

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ОСОБЛИВОСТІ ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ СУДИННИХ ДЕМЕНЦІЯХ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ

К.В. Шевченко-Бітенський

**Костянтин  
Валерійович  
Шевченко-Бітенський**

Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України»,  
65014, Одеса, пров. Лермонтовський, 6  
380482@gmail.com; ORCID ID: 0000-0003-4572-3539

Мета даного дослідження — визначити клініко-психопатологічні особливості галюцинаторно-параноїдних розладів при судинних деменціях тяжкого ступеня вираженості.

Вивчення клініко-психопатологічної структури галюцинаторних і параноїдних розладів у хворих при судинних деменціях тяжкого ступеня вираженості було проведено на вибірці 34 пацієнтів зі змішаною корково-підкірковою дисфункцією з галюцинаторно-параноїдними симптомами — F01.3 (1-2), що склали основну групу. В якості контрольної групи в дослідженні брали участь 29 пацієнтів з судинною деменцією тяжкого ступеня вираженості (F01.3), 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), некогнітивними секціями шкали оцінки ХА (ADAS-Non Cog) та методи статистичної обробки даних.

За результатами дослідження у структурі галюцинаторно-параноїдних розладів у хворих судинних деменціях тяжкого ступеня вираженості виявлені наступні ознаки: переважання галюцинаторних розладів над параноїдними і паранояльними розладами; домінування в розладах сприйняття частих зорових, слухових і тактильних галюцинацій помірного ступеня вираженості; переважання маячних переконань, що «будинок не є його будинком» та подружжя/доглядач є самозванцями; переважання нерозгорнутих, несистематизованих і уривчастих маячних ідей, які не мають тенденції до розширення; поєднання галюцинаторних і параноїдних розладів з частою безцільною активністю помірно-сильного ступеня вираженості; частою генералізованою тривожністю помірно-сильного рівню вираженості; частими розладами ритму сон/неспання помірно-сильного ступеню вираженості; періодичними помірною розгальмованістю; вираженою відволікаємістю.

Отримані дані слід враховувати при проведенні диференціальної діагностики пацієнтів галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції тяжкого ступеня.

**Ключові слова:** деменція, галюцинаторно-параноїдні розлади, клініко-психопатологічні особливості

Згідно з даними світової статистики судинні деменції (СД) за поширеністю посідають друге місце після деменції, внаслідок хвороби Альцгеймера (ХА) [1-3]. Так, в країнах Європи близько 1,2 млн. хворих страждають СД, а до 2050 р. їх число досягне 2,8 млн. [3]. За даними різних зарубіжних авторів когнітивні порушення судинного генезу виявляються у 5-22 % осіб похилого віку, а СД зустрічається в 20 % випадків деменцій, і в 12 % випадків деменції - визначається її змішаний генез [2; 3]. Однак в Росії, Україні, Фінляндії та багатьох азійських країнах СД реєструється набагато частіше, ніж деменція, внаслідок ХА [4; 5]. За даними вибіркового дослідження поширеність СД в Росії серед осіб старше 60 років становить 4,5 %, серед осіб 60-69 років — 0,23 %, серед осіб 70-79 років — 3,3 %, старше 80 років — 3,8 % [1; 4]. В Україні серед хворих з деменцією також переважають СД, на які припадає 42 % випадків діагнованих деменцій, що значно більше, ніж при ХА [2].

З огляду на неухильне збільшення відсотка людей старших вікових груп в Україні, зростання захворюваності осіб цієї вікової групи органічними розладами, ускладненими деменцією, проблема своєчасної діагностики та ефективної медико-соціальної реабілітації пацієнтів з деменціями різного генезу для вітчизняної медицини представляє особливу актуальність [2; 6-8].

Аналіз літератури, присвяченої психотичним розладам у пацієнтів з СД, показав, що велика частина результатів досліджень в цій області або застаріла, оскільки не враховує сучасні дані щодо патогенезу деменцій, або має суперечливі дані [1; 2; 6]. За багатьма клінічними ознаками психотичних розладів (феноменологічні особливості, структура галюцинаторно-параноїдних розладів, їх перебіг і вихід) не визначений їх зв'язок з клінічною виразністю деменцій певного генезу [7; 8]. Не в повній мірі вивчено взаємовплив когнітивних і галюцинаторно-параноїдних розладів в структурі нейродегенеративного процесу при деменціях [6]. Відсутність сучасної інформації з цих проблем не дозволяє виділити основні критерії та розробити алгоритм діагностики галюцинаторно-параноїдних розладів у хворих з деменцією різного походження і ступеня тяжкості.

Виходячи з вищевикладеного, вивчення клініко-психопатологічної структури галюцинаторно-параноїдних розладів, закономірностей взаємовпливу когнітивних і галюцинаторно-параноїдних розладів в структурі нейродегенеративного процесу при деменціях різного генезу і ступеня тяжкості є вельми актуальним на сучасному етапі розвитку психіатрії.

**Мета дослідження** — визначити клініко-психопатологічні особливості галюцинаторно-параноїдних

розладів при судинних деменціях тяжкого ступеня вираженості (ТСВ).

Вивчення клініко-психопатологічної структури галюцинаторних і параноїдних розладів у хворих СД ТСВ було проведено на вибірці 34 пацієнтів зі змішаною корково-підкірковою дисфункцією з галюцинаторно-параноїдними симптомами — F01.3 (1-2), що склали основну групу. В якості контрольної групи в дослідженні брали участь 29 пацієнтів з СД ТСВ (F01.3), 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 ХА (ADAS-Non Cog) та методи статистичної обробки даних [9-14].

Результати вивчення психопатологічних і поведінкових розладів у хворих СД ТСВ, проведеного за допомогою шкали поведінкових розладів Bahav-AD, представлені в таблиці 1, з якої видно, що у пацієнтів основної групи були виражені маячні висловлювання (в 20,6 % випадків, при  $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цією фобулою маячення схильні були стверджувати, що їх місце знаходження не є будинком, вимагали, щоб їх відправили додому, при можливості хворі намагались піти з дому, надавали пасивний опір доглядачам при спробі їх утримати. Також для пацієнтів основної групи було притаманним сприйняття подружжя/доглядача як самозванців (в 14,7 % випадків, при  $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою). Хворі з такими симптомами стверджували, що чоловік або дружина, або родич, або доглядач є не тими, за кого себе видають, а самозванцями. Ці маячні ідеї супроводжувались пасивною агресією в формі відмови від прийому їжі, ліків, виконання елементарних медичних рекомендацій, зневаги особистою гігієною, демонстративною неохайністю, тощо. У хворих з СД ТСВ переважали нерозгорнуті несистематизовані і уривчасті маячні ідеї, які мали тенденцію до розширення (84,2 %) над систематизованими маячними ідеями (15,8 %).

Серед обманів сприйняття у хворих основної групи переважали: зорові галюцинації (в 23,5 % випадків, при  $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою). У хворих з цим видом обману сприйняття зорові галюцинації були представлені рудиментарними зоровими образами, яким характерні невиразність, короткочасність, епізодичність, невизначеність форми і кольору. Хворі бачили не існуючих в дійсності людей, тварин, комах, птахів, предмети або, іноді, частини тіла людини, фантастичні

образи та ін. Також значну частину обманів сприйняття склали слухові галюцинації (в 26,5 % випадків, при  $p > 0,5$ , в порівнянні з контрольною групою).

Хворим з цим видом обману сприйняття чулись фрази або нескладні обривки фраз, монологів, діалогів, сполучення слів на рідній, іноземній або нікому не відомій мові. Хворі, як правило, не сумнівались в тому, що хтось дійсно говорить. В 20,6 % випадків у хворих основної групи були виражені тактильні галюцинації ( $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цим видом обману сприйняття відчували дотики до

тіла, печіння, холод, хапання, появу на тілі якоїсь рідини, повзання по тілу комах, тощо. Пацієнтам здавалося, ніби його кусають, лоскочуть, дряпають, наносять каліцтва, тощо.

Було встановлено, що у 17,6 % хворих основної групи психотичні розлади перебігають у формі параноїяльних маревних розладів, а у 44,2 % — у формі галюциноза.

Серед порушень активності у хворих основної групи переважали безцільна активність (когнітивна булімія) (в 41,2 % випадків, при  $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цим порушенням активності

Таблиця 1

### Особливості психопатологічної симптоматики і поведінкових розладів у хворих з СД ТСВ

Психопатологічна симптоматика і поведінкові розлади	СД ТСВ	
	Основна група	Контрольна група
	% ± m %	
<b>Параноїдні і параноїяльні розлади:</b>		
Маячні висловлювання: «Крадуть речі»	8,8 ± 1,2	-
Маячні висловлювання: «Будинок не є його будинком»	20,6 ± 2,1 **	-
Чоловік/дружина (або інший доглядач) є самозванцем	14,7 ± 1,7 **	-
Маячні висловлювання з приводу відмови від хворого (наприклад, напрямом в стаціонар)	5,9 ± 0,9	-
Маячні висловлювання про нечесність	2,9 ± 0,7	-
Підозрілість (параноїяльні ідеї) (інші)	-	-
Маячні установки (інші)	2,9 ± 0,7	-
<b>Галюцинації:</b>		
Зорові галюцинації	23,5 ± 2,4 *	-
Слухові галюцинації	26,5 ± 2,6	-
Нюхові галюцинації	11,8 ± 1,4	-
Тактильні галюцинації	20,6 ± 2,1 **	-
<b>Порушення активності:</b>		
Бродяжництво (втеча з дому або від особи, що доглядає)	11,8 ± 1,4	13,8 ± 1,0
Безцільна активність (когнітивна булімія)	41,2 ± 4,2 **	17,2 ± 1,3
Неадекватна поведінка	14,7 ± 1,7	10,3 ± 0,9
<b>Агресивність:</b>		
Вербальна агресія	11,8 ± 1,4	10,3 ± 0,9
Загроза фізичної розправи або насильства	8,8 ± 1,2	6,9 ± 0,4
<b>Афективні порушення:</b>		
Плаксивість	11,8 ± 1,4	13,8 ± 1,0
Знижений настрій	17,6 ± 1,9	20,7 ± 1,9
<b>Тривога і фобія:</b>		
Тривога з приводу майбутніх подій	8,8 ± 1,2	17,2 ± 1,3 *
Тривожність	70,6 ± 7,2 **	34,5 ± 3,5
Інші прояви тривоги	-	-
Страх залишитися одному	29,4 ± 2,9	31,0 ± 3,1
Інші фобії	11,8 ± 1,4	13,8 ± 1,0
Порушення ритму день / ніч	82,4 ± 8,4 *	48,3 ± 4,9
<b>Загальна вираженість вищевказаних симптомів</b>		
Симптоми не турбують доглядача і безпечні для пацієнта	11,8 ± 1,4	13,8 ± 1,0
Симптоми незначно турбують доглядача і безпечні для пацієнта	14,7 ± 1,7	34,5 ± 3,5 **
Симптоми помірно турбують доглядача і безпечні для пацієнта	26,5 ± 2,6	27,6 ± 2,5
Симптоми значно турбують доглядача і (або) нестерпні для пацієнта	47,1 ± 4,9 *	24,1 ± 2,2

Умовні позначення: \* - відмінності статистично достовірні при  $p < 0,05$ ; \*\* - відмінності статистично достовірні при  $p < 0,01$

безцільно і стереотипно бродили по приміщенню, виконували безглузді дії (відкривали і закривали дверцята шафи, упаковували і розпаковували речі, одягались і роздягались і т.п.). Виконуючи ці дії, хворі могли отримувати різного роду травми. При стримуванні доглядачем цих безцільних дій з боку хворих відзначався опір, виражений в пасивних формах негативізму. В контрольній групі безцільна активність (когнітивна булімія) спостерігалася тільки в 17,2 % випадків ( $p < 0,01$ ).

рігалися в 48,3 % випадків (при  $p < 0,05$ ). При цьому в основній групі пацієнтів вищевказані симптоми були виражені настільки, що в 47,1 % випадків ( $p < 0,05$ ) значно тривожили доглядача і були нестерпні для хворого, у той час коли в контрольній групі тільки в 24,1 % випадків ( $p < 0,05$ ) симптоми значно тривожили доглядача і були нестерпні для хворого.

Аналіз результатів вивчення клінічних характеристик психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів

Таблиця 2

### Клінічні характеристики психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів з СД ТСВ

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

Умовні позначення: \* - відмінності статистично достовірні при  $p < 0,05$ ; \*\* - відмінності статистично достовірні при  $p < 0,01$

У хворих на СД ТСВ з галюцинаторно-параноїдними розладами була виражена тривога (в 70,6 % випадків, при  $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою), переважно генералізованого характеру (в 55,9 % випадків, при  $p < 0,01$ ). Хворі з генералізованою тривогою відчували важко контрольовані, безпідставні і безпредметні турбування й побоювання. Це занепокоєння було генералізованим і не фокусувалося на специфічних проблемах пацієнтів. У більшості хворих цієї групи тривога поєднувалась з невираженою дратівливістю, м'язовою напругою, тремором, нездатністю розслабитися, головним болем, ниючими м'язовими болями, гіперактивністю вегетативної нервової системи (підвищене потовиділення, тахікардія, сухість у роті, дискомфорт в епігастрії, запаморочення і т.п.). В контрольній групі тривога спостерігалася тільки в 34,5 % випадків ( $p < 0,01$ ).

В основній групі хворих з СД ТСВ переважали розлади ритму день/ніч (часті нічні пробудження з безцільною і марною руховою активністю) (в 82,4 % випадків, при  $p < 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою), у той час коли в контрольній групі розлади ритму день/ніч спосте-

тів з СД ТСВ, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами показав, що в основній групі хворих статистично достовірними клінічними характеристиками психотичних розладів виступали часті (до кілька разів на тиждень, але не кожен день) обмани сприйняття (ілюзії, зорові, слухові і тактильні галюцинації) ( $3,2 \pm 0,4$  бала,  $p < 0,05$ ) помірного ступеню вираженості ( $2,4 \pm 0,4$  бала, при  $p < 0,05$ ), які спричиняли неспокій хворих і обумовлювали їх неадекватну поведінку (Табл.2). У більшості пацієнтів (70,6 %, при  $p < 0,01$ ) був виражений стан генералізованої тривоги, що виражалось в важко контрольованій, безпідставній і безпредметній стурбованості і побоюваннях, які поєднувались з м'язовою напругою, тремором, нездатністю розслабитися, головним болем, м'язовими болями, гіперактивністю вегетативної нервової системи та проявлялись часто (до кілька разів на тиждень, але не кожен день) ( $3,4 \pm 0,5$  бала, при  $p < 0,01$ ) в помірно-сильному ступені вираженості ( $2,7 \pm 0,3$  бала, при  $p < 0,01$ ).

При цьому тривожні симптоми турбували хворого, обумовлюючи дистрес і їх було важко коригувати або

контролювати. В контрольній групі тривожні стани спостерігалися тільки у 34,5 % хворих ( $p < 0,01$ ).

Також у 35,3 % хворих основної групи відмічалась наявність розгальмованості, що виражалось в імпульсивності, нетактовності, грубості без роздумів про їх наслідки, сексуальному розгальмуванні і т.п. помірного ступеню вираженості ( $2,4 \pm 0,5$  бала, при  $p < 0,05$ ). При цьому ці стани виникали періодично ( $2,5 \pm 0,3$  бала, при  $p < 0,01$ ) і наявність розгальмованості поведінки була очевидною, і хворому було важко з нею впоратися. У той час в контрольній групі розгальмованість спостерігалась тільки у 10,3 % хворих ( $p < 0,01$ ).

У 41,2 % пацієнтів основної групи була встановлена аномальна рухова активність хворих, що проявлялось в безглузді метушливості, відкриванні і закриванні шаф, пакуванні та розпакуванні речей, одяганні і роздяганні, виконанні інших стереотипних дій і т.п.. Ці стани були частими, до кілька разів на тиждень, але не кожен день ( $3,5 \pm 0,4$  бала, при  $p < 0,05$ ) помірно-сильного ступеня вираженості ( $2,6 \pm 0,4$  бала, при  $p < 0,05$ ) і характеризувались тим, що аномальна рухова активність була явно вираженою і важко піддалась корекції з боку медперсоналу, родичів і доглядачів. В контрольній групі аномальна рухова активність спостерігалась лише у 17,2 % хворих ( $p < 0,01$ ).

Порушення сну і поведінки в нічний час було зафіксовано у 82,4 % хворих основної групи, що виражалось в частих нічних пробудженнях з марною і безцільною

руховою активністю помірно-сильного ступеня вираженості ( $2,5 \pm 0,5$  бала, при  $p < 0,05$ ), які виникали часто (до кілька разів на тиждень, але не кожен день) ( $3,5 \pm 0,4$  бала, при  $p < 0,05$ ). В контрольній групі порушення сну і поведінки в нічний час спостерігалися у 48,3 % хворих ( $p < 0,05$ ).

Результати вивчення шкалою ADAS-Non Cog некогнітивних психопатологічних розладів у хворих з СД ТСВ, ускладнених галюцинаторно-параноїдними розладами, представлені на малюнку 1.

Згідно з результатами, представленими на рисунку 1, в клініці некогнітивних психопатологічних розладів хворих СД ТСВ в основній групі, поряд з галюцинаторною симптоматикою, спостерігалися розлади депресивного спектру, відволікання, тривога і порушення апетиту.

При цьому, в порівнянні з контрольною групою, у хворих СД ТСВ, з галюцинаторно-параноїдними розладами, вірогідно переважали:

- тривожні розлади (70,6 % випадків, при  $p < 0,01$ ), переважно генералізованого характеру (в 55,9 % випадків, при  $p < 0,01$ ), у той час коли в контрольній групі тривога спостерігалась тільки в 34,5 % випадків ( $p < 0,01$ );
- виражене відволікання (73,5% випадків, при  $p < 0,05$ ), в контрольній групі — у 41,4% пацієнтів ( $p < 0,05$ ).

Аналіз інформативності, виділених за допомогою шкали поведінкових розладів (Bahav-AD), нейропсихіатричного опитувальника (NPI) і некогнітивних секцій

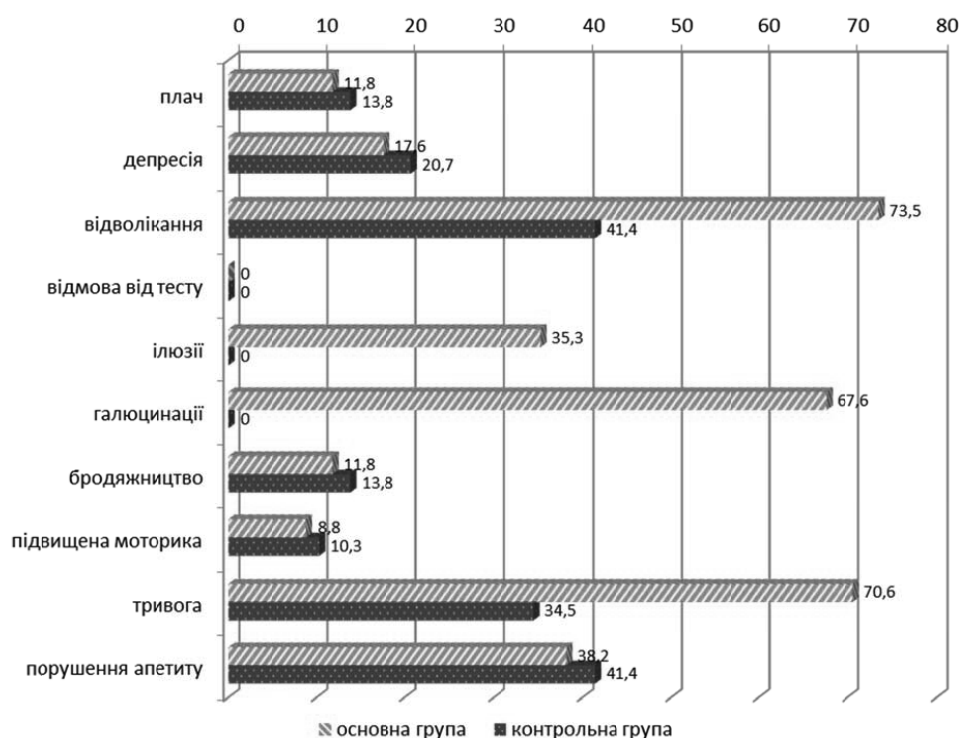


Рисунок 1 - Некогнітивні психопатологічні розлади хворих СД ТСВ

шкали оцінки хвороби Альцгеймера (ADAS-Non Cog) дозволив визначити діагностичні коефіцієнти психопатологічних і поведінкових розладів у хворих основної групи з СД ТСВ з галюцинаторно-параноїдними розладами, що представлені в таблиці 3.

– переважання галюцинаторних розладів над параноїдними і паранояльними розладами;  
– домінування в розладах сприйняття частих зорових, слухових і тактильних галюцинацій помірного ступеня вираженості;

Таблиця 3

### Діагностичні коефіцієнти і міра інформативності виділених психопатологічних і поведінкових розладів у хворих з СД ТСВ

Психопатологічні і поведінкові розлади	Оцінка за шкалою (бали)	ДК *	МІ **
Розгальмованість	≥2	-5,05	0,77
Тривожність	≥2	-3,11	0,56
Безцільна активність (когнітивна булімія)	≥2	-3,78	0,45
Порушення ритму день / ніч	≥2	-2,32	0,40
Відволікання	≥2	-2,50	0,40
Симптоми, які значно турбують доглядача і нестерпні для пацієнта	≥2	-2,90	0,33
Сума за сукупністю ознак		19,66	2,91

Умовні позначення: \* - діагностичний коефіцієнт; \*\* - міра інформативності Кульбака

За результатами проведеного статистичного аналізу, представленого в таблиці 3, найбільш інформативними клінічними ознаками, окрім галюцинаторних і параноїдних розладів, у хворих з СД ТСВ, були визначені:

– розгальмованість (ДК = - 5,05, МІ = 0,77, при  $p < 0,007$ );

– тривожність, переважно в генералізованій формі (ДК = - 3,11, МІ = 0,56, при  $p < 0,003$ );

– безцільна активність (ДК = - 3,78, МІ = 0,45, при  $p < 0,03$ );

– порушення ритму день / ніч (ДК = - 2,32, МІ = 0,40, при  $p < 0,004$ );

– відволікання (ДК = - 2,50, МІ = 0,40, при  $p < 0,008$ );

– наявність симптомів, які значно турбують доглядача і є нестерпними для хворого (ДК = - 2,90, МІ = 0,33, при  $p < 0,04$ ).

За результатами дослідження у структурі галюцинаторно-параноїдних розладів у хворих судинних деменціях тяжкого ступеня вираженості виявлені наступні ознаки:

– переважання маячних переконань, що «будинком не є його будинком» та подружжя/доглядач є самозванцями;

– переважання нерозгорнутих, несистематизованих і уривчастих маячних ідей, які не мають тенденції до розширення;

– поєднання галюцинаторних і параноїдних розладів з частою безцільною активністю помірно-сильного ступеня вираженості; частою генералізованою тривожністю помірно-сильного рівню вираженості; частими розладами ритму сон/неспанья помірно-сильного ступеня вираженості; періодичними помірно розгальмованістю; вираженою відволікаємістю.

Отримані дані слід враховувати при проведенні диференціальної діагностики пацієнтів галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції тяжкого ступеня.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Левада О.А. Распространенность психопатологических и поведенческих нарушений на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции в пожилом и старческом возрасте / О.А. Левада, А.В. Трайлин // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2013. – № 03. – С. 63-68.
2. Мищенко Т.С. Сосудистая деменция / Т.С. Мищенко, В.Н. Мищенко // НейроNews. – 2011. - № 2/1. – С. 32-34.
3. Atherosclerosis, dementia, and Alzheimer disease in the Baltimore Longitudinal Study of Aging cohort / H. Dolan, B. Crain, J. Troncoso, S.M. Resnick, A.B. Zonderman et al. // Ann. Neurol. – 2010. – Vol.68. – P. 231-240.
4. Боголепова А.Н. Осведомленность населения о проблеме деменции / А.Н. Боголепова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – № 6. – С. 97-102.

5. Король Г.М. Мультиmodalный підхід до діагностики та лікування судинної деменції / Г.М. Король // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – №6(68). – С. 62-68.
6. Дамулин И.Б. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии / И.Б. Дамулин // «Новины медицины та фармації» – 2011. – № 5 (356). – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/16362> (дата обращения: 4.08.2018г.).
7. Марута Н.О. Овладение обновленной системой диагностических подходов и критериев DSM-5: возможности для специалистов, работающих в сфере психического здоровья // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2017. – Т.8, №1. – С.92-103
8. Марценковський І.А. Деменції як коморбідні патологічні стани (погляд на проблему через призму терапії інгібіторами холінестерази) /

I.A. Марценковський, С.Е. Казакова, І.І. Марценковська // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – №4(66). – С. 145-150.

9. Пінчук І.Я. Українська адаптована версія NPI та досвід застосування / І.Я. Пінчук, О.А. Левада, Н.В. Чередніченко // Архив Психиатрии. – 2013. – Т. 19, 3 (74). – С. 63-68.

10. Reisberg B. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale / B. Reisberg, S.R. Auer, I.M. Monteiro // Int. Psychogeriatr. – 1996. – Vol.8(3). – P. 301-308.

11. Pruszyński J. Non-cognitive symptoms of dementia / J. Pruszyński // Medyczynych. – 2015. – Vol.7. – P. 477-481.

12. 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. – Vol. 63(2). – P. 423-444.

13. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М.Ю. Антомонов. – К., 2006. – 556 с.

## REFERENCES

1. Levada O.A., Trailin A.V. Prevalence of psychopathological and behavioral disorders at the stages of development of subcortical vascular dementia in old and old age. Psychiatry and psychopharmacotherapy. P.B. Gannushkina. 2013. No 03. pp. 63-68. [In Rus.]

2. Mishchenko T.S., Mishchenko V.N. Vascular dementia. NeuroNews. 2011. - No 2/1. pp. 32-34.

3. Atherosclerosis, dementia, and Alzheimer disease in the Baltimore Longitudinal Study of Aging cohort / H. Dolan, B. Crain, J. Troncoso, S.M. Resnick, A.B. Zonderman et al. // Ann. Neurol. 2010. Vol. 68. pp. 231-240.

4. Bogolepova A.N. Population awareness of the problem of dementia. Journal of Neurology and Psychiatry. S.S. Korsakova. 2015. No 6. pp. 97-102. [In Rus.]

5. Korol' H.M. Multimodal approach to the diagnosis and treatment of vascular dementia. International Neurological Journal. 2014. No 6 (68). pp. 62-68. [In Ukr.]

6. Damulin IB Cognitive disorders in cerebrovascular pathology. «Medicine and Pharmacy News». 2011. No 5 (356). Access mode: <http://www.mif-ua.com/archive/article/16362> (access date: 08/08/2018).

7. Maruta N.O. Mastering the updated system of diagnostic approaches and criteria for DSM-5: opportunities for professionals working in the field of mental health. Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology. 2017. Vol.8 (1). pp.92-103.

[In Ukr.]

8. Martsenkovsky I.A., Kazakova S.E., Martsenkovskaya I.I. Dementia as a comorbid pathological condition (view of the problem through the prism of cholinesterase inhibitor therapy). International Neurological Journal. 2014. No 4 (66). pp. 145-150. [In Ukr.]

9. Pinchuk I.Ya., Levada O.A., Cherednichenko N.V. Ukrainian adapted version of NPI and application experience. Archive of Psychiatry. 2013, Vol. 19, 3 (74). pp. 63-68. [In Ukr.]

10. Reisberg B., Auer S.R., Monteiro I.M. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. Int. Psychogeriatr. 1996. Vol. 8 (3). pp. 301-308.

11. Pruszyński J. Non-cognitive symptoms of dementia. Medyczynych. 2015. Vol.7. pp. 477-481.

12. 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. No 63 (2). pp 423-444.

13. Antomonov M.Yu. Mathematical processing and analysis of biomedical data. – К., 2006. 556 p. [In Rus.]

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

**Константин  
Валерьевич  
Шевченко-Битенский**

Ст. н. сотрудник Государственное учреждение «Украинский научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения Украины», 65014, Одесса, пер. Лермонтовский, 6  
380482@gmail.com; ORCID ID: 0000-0003-4572-3539

Цель данного исследования – определить клинико-психопатологические особенности галлюцинаторно-параноидных расстройств при сосудистых деменциях тяжелой степени выраженности.

Изучение клинико-психопатологической структуры галлюцинаторных и параноидных расстройств у больных при сосудистой деменции тяжелой степени выраженности было проведено на выборке 34 пациентов со смешанной корково-подкорковой дисфункцией с галлюцинаторно-параноидными симптомами — F01.3 (1-2), составивших основную группу. В качестве контрольной группы в исследовании участвовали 29 пациентов с сосудистой деменцией тяжелой степени выраженности (F01.3), не осложненной галлюцинаторно-параноидными расстройствами.

Для реализации цели и задач исследования был использован комплекс методов исследования, включавшего клинико-психопатологический метод, дополненный шкалой поведенческих расстройств (Behav-AD), нейропсихиатрическим опросником (NPI), некогнитивными секциями шкалы оценки БА (ADAS-Non Cog) и методы статистической обработки данных.

По результатам исследования в структуре галлюцинаторно-параноидных расстройств у больных сосудистой деменцией тяжелой степени выраженности выявлены следующие признаки: преобладание галлюцинаторных расстройств над параноидными и паранойяльными расстройствами; доминирование в расстройствах восприятия частых зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций умеренной степени выраженности; преобладание бре-

довых убеждений, что «дом не является его домом» и супруги/смотритель является самозванцами; преобладание неразвернутых, несистематизированных и отрывочных бредовых идей, которые не имеют тенденции к расширению; сочетание галлюцинаторных и параноидных расстройств с частой бесцельной активностью умеренно сильной степени выраженности; частой генерализованной тревожностью умеренно-сильного уровня выраженности; частыми расстройствами ритма сон/бодрствование умеренно сильной степени выраженности; периодическими умеренной развязностью; выраженной отвлекаемостью.

Полученные данные следует учитывать при проведении дифференциальной диагностики пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции тяжелой степени.

**Ключевые слова:** деменция, галлюцинаторно-параноидные расстройства, клинико-психопатологические особенности

## CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF HALLUCINATOR-PARANOID DISORDERS DURING VASCULAR DEMENTIA OF HEAVY DIRECTION OF EXPRESSION

**Konstantin V.  
Shevchenko-Bitensky**

State Institution "Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Resorts of the Ministry of Health of Ukraine, Lermontov, 6, 65014, Odesa  
380482@gmail.com; ORCID ID: 0000-0003-4572-3539

The purpose of this study is to determine the clinical and psychopathological features of hallucinatory-paranoid disorders in severe vascular dementia.

The clinical and psychopathological structure of hallucinatory and paranoid disorders in patients with severe vascular dementia was studied in a group of 34 patients with mixed cortical-subcortical dysfunction with hallucinatory-paranoid symptoms — F01.3 (1-2), which consisted the main group. As a control group, the study involved 29 patients with severe vascular dementia (F01.3), without by hallucinatory-paranoid disorders.

To achieve the goal and objectives of the study, a set of research methods was used, including the clinical and psychopathological method, supplemented by the Behavioral Disorders Scale (Bahav-AD), neuropsychiatric questionnaire (NPI), non-cognitive sections of the AD assessment scale (ADAS-Non Cog) and methods of statistical data processing.

According to the results of the study, the following symptoms were revealed in the structure of hallucinatory-paranoid disorders in patients with severe vascular dementia: the prevalence of hallucinatory disorders over paranoid and paranoid disorders; the dominance in disorders of perception of frequent visual, auditory and tactile hallucinations of moderate severity; the prevalence of delusional beliefs that "the house is not his house" and the spouse/caretaker is impostors; the predominance of non-deployed, unsystematized and sketchy crazy ideas, that do not tend to expand; a combination of hallucinatory and paranoid disorders with frequent aimless activity of moderately strong severity; frequent generalized anxiety of moderate to severe severity; frequent sleep/wake rhythm disturbances of moderate severity; periodic moderate swagger; pronounced distractibility.

The data obtained should be taken into account when conducting differential diagnosis of patients with hallucinatory-paranoid disorders in severe vascular dementia.

**Keywords:** dementia, hallucinatory-paranoid disorders, clinical-psychopathological peculiarities.