

*К. В. Шевченко-Бітенський*  
**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИХ РОЗЛАДІВ  
 ПРИ СУДИННИХ ДЕМЕНЦІЯХ ПОМІРНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ**

*К. В. Шевченко-Битенский*  
**Клинико-психопатологические структура галлюцинаторно-параноидных расстройств  
 при сосудистых деменциях умеренной степени тяжести**

*K. V. Shevchenko-Bitensky*  
**Clinical-psychopathological structure of hallucinatory-paranoid disorders during vascular dementia  
 of moderate degrees of severity**

Було обстежено 41 пацієнт з судинною деменцією в середній стадії розвитку зі змішаною корково-підкірковою дисфункцією з галюцинаторно-параноїдними симптомами (основна група). Контрольну групу склали 34 пацієнти з судинною деменцією в середній стадії розвитку без галюцинаторно-параноїдних розладів. Встановлені закономірності клініко-психопатологічних проявів галюцинаторно-параноїдних розладів у хворих з судинною деменцією в середній стадії розвитку, які можна розглядати як діагностичні критерії оцінки клініко-психопатологічної структури галюцинаторно-параноїдних розладів при цій патології.

**Ключові слова:** деменція, галюцинаторно-параноїдні симптоми, клініко-психопатологічні прояви

Был обследован 41 пациент с сосудистой деменцией на средней стадии развития со смешанной корково-подкорковой дисфункцией с галлюцинаторно-параноидными симптомами (основная группа). Контрольную группу составили 34 пациента с сосудистой деменцией на средней стадии развития без галлюцинаторно-параноидных расстройств. Установлены закономерности клинико-психопатологических проявлений галлюцинаторно-параноидных расстройств у больных с сосудистой деменцией на средней стадии развития, которые можно рассматривать в качестве диагностических критериев оценки клинико-психопатологической структуры галлюцинаторно-параноидных расстройств при данной патологии.

**Ключевые слова:** деменция, галлюцинаторно-параноидные симптомы, клинико-психопатологические проявления

41 patients with vascular dementia in the medium stage of development with mixed cortical and subcortical dysfunction with hallucinatory-paranoid symptoms (main group) were examined. The control group consisted of 34 patients with vascular dementia in the medium stage of development without hallucinatory-paranoid disorders. The patterns of clinical and psychopathological manifestations of hallucinatory-paranoid disorders in patients with vascular dementia in the medium stage of development were established, which can be considered as diagnostic criteria for assessing the clinical and psychopathological structure of hallucinatory-paranoid disorders in this pathology.

**Keywords:** dementia, hallucinatory-paranoid symptoms, clinical and psychopathological manifestations

Центральною проблемою клінічної психіатрії є органічні психічні розлади, як-от, зокрема, судинні деменції (СД), в зв'язку з їх поширеністю, патоморфозом, соціально-економічними наслідками, до яких призводять вказані захворювання [1]. У світі налічується приблизно 35,6 млн людей з деменцією, щороку реєструється 7,7 млн нових випадків захворювання [1—3]. Згідно з даними світової статистики, СД за поширеністю посідають друге місце після деменції внаслідок хвороби Альцгеймера [1, 3]. В країнах Європи близько 1,2 млн хворих страждають СД, а до 2050 року їхня кількість досягне 2,8 млн [3, 4]. Подібна тенденція спостерігається і в Україні [4, 5].

В цей час на лікування і догляд за пацієнтами з деменцією в усьому світі щороку витрачають понад 604 млрд доларів США [3]. Деменція є однією з основних причин інвалідизації людей похилого віку [5].

Всесвітня організація охорони здоров'я визнає деменцію як один з пріоритетів громадської охорони здоров'я [4, 6]. В травні 2017 року Всесвітня асамблея охорони здоров'я схвалила «Глобальний план дій сектора охорони здоров'я з реагування на деменцію на 2017—2025 рр.», який передбачає підвищення поінформованості людей щодо причин і перебігу деменції; зниження ризику розвитку деменції завдяки удосконаленню діагностики та лікування деменції [6, 7]. У зв'язку з цим все частіше постає питання диференціальної діагностики клініко-психопатологічних проявів СД, особливо це стосується СД, ускладнених галюцинаторно-параноїдними розладами.

Згідно з даними літератури, поширеність психічних розладів серед хворих з деменцією становить від 4 % до 20 % [8, 9]. Частота цих розладів коливається при різних ступенях важкості захворювання. Найменш вивченою ця патологія є при помірній та тяжкій СД, що й зумовлює актуальність дослідження.

Мета дослідження — визначити клініко-психопатологічну структуру галюцинаторно-параноїдних розладів при судинних деменціях помірною ступеня тяжкості (ПСТ).

Вивчення клініко-психопатологічної структури галюцинаторних і параноїдних розладів у хворих на СД ПСТ було проведено на вибірці 41-го пацієнта зі змішаною корково-підкірковою дисфункцією з галюцинаторно-параноїдними симптомами — F01.3, що склали основну групу. Як контрольна група в дослідженні брали участь 34 пацієнти з СД (F01.3) ПСТ, не ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами.

Для реалізації мети та завдань дослідження був використаний комплекс методів дослідження, що включав клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою поведінкових розладів (Bahav-AD), нейропсихіатричним опитувальником (NPI) та некогнітивними секціями шкали оцінки хвороби Альцгеймера (ADAS-Non Cog) та методи статистичної обробки даних [10—14].

Результати вивчення психопатологічних і поведінкових розладів у хворих на СД ПСТ, проведеного за допомогою шкали поведінкових розладів Bahav-AD (табл. 1) свідчать, що у хворих на СД з групи параноїдних і параноїдних розладів переважали маревні ідеї матеріального збитку, обману та ревнощів.

Таблиця 1. Особливості психопатологічної симптоматики і поведінкових розладів у хворих з СД ПСТ

Психопатологічна симптоматика і поведінкові розлади	Основна група	Контрольна група
	% ± m %	
<b>Параноїдні і паранояльні розлади:</b>		
Маячні висловлювання: «Крадуть речі»	26,8 ± 2,5**	—
Маячні висловлювання: «Будинок не є його будинком»	2,4 ± 0,8	—
Чоловік/дружина (або інший доглядач) є самозванцем	—	—
Маячні висловлювання з приводу відмови від хворого (наприклад, направлення в стаціонар)	7,3 ± 1,2	—
Маячні висловлювання про нечесність	21,9 ± 2,1**	—
Підозрілість (паранояльні ідеї) (інші)	—	—
Маячні настанови (інші)	17,1 ± 1,6**	—
<b>Галюцинації:</b>		
Зорові	9,8 ± 1,3	—
Слухові	19,5 ± 1,9	—
Нюхові	2,4 ± 0,8	—
Тактильні	4,9 ± 1,0	—
<b>Порушення активності:</b>		
Бродяжництво (втеча з дому або від особи, що доглядає)	41,5 ± 4,1*	23,5 ± 2,2
Безцільна активність (когнітивна абунція)	12,2 ± 1,4	14,7 ± 1,5
Неадекватна поведінка	4,9 ± 1,0	5,9 ± 0,9
<b>Агресивність:</b>		
Вербальна агресія	48,8 ± 4,9**	20,6 ± 1,9
Загроза фізичної розправи або насильства	7,3 ± 1,2	8,8 ± 1,1
<b>Афективні порушення:</b>		
Плаксивість	7,3 ± 1,2	5,9 ± 0,9
Знижений настрій	65,9 ± 6,7*	41,2 ± 4,2
<b>Тривога і фобія:</b>		
Тривога з приводу майбутніх подій	12,2 ± 1,4	14,7 ± 1,5
Тривожність	26,8 ± 2,5	29,4 ± 2,7
Інші прояви тривоги	—	2,9 ± 0,8
Страх залишитися одному	41,5 ± 4,1*	23,5 ± 2,2
Інші фобії	2,4 ± 0,8	5,9 ± 0,9
Порушення ритму день/ніч	78,0 ± 7,9*	47,1 ± 4,8
<b>Загальна вираженість вищевказаних симптомів</b>		
Симптоми не турбують доглядача і безпечні для пацієнта	14,6 ± 1,5	23,5 ± 2,2*
Симптоми незначно турбують доглядача і безпечні для пацієнта	21,9 ± 2,1	47,1 ± 4,8**
Симптоми помірно турбують доглядача і безпечні для пацієнта	43,9 ± 4,2**	20,6 ± 1,9
Симптоми значно турбують доглядача і (або) нестерпні для пацієнта	19,5 ± 1,9	8,8 ± 1,1

Умовні позначення: \* — різниці статистично вірогідні при  $p < 0,05$ ; \*\* — різниці статистично вірогідні при  $p < 0,01$

Зокрема, у пацієнтів основної групи були виражені маревні ідеї матеріального збитку, пограбування, обкрадання (26,8 ± 2,5 % випадків, при  $p < 0,01$  порівняно з контрольною групою). Хворі з цією фабулою маячення були переконані в тому, що їх постійно обкрадають сусіди, родичі, медичний персонал, особи, які доглядають за пацієнтом.

«Крадіжки» в розумінні пацієнтів були, зазвичай, маломасштабні, вони стосувались дрібних предметів (чайна ложка, чашка, ручка, рулон туалетного паперу, ганчірка для підлоги тощо), старого одягу (шкарпетки, ветхий халат, светр тощо), продуктів харчування (зниклі кілька шматочків цукру або хліба, відлитий суп з каструлі та ін.). На думку хворих, варто їм відлучитися з квартири на кілька хвилин, як після повернення вони виявляли сліди «злодійства» — то вкрали шматок м'яса, то вони недорахувалися яблука або картоплі, то забрали стару ганчірку для підлоги тощо.

Також у пацієнтів з СД ПСТ були виражені висловлювання про нечесність (21,9 ± 2,1 % випадків, при  $p < 0,01$  порівняно з контрольною групою). Хворі з цією примарною фабулою були переконані в тому, що їх постійно обманює найближче оточення (діти, близькі родичі, які доглядають осіб і т. ін.). «Обмани» стосувались як стану здоров'я хворого, так і будь-яких інших соціально-побутових сфер життя пацієнта. Ці маячні ідеї часто супроводжувались агресивними діями щодо осіб, що «діяли нечесно» стосовно пацієнта.

В основній групі спостерігались також маячні ідеї ревнощів (17,1 ± 1,6 % випадків, при  $p < 0,01$ , порівняно з контрольною групою). Хворі з цією фабулою були переконані в тому, що їх подружжя без всякої на те причини стають байдужими до них, що вони отримують підозрілі листи, заводять нові знайомства з іншими чоловіками і жінками, запрошують їх таємно в гості в той час, коли відсутні хворі. Пацієнти в усьому бачили ознаки зради, постійно і уважно перевіряли поштілну та нижню білизну дружини/чоловіка. Знаходячи будь-які плями на білизні, пацієнти основної групи розцінювали це як абсолютний доказ їх зради. Для них була характерна крайня підозрілість, звичайні вчинки подружжя вони інтерпретували як ознаку розбещеності і хтивості.

Серед обманів сприйняття (галюцинацій) у хворих основної групи з СД ПСТ переважали слухові галюцинації (19,5 % випадків, при  $p > 0,5$ , порівняно з контрольною групою). Пацієнтам з цим видом обману сприйняття чулись фрази, монологи, діалоги, рідше, — нескладні обривки фраз або окремих слів. Хворі, зазвичай, не сумнівались в тому, що хтось дійсно говорить, включаючи «отриману від голосів» інформацію в фабулу маячення. При цьому пацієнтів не бентежило, що інші люди не чують тих же «голосів», що й вони.

У хворих на СД ПСТ переважали систематизовані маячні ідеї (70,1 % хворих з маячним розладом, при  $p < 0,01$ ) порівняно з несистематизованими і уривчастими маячними ідеями, які не мали тенденцію до розширення (у 29,9 % хворих з маячним розладом, при  $p < 0,01$ ). У цієї категорії хворих систематизовані маячні ідеї (не завжди розгорнуті повною мірою, як при класичному систематизованому маревному розладі) характеризувалися наявністю системи численних, зазвичай нелогічних, доказів, що приводили хворі для підтвердження власних божевільних ідей. Вони вказували, хто, коли, якими засобами і з якою метою обманював, здійснював крадіжку, вчиняв зради та ін.

Несистематизовані (урихчасті) маячні ідеї у цієї категорії хворих спостерігалися в рамках параноїдного, галюцинаторно-параноїдного синдромів, що виникли раптово, і були позбавлені стрункої системи доказів обману, злодійства, зради тощо, при цьому встановлено, що з плином часу хворі могли втрачати інтерес до раніше актуальної для нього божевільної ідеї.

Серед порушень активності у хворих основної групи з СД ПСТ переважало бродяжництво (втеча з дому або від доглядача) (41,5 % випадків, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою). Хворі з цією формою порушення активності йшли з дому в невідомому напрямку, їм здавалося, що вони знають дорогу, знають мету свого виходу з дому і знають зворотний шлях. Часто заблукавши, вони потрапляли в поліцію або лікувальний заклад, ставали жертвами дорожньо-транспортних пригод. Пацієнти з цим порушенням активності часто, прокинувшись вночі, намагались покинути будинок, щоб погуляти або нанести візит сусідам або знайомим, не розуміючи абсурдність ситуації і, навіть, не знаючи адреси тих, кого хворий намагався відвідувати. На спроби запобігти бродяжництву хворі часто реагували агресивно щодо доглядачів. Частою причиною бродяжництва було життя пацієнта в світі своїх спогадів, де він продовжував ходити на роботу, бачитися з друзями тощо. В контрольній групі порушення активності в формі бродяжництва (виходу з будинку або від доглядача) спостерігалось лише в 23,5 % випадків ( $p < 0,05$ ).

Серед агресивних розладів у хворих основної групи з СД ПСТ переважала вербальна агресія (48,8 % випадків, при  $p < 0,01$ , порівняно з контрольною групою). Хворі з цією формою агресії проявляли виражені негативні почуття до близьких, рідних, медичного персоналу через сварку, крик, загрозу, прокляття, лайки і т. ін. У контрольній групі вербальна агресія спостерігалась тільки в 20,6 % випадків ( $p < 0,01$ ).

Розлади біологічних ритмів (порушення засинання, сонливість вдень) переважали в основній групі (78,0 % випадків, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою). В контрольній групі ці розлади спостерігалися в 47,1 % випадків.

Серед афективних розладів у хворих основної групи з СД ПСТ частіше реєструвалися погіршення настрою (65,9 % випадків, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою), що здебільшого мали перебіг у формі дисфорії (43,9 % випадків, при  $p < 0,01$ ). Пацієнтам з цією формою афективного розладу були притаманні погіршення настрою з дратівливістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточуючих, зі схильністю до спалахів помірної агресії (переважно вербальної). Зрідка, протягом короткого часу, та в слабкому ступені, виявлялися ознаки піднесеного екзальтованого настрою з дратівливістю, напруженістю і агресивністю. Такі афективні розлади у хворих цієї групи мали перебіг без аутоагресивної поведінки. В контрольній групі погіршення настрою спостерігалися в 41,2 % випадків.

Серед фобічних і тривожних розладів у хворих основної групи переважали почуття страху залишитися одному (41,5 % випадків, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою). Пацієнти з цим фобічним розладом боялися залишатися одні в будинку, вимагали, щоб з ними постійно перебував родич або доглядач. При відсутності доглядача вдома хворі відчували виражену тривогу, перешкождали виходу з дому доглядачеві, при цьому благали або агресивно вимагали доглядача залишитися в будинку. В основній групі вищевказані

симптоми були виражені настільки, що в 43,9 % випадків ( $p < 0,01$ ) помірно тривожили доглядача і були безпечні для хворого. В контрольній групі страх залишитися одному в будинку спостерігався тільки в 23,5 % випадків та тільки в 20,6 % випадків ( $p < 0,01$ ) помірно тривожили доглядача і були безпечні для хворого.

Аналіз результатів вивчення клінічних характеристик (частоти, вираженості) психопатологічних і поведінкових розладів пацієнтів з СД ПСТ показав, що в основній групі хворих статистично вірогідними клінічними характеристиками психотичних розладів були маревні розлади ( $3,3 \pm 0,4$  бали, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою хворих), які були часті, до кількох разів на тиждень, але не кожен день, та проявлялись маячними ідеями матеріального збитку, пограбування, обкрадання, нечесності, ревнощів (табл. 2). При цьому маревні розлади були помірного ступеня вираженості ( $2,4 \pm 0,4$  бали, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою хворих) і зумовлювали неспокій та неадекватну поведінку пацієнта і характеризувались труднощами в їх корегуванні зовні.

Таблиця 2. Клінічні характеристики психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів з СД ПСТ ( $M \pm \sigma$ ), бали

Психопатологічні та поведінкові розлади	Клінічні характеристики			
	частота		вираженість	
	Основна група	Контрольна група	Основна група	Контрольна група
А. Маячні ідеї	3,3 ± 0,4*	—	2,4 ± 0,4*	—
Б. Галюцинації	2,0 ± 0,4	—	1,3 ± 0,3	—
В. Порушення (агресія)	2,5 ± 0,6*	1,4 ± 0,3	2,3 ± 0,3*	1,2 ± 0,1
Г. Депресія (дисфорія)	3,4 ± 0,5*	2,0 ± 0,3	2,4 ± 0,3*	1,4 ± 0,3
Д. Тривога	2,0 ± 0,3	1,8 ± 0,4	1,7 ± 0,2	1,5 ± 0,2
Е. Гіпертимія (піднесений настрій, ейфорія)	1,6 ± 0,2	1,4 ± 0,1	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,3
Ж. Апатія (байдужість, індіферентність)	1,9 ± 0,3	1,8 ± 0,3	2,0 ± 0,4	2,2 ± 0,3
З. Розгальмування	1,5 ± 0,3	1,6 ± 0,3	2,3 ± 0,5	2,2 ± 0,3
І. Дратівливість	3,1 ± 0,5*	1,8 ± 0,4	2,3 ± 0,4*	1,3 ± 0,2
К. Аномальна рухова активність (неадекватна рухова поведінка)	3,4 ± 0,4*	1,9 ± 0,3	2,5 ± 0,5*	1,4 ± 0,3
Л. Сон і порушення поведінки в нічний час	3,2 ± 0,2*	2,0 ± 0,3	2,6 ± 0,4*	1,4 ± 0,2
М. Порушення апетиту і харчової поведінки	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,3	2,2 ± 0,5	2,1 ± 0,3

Умовні позначення: \* — різниці статистично вірогідні при  $p < 0,05$ ; \*\* — різниці статистично вірогідні при  $p < 0,01$

Також в основній групі визначався стан агресивного збудження, який виникав не рідше одного разу на тиждень ( $2,5 \pm 0,6$  балів, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою). При цьому у 48,8 % хворих ( $p < 0,01$ ) стан агресивного збудження перебігав переважно у вербальній формі (сердилися на тих, хто намагався допомогти, не йшли назустріч в спілкуванні, кричали, ляпалися при спробі допомогти хворому в побутових проблемах, питаннях особистої гігієни тощо) та був

виражений в помірному ступені ( $2,3 \pm 0,3$  бала, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою), що виражалось в наявності деструктивних симптомів, які важко було коригувати або контролювати. В контрольній групі стан агресивного збудження спостерігався тільки у 20,6 % хворих (при  $p < 0,01$ ).

Серед клінічних характеристик психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів основної групи з СД ПСТ в 65,9 % випадків визначався депресивний настрій з дисфоричним компонентом (поєднання пригніченого настрою з дратівливістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточуючих осіб, зі схильністю до спалахів, переважно вербальної, агресії тощо), який був помірно виражений ( $2,4 \pm 0,3$  бали, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою) та виникав часто, до кілька разів на тиждень, але не кожен день ( $3,4 \pm 0,5$  балів, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою), при цьому симптоми депресії турбували пацієнта та їх важко коригувати або контролювати. В контрольній групі знижений настрої спостерігався у 41,2 % пацієнтів ( $p < 0,05$ ).

У 36,6 % пацієнтів основної групи визначався стан дратівливості (дратівливість, нетерпимість, спалахи гніву, емоційна лабільність, швидка психофізична виснаженість тощо) в помірному ступені вираженості ( $2,3 \pm 0,4$  бали, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою) та спостерігався часто, до кілька разів на тиждень, але не кожен день ( $3,1 \pm 0,5$  балів, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою). В контрольній групі дратівливість спостерігалась тільки у 11,8 % пацієнтів ( $p < 0,01$ ).

У 41,5 % пацієнтів основної групи була виражена аномальна рухова активність (переважно бродяжництво — втеча з дому або від доглядача) помірно-сильного ступеня вираженості ( $2,5 \pm 0,5$  балів, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою), яка виникала часто, до кілька разів на тиждень, але не кожен день ( $3,4 \pm 0,4$  бали, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою). В контрольній групі аномальна рухова активність спостерігалась у 23,5 % хворих ( $p < 0,01$ ).

У більшій частині пацієнтів основної групи (78,0 %) спостерігались порушення сну і поведінки в нічний час помірно-сильного ступеня вираженості ( $2,6 \pm 0,4$  бали, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою), що проявлялось в тому, що пацієнт вночі перебував в стані сильного дистресу, його сон був порушений і не піддавався корекції. Ці стани виникали часто, до кілька разів на тиждень, але не кожен день ( $3,2 \pm 0,2$  бали, при  $p < 0,05$ , порівняно з контрольною групою). В контрольній групі порушення сну і поведінки в нічний час спостерігалися у 47,1 % хворих ( $p < 0,01$ ).

За результатами вивчення шкалою ADAS-Non Cog некогнітивних психопатологічних розладів у хворих основної групи з СД ПСТ (рисунок) виявлено, що в клініці некогнітивних психопатологічних розладів хворих з СД ПСТ, поряд з галюцинаторною симптоматикою, переважали розлади депресивного спектра, відволікання, бродяжництво, підвищена моторика, тривога і порушення апетиту. При цьому, порівняно з контрольною групою, статистично значущими некогнітивними психопатологічними розладами у хворих на СД ПСТ були:

— розлади депресивного спектра (65,9 % випадків, при  $p < 0,05$ ), з переважанням зниженого настрою з дисфоричним компонентом (в 43,9 % випадків, при  $p < 0,01$ ), у контрольній групі розлади депресивного спектра спостерігалися в 41,2 % випадків ( $p < 0,05$ );



**Некогнітивні психопатологічні розлади хворих СД ПСТ**

— бродяжництво (41,5 % випадків, при  $p < 0,05$ ), у контрольній групі розлади активності, що перебігають у формі бродяжництва, спостерігалися тільки в 23,5 % випадків ( $p < 0,05$ ).

Аналіз інформативності показників, виокремлених за допомогою шкали поведінкових розладів (Bahav-AD), нейропсихіатричного опитувальника (NPI) і шкали ADAS-Non Cog психопатологічних і поведінкових розладів (при  $p < 0,05$  і при  $p < 0,01$ ) у хворих з СД ПСТ основної групи, порівняно з хворими контрольної групи, наведених в таблиці 3 (значення наведені в порядку зменшення рівня інформативності), з якої видно, що найбільш інформативними клінічними ознаками, окрім галюцинаторних і параноїдних розладів, у хворих були: дратівливість (ДК =  $-4,93$ , MI =  $0,61$ , при  $p < 0,01$ ); агресивність у вербальній формі (ДК =  $-3,75$ , MI =  $0,53$ , при  $p < 0,008$ ); симптоми, що помірно турбують доглядача і є безпечними для хворого (ДК =  $-3,29$ , MI =  $0,38$ , при  $p < 0,02$ ); порушення ритму день/ніч (ДК =  $-2,20$ , MI =  $0,34$ , при  $p < 0,004$ ); дисфорія (ДК =  $-2,04$ , MI =  $0,25$ , при  $p < 0,02$ ), де ДК — діагностичний коефіцієнт; MI — міра інформативності Кульбака.

**Таблиця 3. Діагностичні коефіцієнти і міра інформативності виокремлених психопатологічних і поведінкових розладів у хворих з СД ПСТ**

Психопатологічні і поведінкові розлади	Оцінка за шкалою, бали	ДК	MI
Дратівливість	$\geq 2$	$-4,93$	$0,61$
Агресивність у вербальній формі	$\geq 2$	$-3,75$	$0,53$
Симптоми помірно турбують доглядача і безпечні для хворого	$2$	$-3,29$	$0,38$
Порушення ритму день/ніч	$\geq 2$	$-2,20$	$0,34$
Знижений настрої (дисфорія)	$\geq 2$	$-2,04$	$0,25$
Бродяжництво (втеча з дому або від доглядача)	$\geq 2$	$-2,48$	$0,22$
Страх залишитися одному	$\geq 2$	$-2,48$	$0,22$
Сума за сукупністю ознак		$21,17$	$2,55$

Також важливими клінічними ознаками психозу у хворих на СД ПСТ з галюцинаторно-параноїдними розладами, які підвищують рівень діагностичної інформативності, є бродяжництво (втеча з дому або від доглядача) (ДК = -2,48, MI = 0,22, при  $p < 0,05$ ) і страх залишитися одному (ДК = -2,48, MI = 0,22, при  $p < 0,05$ ).

Отже, в структурі клініко-психопатологічних проявів галюцинаторно-параноїдних розладів у хворих на СД ПСТ виявлені такі закономірності:

— переважання параноїдних і параноїальних розладів над розладами сприйняття;

— переважання частих маячних ідей матеріального збитку, пограбування, обкрадання, ставлення (висловлювання про нечесність) і ревнощів в помірному ступені вираженості;

— переважання систематизованих маячних ідей над малорозгорнутими, несистематизованими і уривчастими маячними ідеями, які не мають тенденції до розширення;

— переважання в розладах сприйняття слухових галюцинацій;

— поєднання галюцинаторних і параноїдних розладів з частим бродяжництвом; періодичною помірною вербальною агресією; частими розладами ритму день/ніч; частим зниженням настроєм, що проявляється у формі дисфорії; страхом залишитися одному; з частими станами дратівливості.

Отже, отримані дані треба брати до уваги під час проведення диференціальної діагностики у пацієнтів з судинною деменцією помірного ступеня тяжкості з галюцинаторно-параноїдними розладами.

#### Список літератури

1. Левада, О. А., Траилин А. В. Распространенность психопатологических и поведенческих нарушений на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции в пожилом и старческом возрасте // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. 2013. № 03. С. 63—68.
2. Клинический метод диагностики на современном этапе развития психиатрии / [И. И. Кутько, О. А. Панченко, А. Н. Линева, Г. С. Рачкаускас] // Новости медицины и фармации. 2013. № 10 (461). С. 16—20.
3. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia / J. L. Cummings, M. Mega, K. Gray [et al.] // Neurology. 1994. Vol. 44(12). P. 2308—2314. DOI: 10.1212/wnl.44.12.2308.
4. Актуальні питання геронтопсихіатрії : навчальний посібник / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стадник [и др.]. Тернопіль : Термограф, 2010. 431 с.

5. Андропова, Н. В., Новикова О. И. Клинико-биологические особенности больных деменцией // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии : сб. тез. Третьей Всероссийской конференции с международным участием. Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2013. С. 10—12.

6. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році : Статистичний бюлетень. К. : Державна служба статистики України, 2012. 89 с.

7. Про делегацію України для участі в роботі 70-ї сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я від 25.05.2017. URL: // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/142/2017>.

8. Громова Н. С. Синдромально-нозологическая структура и клинико-катамнестическое исследование когорты больных с галюцинаторными психозами позднего возраста, госпитализированных в гериатрическое отделение ПКБ №1 им. Н. А. Алексеева // XVI съезд психиатров России. Конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»: сб. тез. СПб. : Альта Астра, 2015. С. 154—155.

9. Гусев Е. И., Чуканова А. С. Современные патогенетические аспекты формирования хронической ишемии головного мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2015. № 3 (1). С. 4—8.

10. Пінчук І. Я., Левада О. А., Чередніченко Н. В. Українська адаптована версія NPI та досвід застосування // Архів психіатрії. 2013. Т. 19, № 3 (74). С. 63—68.

11. 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: 10.1017/S1041610297003529.

12. Pruszyński, J. Non-cognitive symptoms of dementia // Postępy Nauk Medycznych. 2015. Т. XXVIII, nr 7. P. 477—481.

13. Jacqueline K. Kueper, Mark Speechley and Manuel Montero-Odasso. The Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-Cog): Modifications and Responsiveness in Pre-Dementia Populations. A Narrative Review // J Alzheimers Dis. 2018; 63(2): 423—444. DOI: 10.3233/JAD-170991.

14. Антомонов, М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. Киев, 2006. 556 с.

Надійшла до редакції 04.04.2019 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

**SHEVCHENKO-BITENSKYI Kostiantyn**, Senior Researcher of the State Institution "Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Resorts of the Ministry of Health of Ukraine", Odesa, Ukraine; e-mail: 380482@gmail.com