураженням тім'яної частки головного мозку, група 4 (Г4) — із 15 пацієнтів із переважним ураженням потиличної частки головного мозку. В усіх хворих із Г1 — Г4 судинна деменція розвинулася внаслідок перенесеного інсульту. До групи 5 (Г5) увійшли 68 осіб із тотальним ураженням головного мозку внаслідок множинних поліфокальних інсультів (ушкоджено три або більше відділів головного мозку), або дисциркуляторної енцефалопатії.

Рівень вираженості психопатології оцінювали із застосуванням опитувальника NPI (J. L. Cummings, M. Mega, K. Gray et al., 1994). Для встановлення взаємовпливу нейропсихіатричної симптоматики в межах кожної з груп виконували обчислення рангових кореляцій Спірмена.

Проведено кореляційний аналіз нейропсихіатричних симптомів (за даними, одержаними у попередніх дослідженнях) всередині кожної з груп осіб із різною локалізацією патологічного процесу з метою виокремити кластери взаємопов'язаної психопатології.

Субшкали, за якими у жодного з пацієнтів групи не виявлено ознак психопатології, було виключено з матриці нейропсихіатричної симптоматики відповідних груп.

Кореляційні зв'язки вважали сильними при $r > 0,75$, помірно сильними при $r = 0,51—0,75$, помірними при $r = 0,25—0,49$ та слабкими при $r < 0,25$. Отримані результати вважали достовірними при $p < 0,05$ [16].

Виявлено та описано такі кореляційні взаємозв'язки між психопатологічними проявами в осіб із Г1 із переважним ураженням лобових часток (табл. 1):

— для марення (компонент А шкали NPI) встановлено сильні кореляційні зв'язки з галюцинаціями ($r = 0,89, p < 0,05$), ажитацією ($r = 0,81, p < 0,05$), депресією ($r = 0,98, p < 0,05$) та ейфорією ($r = 0,89, p < 0,05$). Визначено також помірно сильний зв'язок марення з дратівливістю ($r = 0,66, p < 0,05$) та помірний — з тривогою ($r = 0,46, p < 0,05$) та порушеннями сну ($r = 0,49, p < 0,05$). Усі виявлені кореляції були достовірними;

— для галюцинацій (компонент В шкали NPI) встановлено сильні кореляційні зв'язки з депресією ($r = 0,78, p < 0,05$) та ейфорією ($r = 0,99, p < 0,05$). Виявлені помірно сильні зв'язки галюцинацій з ажитацією ($r = 0,74, p < 0,05$), тривогою ($r = 0,55, p < 0,05$) та дратівливістю ($r = 0,58, p < 0,05$), а також помірний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,44, p < 0,05$);

— для ажитації (компонент С шкали NPI) виявлено сильний кореляційний зв'язок із депресією ($r = 0,79, p < 0,05$), дратівливістю ($r = 0,97, p < 0,05$) та порушенням сну ($r = 0,77, p < 0,05$). Також встановлено наявність помірно сильного зв'язку між ажитацією та ейфорією ($r = 0,74, p < 0,05$) та помірного між ажитацією і тривогою ($r = 0,44, p < 0,05$);

— для депресії (компонент D шкали NPI) виявлено сильний кореляційний зв'язок із ейфорією ($r = 0,78, p < 0,05$). Також встановлено наявність помірно сильного зв'язку із дратівливістю ($r = 0,66, p < 0,05$) та помірного із тривогою ($r = 0,46, p < 0,05$) та порушеннями сну ($r = 0,49, p < 0,05$);

— для тривоги (компонент E шкали NPI) встановлено помірні кореляційні зв'язки із ейфорією ($r = 0,49, p < 0,05$), дратівливістю ($r = 0,35$) та порушеннями сну ($r = 0,28$);

Таблиця 1. Величини кореляцій нейропсихіатричної симптоматики в Г1

Компонент NPI	A	B	C	D	E	F	I	K
A (марення)	1							
B (галюцинації)	0,89	1						
C (ажитація)	0,81	0,74	1					
D (депресія)	0,98	0,78	0,79	1				
E (тривога)	0,46	0,55	0,44	0,46	1			
F (ейфорія)	0,89	0,99	0,74	0,78	0,49	1		
I (дратівливість)	0,66	0,58	0,97	0,66	0,35	0,58	1	
K (сон)	0,49	0,44	0,77	0,49	0,28	0,44	0,80	1

Примітка. Тут і далі: темно-сірим кольором означено кореляційний зв'язок $r > 0,75$; сірим кольором — кореляційний зв'язок $r = 0,51—0,75$; світло-сірим — кореляційний зв'язок $r = 0,25—0,49$. Напівжирним шрифтом виокремлено достовірні величини коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$)

— для ейфорії (компонент F шкали NPI) встановлено помірно сильний кореляційний зв'язок із дратівливістю ($r = 0,58, p < 0,05$), а також помірний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,44, p < 0,05$);

— для дратівливості (компонент I шкали NPI) встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,80, p < 0,05$).

Отже, у Г1 можемо констатувати формування субпсихотичного кластера нейропсихіатричних симптомів, що містить найбільш взаємопов'язані компоненти NPI (сильна пряма кореляція, $r > 0,74$ для кожної кореляційної пари симптомів всередині кластера): марення — галюцинації — ейфорія — ажитация — депресія (депресивна симптоматика в структурі цього кластера може або мати психотичне забарвлення та проявлятися симультанно з рештою симптомів, або ж становити постпсихотичну реакцію на погіршення психічного стану).

Виявлено та описано такі кореляційні взаємозв'язки між психопатологічними проявами в осіб із Г2 із переважним ураженням скроневих часток (табл. 2):

— для марення (компонент A шкали NPI) встановлено помірно сильні кореляційні зв'язки з галюцинаціями ($r = 0,69, p < 0,05$) та депресією ($r = 0,73, p < 0,05$). Було виявлено також помірний зв'язок марення з дратівливістю ($r = 0,25$), тривогою ($r = 0,43$), апатією ($r = 0,43$) та ажитацией ($r = 0,43$). З порушеннями сну встановлено вкрай слабкий зв'язок ($r = 0,09$);

— для галюцинацій (компонент B шкали NPI) встановлено помірні кореляційні зв'язки з ажитацией ($r = 0,27$), депресією ($r = 0,47$), тривогою ($r = 0,27$) та апатією ($r = 0,27$). Виявлені слабкий прямий зв'язок з дратівливістю ($r = 0,13$), а також слабкий зворотний зв'язок із порушеннями сну ($r = -0,15$);

— для ажитация (компонент C шкали NPI) виявлено сильний кореляційний зв'язок із тривогою ($r = 1,00$), дратівливістю ($r = 0,78, p < 0,05$) та апатією ($r = 1,00$). Також встановлено наявність помірно сильного зв'язку між ажитацией та депресією ($r = 0,60, p < 0,05$) та між ажитацией і порушеннями сну ($r = 0,71, p < 0,05$);

— для депресії (компонент D шкали NPI) виявлено наявність помірно сильного кореляційного зв'язку із тривогою ($r = 0,60, p < 0,05$) та апатією ($r = 0,60, p < 0,05$), а також помірного із дратівливістю ($r = 0,40$) та порушеннями сну ($r = 0,34$);

— для тривоги (компонент E шкали NPI) встановлено сильні кореляційні зв'язки із апатією ($r = 1,00$) та дратівливістю ($r = 0,78, p < 0,05$), а також помірно сильний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,71, p < 0,05$);

— для апатії (компонент G шкали NPI) встановлено сильний кореляційний зв'язок із дратівливістю ($r = 0,78, p < 0,05$), а також помірно сильний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,71, p < 0,05$);

— для дратівливості (компонент I шкали NPI) встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,78, p < 0,05$).

Таблиця 2. Величини кореляцій нейропсихіатричної симптоматики в Г2

Компонент NPI	A	B	C	D	E	G	I	K
A (марення)	1							
B (галюцинації)	0,69	1						
C (ажитація)	0,43	0,27	1					
D (депресія)	0,73	0,47	0,60	1				
E (тривога)	0,43	0,27	1,00	0,60	1			
G (апатія)	0,43	0,27	1,00	0,60	1,00	1		
I (дратівливість)	0,25	0,13	0,78	0,40	0,78	0,78	1	
K (сон)	0,09	-0,15	0,71	0,34	0,71	0,71	0,78	1

Отже, у Г2 можемо констатувати формування астеноанкіозного кластера нейропсихіатричних симптомів, що містить найбільш взаємопов'язані компоненти NPI (сильна пряма кореляція, $r > 0,71$ для кожної кореляційної пари симптомів всередині кластера): тривога — дратівливість — ажитація — порушення сну — апатія. Цей кластер нейропсихіатричної симптоматики виникає, найбільш імовірно, внаслідок швидкого виснаження нервової системи через патологію її органічного субстрату при збереженні можливостей до швидкого, хоча й короткотривалого, функціонального відновлення.

Виявлено та описано такі кореляційні взаємозв'язки між психопатологічними проявами в осіб із Г3 з переважним ураженням тим'яних часток (табл. 3):

— для марення (компонент А шкали NPI) встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок з апатією ($r = 1,00$), а також помірно сильний кореляційний зв'язок з галюцинаціями ($r = 0,68, p < 0,05$), ажитацією ($r = 0,65, p < 0,05$), депресією ($r = 0,65, p < 0,05$), тривогою ($r = 0,68, p < 0,05$), з дратівливістю ($r = 0,56, p < 0,05$), порушеннями сну ($r = 0,56, p < 0,05$) та харчової поведінки ($r = 0,68, p < 0,05$);

— для галюцинацій (компонент В шкали NPI) встановлено сильний кореляційний зв'язок з тривогою ($r = 1,00$) та порушеннями харчової поведінки ($r = 1,00$). Були виявлені помірно сильні зв'язки галюцинацій з апатією ($r = 0,68, p < 0,05$), а також помірні зв'язки із ажитацією ($r = 0,45$), депресією ($r = 0,45$), дратівливістю ($r = 0,38$) та порушеннями сну ($r = 0,38$);

— для ажитації (компонент С шкали NPI) виявлено сильний кореляційний зв'язок із депресією ($r = 1,00$), дратівливістю ($r = 0,92, p < 0,05$) та порушеннями сну ($r = 0,76, p < 0,05$). Також встановлено наявність помірно сильного зв'язку між ажитацією та апатією ($r = 0,65, p < 0,05$) та помірного — між ажитацією і тривогою ($r = 0,45$) та порушенням харчової поведінки ($r = 0,45$);

— для депресії (компонент D шкали NPI) виявлено сильний кореляційний зв'язок із дратівливістю ($r = 0,92, p < 0,05$) та порушеннями сну ($r = 0,76, p < 0,05$). Також встановлено наявність помірно сильного зв'язку з апатією ($r = 0,65, p < 0,05$) та помірного — із тривогою ($r = 0,45$) та порушенням харчової поведінки ($r = 0,45$);

— для тривоги (компонент E шкали NPI) встановлено сильний зв'язок з порушенням харчової поведінки ($r = 1,00$), помірно сильний — з апатією ($r = 0,68, p < 0,05$) та помірні кореляційні зв'язки із дратівливістю ($r = 0,38$) та порушеннями сну ($r = 0,38$);

— для апатії (компонент G шкали NPI) встановлено помірно сильний кореляційний зв'язок із дратівливістю ($r = 0,56, p < 0,05$), із порушеннями сну ($r = 0,56, p < 0,05$), а також з порушеннями харчової поведінки ($r = 0,68, p < 0,05$);

— для дратівливості (компонент I шкали NPI) встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,94, p < 0,05$) та помірний — з порушенням харчової поведінки ($r = 0,38$);

— для порушення сну (компонент K шкали NPI) встановлено помірний кореляційний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,38$).

Таблиця 3. Величини кореляцій нейропсихіатричної симптоматики в Г3

Компонент NPI	A	B	C	D	E	G	I	K	L
A (марення)	1								
B (галюцинації)	0,68	1							
C (ажитація)	0,65	0,45	1						
D (депресія)	0,65	0,45	1,00	1					
E (тривога)	0,68	1,00	0,45	0,45	1				
G (апатія)	1,00	0,68	0,65	0,65	0,68	1			
I (дратівливість)	0,56	0,38	0,92	0,92	0,38	0,56	1		
K (сон)	0,56	0,38	0,76	0,76	0,38	0,56	0,94	1	
L (порушення харчової поведінки)	0,68	1,00	0,45	0,45	1,00	0,68	0,38	0,38	1

Отже, у Г3 можемо констатувати формування збудливо-депресивного кластера нейропсихіатричних симптомів, що містить найбільш взаємопов'язані компоненти NPI (сильна пряма кореляція, $r > 0,76$ для кожної кореляційної пари симптомів всередині кластера): депресія — ажитація — дратівливість — порушення сну. Цей кластер психопатології, очевидно, виникає при тривалому збудженні та перенапруженні психічних процесів на фоні депресивного афекту.

Виявлено та описано такі кореляційні взаємозв'язки між психопатологічними проявами в осіб із Г4 з переважним ураженням потиличних часток (табл. 4):

— для марення (компонент А шкали NPI) встановлено сильний кореляційний зв'язок з ажитацією ($r = 0,82, p < 0,05$), дратівливістю ($r = 0,99, p < 0,05$) та з тривогою ($r = 0,99, p < 0,05$). Виявлено також помірно сильний

зв'язок марення з галюцинаціями ($r = 0,53, p < 0,05$), депресією ($r = 0,73, p < 0,05$), апатією ($r = 0,53, p < 0,05$), ейфорією ($r = 0,53, p < 0,05$) та порушеннями сну ($r = 0,71, p < 0,05$). Усі виявлені кореляції були достовірними;

— для галюцинацій (компонент В шкали NPI) встановлено сильні кореляційні зв'язки з апатією ($r = 1,00$) та ейфорією ($r = 1,00$). Були виявлені помірно сильні зв'язки галюцинацій з дратівливістю ($r = 0,53, p < 0,05$) та порушеннями сну ($r = 0,68, p < 0,05$), а також помірний зв'язок із ажитацією ($r = 0,44$), тривогою ($r = 0,44$) та депресією ($r = 0,44$);

— для ажитації (компонент С шкали NPI) виявлено сильний кореляційний зв'язок із депресією ($r = 0,99, p < 0,05$), тривогою ($r = 0,82, p < 0,05$) та дратівливістю ($r = 0,83, p < 0,05$). Також встановлено наявність помірно сильного зв'язку між ажитацією і порушенням

сну ($r = 0,65, p < 0,05$), та помірного — між ажитацією та ейфорією ($r = 0,44$) і апатією ($r = 0,44$);

— для депресії (компонент *D* шкали NPI) встановлено наявність помірно сильного зв'язку із дратівливістю ($r = 0,74, p < 0,05$), із тривогою ($r = 0,73, p < 0,05$) та порушеннями сну ($r = 0,64, p < 0,05$), а також помірного кореляційного зв'язку із ейфорією ($r = 0,44$) та апатією ($r = 0,44$);

— для тривоги (компонент *E* шкали NPI) встановлено сильний кореляційний зв'язок з дратівливістю ($r = 0,99, p < 0,05$), помірно сильний — із порушеннями сну ($r = 0,71, p < 0,05$) та помірні кореляційні зв'язки із ейфорією ($r = 0,44$) та апатією ($r = 0,44$);

— для ейфорії (компонент *F* шкали NPI) встановлено помірно сильний кореляційний зв'язок із дратівливістю ($r = 0,53, p < 0,05$), та із порушеннями сну ($r = 0,68, p < 0,05$), а також сильний зв'язок із апатією ($r = 1,00$);

— для апатії (компонент *G* шкали NPI) встановлено помірно сильний кореляційний зв'язок із дратівливістю ($r = 0,53, p < 0,05$), а також із порушеннями сну ($r = 0,68, p < 0,05$);

— для дратівливості (компонент *I* шкали NPI) встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,78, p < 0,05$).

Отже, у Г4 можемо констатувати формування афектоцентричного кластера нейропсихіатричних симптомів, що містить найбільш взаємопов'язані компоненти NPI (сильна пряма кореляція, $r > 0,73$ для кожної кореляційної пари симптомів всередині кластера): тривога — депресія — ажитація — дратівливість. Цей кластер психопатології містить широкий спектр девіацій емоційної сфери, що в сукупності формують інтенсивну патоафективну насиченість клінічної картини хворих із Г4.

Таблиця 4. Величини кореляцій нейропсихіатричної симптоматики в Г4

Компонент NPI	A	B	C	D	E	F	G	I	K
A (марення)	1								
B (галюцинації)	0,53	1							
C (ажитація)	0,82	0,44	1						
D (депресія)	0,73	0,44	0,99	1					
E (тривога)	0,99	0,44	0,82	0,73	1				
F (ейфорія)	0,53	1,00	0,44	0,44	0,44	1			
G (апатія)	0,53	1,00	0,44	0,44	0,44	1,00	1		
I (дратівливість)	0,99	0,53	0,83	0,74	0,99	0,53	0,53	1	
K (сон)	0,71	0,68	0,65	0,64	0,71	0,68	0,68	0,78	1

Виявлено та описано такі кореляційні взаємозв'язки між психопатологічними проявами в осіб із Г5 із тотальним ураженням головного мозку (табл. 5):

— для марення (компонент *A* шкали NPI) встановлено сильні кореляційні зв'язки з ажитацією ($r = 0,87, p < 0,05$), з дратівливістю ($r = 0,80, p < 0,05$), та з тривогою ($r = 0,80, p < 0,05$). Виявлено також помірно сильний зв'язок марення та депресії ($r = 0,65, p < 0,05$), апатії ($r = 0,72, p < 0,05$), та порушень сну ($r = 0,53, p < 0,05$), а також помірний — з галюцинаціями ($r = 0,31, p < 0,05$). Усі виявлені кореляції були достовірними;

— для галюцинацій (компонент *B* шкали NPI) виявлені помірні кореляційні зв'язки з ажитацією ($r = 0,36, p < 0,05$), тривогою ($r = 0,25, p < 0,05$), апатією ($r = 0,43, p < 0,05$) та дратівливістю ($r = 0,39, p < 0,05$), а також

слабкий зв'язок з депресією ($r = 0,20$) та із порушеннями сну ($r = 0,17$);

— для ажитації (компонент *C* шкали NPI) виявлено сильний кореляційний зв'язок із апатією ($r = 0,83, p < 0,05$) та дратівливістю ($r = 0,92, p < 0,05$). Також встановлено наявність помірно сильного зв'язку між ажитацією та депресією ($r = 0,56, p < 0,05$), тривогою ($r = 0,70, p < 0,05$) та помірного — між ажитацією і порушеннями сну ($r = 0,46, p < 0,05$);

— для депресії (компонент *D* шкали NPI) виявлено сильний кореляційний зв'язок із тривогою ($r = 0,81, p < 0,05$) та порушенням сну ($r = 0,81, p < 0,05$). Також встановлено наявність помірно сильного зв'язку із дратівливістю ($r = 0,52, p < 0,05$) та помірного — із апатією ($r = 0,47, p < 0,05$);

Таблиця 5. Величини кореляцій нейропсихіатричної симптоматики в Г5

Компонент NPI	A	B	C	D	E	G	I	K
A (марення)	1							
B (галюцинації)	0,31	1						
C (ажитація)	0,87	0,36	1					
D (депресія)	0,65	0,20	0,56	1				
E (тривога)	0,80	0,25	0,70	0,81	1			
G (апатія)	0,72	0,43	0,83	0,47	0,58	1		
I (дратівливість)	0,80	0,39	0,92	0,52	0,64	0,90	1	
K (сон)	0,53	0,17	0,46	0,81	0,66	0,38	0,42	1

— для тривоги (компонент *E* шкали NPI) встановлено помірно сильні кореляційні зв'язки із апатією ($r = 0,58, p < 0,05$), дратівливістю ($r = 0,64, p < 0,05$) та порушеннями сну ($r = 0,66, p < 0,05$);

— для апатії (компонент *G* шкали NPI) встановлено сильний кореляційний зв'язок із дратівливістю ($r = 0,90, p < 0,05$), а також помірний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,38, p < 0,05$);

— для дратівливості (компонент *I* шкали NPI) встановлено помірний прямий кореляційний зв'язок із порушеннями сну ($r = 0,42, p < 0,05$).

Отже, у Г5 можемо констатувати формування астенопатоеаторного кластера нейропсихіатричних симптомів, що містить найбільш взаємопов'язані компоненти NPI (сильна пряма кореляція, $r > 0,70$ для кожної кореляційної пари симптомів всередині кластера): апатія — дратівливість — ажитація — тривога — марення. Цей кластер психопатології дещо нагадує астеноанкіозний кластер, характерний для Г2, проте в цьому випадку психастенізація має більш тотальний характер, а до типових проявів астенії додаються маревні компоненти.

Отримані дані свідчать про те, що серед досліджуваних груп найбільш консолідований симптомокомплекс притаманний особам із ураженням лобових часток. Подібну яскраву позитивну симптоматику найчастіше описують в структурі галюцинаторно-параноїдних розладів при судинній деменції [10].

Спостерігається певна схожість симптомокомплексів, характерних для ураження тім'яних часток і для тотальної дисфункції головного мозку. Основними патопсихологічними симптомами, характерними для цих груп (Г2 та Г5), виявилися апатія, дратівливість, ажитація та тривога. Подібний спектр нейропсихіатричної симптоматики при таких локалізаціях ураження був виявлений й іншими авторами [11, 12]. Така симптоматика, з одного боку — є досить поширеною, а з другого — найбільш резистентною при судинних деменціях.

Іншими міцно пов'язаними між собою нейропсихіатричними симптомами виявилися депресія та порушення сну, що найяскравіше представлені при ураженні скроневих та потиличних часток головного мозку, хоча і в різному аранжуванні — для ушкодження скроневих часток характерне по'єднання депресії та порушень сну із ажитацією та дратівливістю, тоді як для ушкодження потиличної частки найбільш значущими виявились кореляції з тривоги.

Варто зазначити, що така масивна психопатологічна симптоматика веде до суттєвого зниження якості життя у хворих із судинною деменцією при відсутності своєчасних психокорекційних та/або психофармакологічних втручань [13].

Загалом отримані у цієї роботи результати узгоджуються з іншими дослідженнями щодо нейропсихіатричної симптоматики у хворих на судинну деменцію із різною локалізацією уражень [12, 14], хоча Левада О. А. зі співавторами найміцніше пов'язаними порушеннями визнавали апатію, депресію та синдроми виконавчої дисфункції, незалежно від локалізації ураження [15].

Узагальнюючи наведені дані, треба наголосити таке.

В результаті проведеного дослідження визначено сталі комплекси (кластери) нейропсихіатричної симптоматики, притаманні хворим з судинною деменцією

при різній локалізації вогнищ ураження головного мозку.

Виявлені такі стійкі асоціації «локалізація — кластер»:

— **лобова частка — субпсихотичний кластер:** марення — галюцинації — ейфорія — ажитація — депресія (депресивна симптоматика в структурі цього кластера може мати психотичне забарвлення та проявлятися симультанно з рештою симптомів, або ж становити постпсихотичну реакцію на погіршення психічного стану);

— **скронева частка — астеноанкіозний кластер:** тривога — дратівливість — ажитація — порушення сну — апатія (цей кластер нейропсихіатричної симптоматики виникає, найбільш імовірно, внаслідок швидкого виснаження нервової системи через патологію її органічного субстрату при збереженні можливостей до швидкого, хоча й короткотривалого, функціонального відновлення);

— **тім'яна частка — збудливо-депресивний кластер:** депресія — ажитація — дратівливість — порушення сну (цей кластер психопатології, очевидно, виникає при тривалому збудженні та перенапруженні психічних процесів на фоні депресивного афекту);

— **потилична частка — афектоцентричний кластер:** тривога — депресія — ажитація — дратівливість (цей кластер психопатології містить широкий спектр девіацій емоційної сфери, що в сукупності формують інтенсивну патоафективну насиченість клінічної картини у хворих цієї категорії);

— **тотальне ураження — астенопатоеаторний кластер:** апатія — дратівливість — ажитація — тривога — марення (цей кластер психопатології дещо нагадує астеноанкіозний кластер, проте в цьому випадку психастенізація має більш тотальний характер, а до типових проявів астенії додаються маревні компоненти).

Виявлені асоціації дають змогу впевнено визначити характер очікуваної нейропсихіатричної симптоматики негайно після отримання даних нейровізуалізації стосовно локалізації вогнища ураження, що створює оптимальні умови для своєчасного формування програми відповідних терапевтичних втручань.

Список літератури

1. Mild behavioral impairment as a marker of cognitive decline in cognitively normal older adults / Creese B., Brooker H., Ismail Z. [et al.] // The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2019. Vol. 27 (8). P. 823—834. DOI: 10.1016/j.jagp.2019.01.215.
2. The progression of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease during a five-year follow-up: Kuopio ALSOVA Study / Hallikainen I., Hongisto K., Välimäki T. [et al.] // Journal of Alzheimer's Disease. 2018. Vol. 61, no. 4. P. 1367—1376. DOI: 10.3233/JAD-170697.
3. Course of neuropsychiatric symptoms in dementia: 5-year longitudinal study / Vik-Mo AO, Giil L M, Ballard C. [et al.] // International journal of geriatric psychiatry. 2018. Vol. 33, no. 10. P. 1361—1369. DOI: 10.1002/gps.4933.
4. Frailty in Older Adults with Mild Dementia: Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease / Borda M. G., Soennesyn H., Steves C. J. [et al.] // Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra. 2019. Vol. 9, no. 1. P. 176—183. DOI: 10.1159/000496537.
5. Poulin S. P., Bergeron D., Dickerson B. C. Risk factors, neuro-anatomical correlates, and outcome of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease // Journal of Alzheimer's Disease. 2017. Vol. 60, no. 2. P. 483—493. DOI: 10.3233/JAD-160767.

6. Linnemann C., Lang U. E. Pathways Connecting Late-Life Depression and Dementia // *Frontiers in Pharmacology*. 2020. Vol. 11. P. 279. DOI: 10.3389/fphar.2020.00279.

7. The individual course of neuropsychiatric symptoms in people with Alzheimer's and Lewy body dementia: 12-year longitudinal cohort study / Vik-Mo A. O., Giil L. M., Borda M. G. [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 216, no. 1. P. 43—48. DOI: 10.1192/bjp.2019.195.

8. Survival time and differences between dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease following diagnosis: A meta-analysis of longitudinal studies / Mueller C., Soysal P., Rongve A. [et al.] // *Ageing research reviews*. 2019. Vol. 50. P. 72—80. DOI: 10.1016/j.arr.2019.01.005.

9. Time course of neuropsychiatric symptoms and cognitive diagnosis in National Alzheimer's Coordinating Centers volunteers / Wise E. A., Rosenberg P. B., Lyketsos C. G., Leoutsakos J.-M. // *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*. 2019. Vol. 11. P. 333—339. DOI: 10.1016/j.dadm.2019.02.006.

10. Шевченко-Бітенський К. В. Клініко-психопатологічна структура галюцинаторно-параноїдних розладів при судинних деменціях помірного ступеня тяжкості // *Український вісник психоневрології*. 2019. Т. 27, вип. 2 (99). С. 63—67. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2019_27_2_16.

11. A comparison of psychiatric symptoms in vascular dementia and Alzheimer's disease / Sultzer D. L., Levin H. S., Mahler M. E. [et al.] // *The American journal of psychiatry*. 1993. Vol. 150, Issue 12. P. 1806—1812. DOI: 10.1176/ajp.150.12.1806.

12. Deardorff W. J., Grossberg G. T. Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia // *Handbook of clinical neurology*. Elsevier, 2019. Vol. 165. P. 5—32. DOI: 10.1016/B978-0-444-64012-3.00002-2.

13. Аймаєдов К. В., Волощук Д. А. Оцінка ефективності комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів з судинною деменцією // *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 3. С. 20—27. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_3_6.

14. O'Brien J. T., Thomas A. Vascular dementia // *The Lancet*. 2015. Vol. 386, no. 10004. P. 1698—1706. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00463-8.

15. Левада О. А. Специфічний когнітивно-психопатологічний синдромокомплекс етапів розвитку субкортикальної судинної деменції // *Архів психіатрії*. 2013. Т. 19, № 3. С. 27—32. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2013_19_3_5.

16. Шкала Чеддока. URL: <http://math.semestr.ru/corel/cheddok.php>.

Надійшла до редакції 15.06.2020

ЗЛОБІН Олександр Олександрович, аспірант кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ZLOBIN Oleksandr, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Narcology, and Medical Psychology of the Medical Faculty of V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine