

УДК 616.89-008.454-06:616.831.2]-07

## ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУДИННИХ ДЕМЕНЦІЙ ПРИ РІЗНІЙ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПАТОЛОГІЧНИХ ОСЕРЕДКІВ

О. О. Злобін

**Злобін****Олександр Олександрович**

Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, 61022, м. Харків,  
майдан Свободи, 6  
zl.alex.doc@gmail.com  
ORCID ID: 0000-0002-8897-1017

**Актуальність.** Судинна деменція, що спричинена різними за генезом, об'ємом та локалізацією органічними ушкодженнями тканин головного мозку, проявляє себе широким спектром супутньої нейропсихіатричної симптоматики. Однак незважаючи на очевидний зв'язок між локалізацією судинних уражень та психопатологічними симптомами, що виявляються у пацієнта, вплив фізичних характеристик мозкових пошкоджень, що стали причиною судинної деменції, та відповідною нейропсихіатричної симптоматикою залишаються маловивченими.

**Мета дослідження** – вивчити психопатологічні особливості когнітивних порушень у пацієнтів з судинною деменцією в залежності від локалізації вогнища ураження.

Контингенти і методи. Обстежено 157 осіб із діагнозом судинної деменції, що були розділені на п'ять груп: група 1 — 22 особи із локалізацією патологічного процесу у лобній частці; група 2 — 18 пацієнтів із ураженням скроневої частки; група 3 — 17 пацієнтів із ураженням тім'яної частки; група 4 – 15 пацієнтів із ураженням потиличної частки і група 5 – 68 осіб із тотальним ураженням.

**Результати:** Встановлено, що ураженням лобних часток притаманні висока частота ейфорії та галюцинаторних феноменів, а також незначні прояви апатії і тривожності; ураженням скроневої частки – найвища частота і виразність апатії; ураженням тім'яних часток – низька частота тривоги у поєднанні з її високою інтенсивністю; ураженням потиличних часток – інтенсивні депресивні переживання (в тих випадках, коли вони мали місце), тотальним ураженням головного мозку – найнижча поширеність та інтенсивність маревних переживань, дратівливості та агітації

**Висновки.** В ході комплексного дослідження хворих на судинні деменції визначено специфічні для кожної локалізації ураження головного мозку спектри нейропсихіатричної симптоматики, що створює необхідні передумови для раннього застосування диференційованих терапевтично-реабілітаційних заходів і, відповідно, для підвищення якості життя пацієнтів цієї категорії.

**Ключові слова:** судинна деменція, психопатологія, афективні симптоми, нейропсихіатричні симптоми, геріатрична психіатрія.

**Вступ.** Нейропсихіатричні симптоми вельми поширені у осіб похилого віку. Пілотні дослідження свідчать про те, що загалом 38,9% дорослих людей мають ту чи іншу психопатологічну симптоматику, причому поширеність цієї симптоматики зростає, в разі погіршення когнітивних функцій. Так, серед когнітивно збережених осіб частота нейропсихіатричних симптомів становила 30,8%, а у пацієнтів з деменцією вона сягала 80% [1].

Афективні нейропсихіатричні симптоми (насамперед – депресивного спектру), є частими провісниками деменції навіть у тих пацієнтів, що мають нормальний рівень когнітивних функцій або субклінічне когнітивне зниження [2]. У той час, як річна швидкість прогресування деменції у пацієнтів із легким когнітивним порушенням становить приблизно 12%, показник прогресування у хворих легким когнітивним порушенням, доповненим психопатологічною симптоматикою, оцінюється у 25%. Люди з нейропсихіатричними симптомами мають в 3 рази більший ризик деменції, ніж ті, у кого психопатологічна симптоматика відсутня. Такі нейропсихіатричні симптоми, як збудження, ажитація та агресія, були ідентифіковані як надійні предиктори прогресування хвороби, що може привести до важкої деменції та смерті [3-5].

Існує проблема погіршення якості життя та інвалідації внаслідок деменції [6]. Методом зменшення гостроти цієї проблеми є своєчасне (якомога більш раннє) застосування адекватних терапевтично-реабілітаційних заходів, які б були спрямовані на провідну психопатологію [7]. В свою чергу, ця психопатологія істотно залежить від локалізації ушкодження головного мозку (ГМ) [8; 9], яка може бути швидко визначена сучасними методами нейровізуалізації [10].

Отже, актуальним завданням сучасної психоневрології є визначення характерних сполучень нейропсихіатричної симптоматики, специфічних для ушкоджень ГМ різної локалізації і формування, адекватних цій патології диференційованих терапевтично-реабілітаційних заходів.

Судинна деменція, що спричинена різними за генезом, об'ємом та локалізацією органічними ушкодженнями тканин ГМ, проявляє себе широким спектром супутньої нейропсихіатричної симптоматики [11; 12]. Однак зневажаючи очевидний зв'язок між локалізацією судинних уражень, та психопатологічними симптомами, що виявляються у пацієнта, вплив фізичних характеристик мозкових пошкоджень, що стали причиною судинної деменції, та відповідною нейропсихіатричною симптоматикою залишаються маловивченими.

**Мета дослідження** – вивчити психопатологічні особливості когнітивних порушень у пацієнтів з судинною деменцією в залежності від локалізації вогнища ураження головного мозку.

**Контингенти і методи.** Дослідження за своїм дизайном представляло собою одномоментне, кроссекційне обстеження в групах порівняння. Воно було проведено на базі Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1, де було обстежено 157 осіб із діагнозом судинної деменції. Усі пацієнти, що прийняли участь у дослідженні надали на це усвідомлену інформовану згоду. Клінічний діагноз судинної деменції було встановлено за уніфікованими критеріями МКХ-10.

За результатами оцінки локалізації судинних уражень методом КТ та/або МРТ всіх обстежених було розділено на 5 груп. До групи 1 (Г1) увійшли 22 особи із локалізацією патологічного процесу переважно у лобній частці ГМ. Група 2 (Г2) складалася із 18 пацієнтів із переважним ураженням скроневої частки ГМ, група 3 (Г3) – із 17 пацієнтів із переважним ураженням тім'яної частки ГМ, група 4 (Г4) – із 15 пацієнтів із переважним ураженням потиличної частки ГМ. В усіх хворих із Г1-Г4 судинна деменція розвинулася в результаті перенесеного інсульту. До групи (Г5) увійшли 68 осіб із тотальним ураженням ГМ внаслідок множинних поліфокальних інсультів (ушкоджено 3 або більше відділів ГМ), або дисциркуляторної енцефалопатії.

Психопатологічну симптоматику та рівень її вираженості було оцінено клінічно та верифіковано за допомогою нейропсихіатричного опитувальника NPI. Визначення середньої сили вираженості психопатології було розраховано як середнє арифметичне (серед у пацієнтів, що демонстрували даний психопатологічний симптом) та стандартне відхилення від нього. Достовірність відмінностей між групами порівняння оцінювалась за допомогою критерію Краскела-Уоліса (варіант дисперсійного аналізу ANOVA), хи-квадрату (в таблиці 1) і критерія t Стьюдента-Фішера (в таблиці 2) [13]. Відмінності між групами вважалися достовірними при  $p < 0,05$ . Всі розрахунки здійснювались за допомогою програми STATISTICA 10.0.

### **Результати дослідження та їх обговорення.**

За допомогою клініко-психопатологічного методу та застосування опитувальника NPI вивчено психопатологічні особливості когнітивних порушень у пацієнтів з судинною деменцією, а також визначено частоти окремих нейропсихіатричних симптомів та ступінь їхньої виразності при різній локалізації патологічного процесу (таблиця 1 і 2).

Таблиця 1

**Поширеність психопатологічних симптомів у осіб із судинною деменцією різної локалізації**

| Компонент №1 | Ознака (симптом)        | Частота ознак в групах порівняння в абсолютних (осіб) та відносних (%) величинах |          |          |            |          |          |            |          |          |            |          |          |            |          |          | Достовірність відмінностей частот ознак в парах груп порівняння (p) за критерієм с |          |          |      |      |       |      |      |       |      |      |      |      |      |    |
|--------------|-------------------------|--|----------|----------|------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|----------|----------|--|----------|----------|------|------|-------|------|------|-------|------|------|------|------|------|----|
|              |                         | Г1 (n=22)  |          |          | Г2 (n=18)  |          |          | Г3 (n=17)  |          |          | Г4 (n=15)  |          |          | Г5 (n=68)  |          |          | Г1   |          |          | Г2   |      |       | Г3   |      |       | Г4   |      |      | Г5   |      |    |
|              |                         | Абс., осіб   | Відн., % | Відн., % | Абс., осіб | Відн., % | Відн., % | Абс., осіб | Відн., % | Відн., % | Абс., осіб | Відн., % | Відн., % | Абс., осіб | Відн., % | Відн., % | Абс., осіб   | Відн., % | Відн., % | Г2   | Г3   | Г4    | Г5   | Г2   | Г3    | Г4   | Г5   | Г2   | Г3   | Г4   | Г5 |
| A            | марення                 | 4  | 18,18    | 2        | 11,11      | 2        | 11,76    | 3          | 20,00    | 9        | 13,24      | 0,58     | 0,89     | 0,57       | 0,95     | 0,48     | 0,81   | 0,52     | 0,53     | 0,58 | 0,89 | 0,57  | 0,95 | 0,48 | 0,81  | 0,52 | 0,87 | 0,50 | 0,50 | 0,50 |    |
| B            | галюцинації             | 3  | 13,64    | 1        | 5,56       | 1        | 5,88     | 1          | 6,67     | 1        | 1,47       | 0,40     | 0,43     | 0,50       | 0,02     | 0,89     | 0,31   | 0,93     | 0,40     | 0,43 | 0,50 | 0,02  | 0,97 | 0,89 | 0,31  | 0,93 | 0,28 | 0,23 | 0,23 | 0,23 |    |
| C            | ажитація                | 6  | 27,27    | 5        | 27,78      | 4        | 23,53    | 4          | 26,67    | 7        | 10,29      | 0,97     | 0,79     | 0,97       | 0,05     | 0,77     | 0,94   | 0,84     | 0,97     | 0,79 | 0,97 | 0,05  | 0,77 | 0,94 | 0,06  | 0,84 | 0,15 | 0,09 | 0,09 | 0,09 |    |
| D            | депресія                | 4  | 18,18    | 3        | 16,67      | 4        | 23,53    | 4          | 26,67    | 18       | 26,47      | 0,90     | 0,68     | 0,54       | 0,43     | 0,61     | 0,48   | 0,39     | 0,90     | 0,68 | 0,54 | 0,43  | 0,61 | 0,48 | 0,39  | 0,84 | 0,80 | 0,99 | 0,99 | 0,99 |    |
| E            | тривога                 | 1  | 4,55     | 5        | 27,78      | 1        | 5,88     | 3          | 20,00    | 13       | 19,12      | 0,04     | 0,85     | 0,14       | 0,10     | 0,09     | 0,60   | 0,42     | 0,04     | 0,85 | 0,14 | 0,10  | 0,09 | 0,60 | 0,42  | 0,23 | 0,19 | 0,94 | 0,94 | 0,94 |    |
| F            | ейфорія                 | 3  | 13,64    | 0        | 0,00       | 0        | 0,00     | 1          | 6,67     | 0        | 0,00       | 0,10     | 0,11     | 0,50       | <0,01    | 0,27     | -  | 0,28     | 0,10     | 0,11 | 0,50 | <0,01 | -    | 0,27 | -     | 0,28 | -    | 0,03 | 0,03 |      |    |
| G            | апатія                  | 0  | 0,00     | 5        | 27,78      | 2        | 11,76    | 1          | 6,67     | 5        | 7,35       | 0,01     | 0,10     | 0,22       | 0,19     | 0,24     | 0,12   | 0,02     | 0,01     | 0,10 | 0,22 | 0,19  | 0,24 | 0,12 | 0,02  | 0,62 | 0,55 | 0,93 | 0,93 |      |    |
| H            | розгальмован.           | 0  | 0,00     | 0        | 0,00       | 0        | 0,00     | 0          | 0,00     | 0        | 0,00       | -        | -        | -          | -        | -        | -  | -        | -        | -    | -    | -     | -    | -    | -     | -    | -    | -    | -    |      |    |
| I            | дратівливість           | 6  | 27,27    | 7        | 38,89      | 5        | 29,41    | 3          | 20,00    | 6        | 8,82       | 0,44     | 0,88     | 0,61       | 0,03     | 0,55     | 0,24   | <0,01    | 0,44     | 0,88 | 0,61 | 0,03  | 0,55 | 0,24 | <0,01 | 0,54 | 0,02 | 0,21 | 0,21 |      |    |
| J            | неадекв. рух. поведінка | 0  | 0,00     | 0        | 0,00       | 0        | 0,00     | 0          | 0,00     | 0        | 0,00       | -        | -        | -          | -        | -        | -  | -        | -        | -    | -    | -     | -    | -    | -     | -    | -    | -    | -    |      |    |
| K            | сон                     | 8  | 36,36    | 5        | 27,78      | 5        | 29,41    | 2          | 13,33    | 24       | 35,29      | 0,56     | 0,65     | 0,12       | 0,93     | 0,91     | 0,31   | 0,55     | 0,56     | 0,65 | 0,12 | 0,93  | 0,91 | 0,31 | 0,55  | 0,27 | 0,65 | 0,10 | 0,10 |      |    |
| L            | поруш. харч. поведінки  | 0  | 0,00     | 0        | 0,00       | 1        | 5,88     | 0          | 0,00     | 0        | 0,00       | -        | -        | -          | -        | -        | -  | -        | -        | -    | -    | -     | -    | -    | -     | -    | -    | -    | -    |      |    |

Примітки: достовірні відмінності частот ознак в парах груп порівняння (p<0,05) виділені заливкою сірого кольору.

Таблиця 2

**Вираженість психопатологічних симптомів у осіб із судинною деменцією різної локалізації**

| Компонент №1 | Ознака (симптом)        | Частота ознак в групах порівняння в абсолютних (осіб) та відносних (%) величинах |          |          |            |          |          |            |          |          |            |          |          |            |          |          | Достовірність відмінностей частот ознак в парах груп порівняння (p) за критерієм t |          |          |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |    |
|--------------|-------------------------|--|----------|----------|------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|----------|----------|--|----------|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|
|              |                         | Г1 (n=22)  |          |          | Г2 (n=18)  |          |          | Г3 (n=17)  |          |          | Г4 (n=15)  |          |          | Г5 (n=68)  |          |          | Г1   |          |          | Г2   |      |      | Г3   |      |      | Г4   |      |      | Г5   |      |    |
|              |                         | Абс., осіб   | Відн., % | Відн., % | Абс., осіб | Відн., % | Відн., % | Абс., осіб | Відн., % | Відн., % | Абс., осіб | Відн., % | Відн., % | Абс., осіб | Відн., % | Відн., % | Абс., осіб   | Відн., % | Відн., % | Г2   | Г3   | Г4   | Г5   | Г2   | Г3   | Г4   | Г5   | Г2   | Г3   | Г4   | Г5 |
| A            | марення                 | 8±3,17   | 7±2,72   | 8±2,66   | 8±2,66     | 7±3,19   | 5±1,71   | 0,35       | 0,50     | 0,35     | 0,05       | 0,37     | 0,50     | 0,17       | 0,36     | 0,08     | 0,16   | 0,35     | 0,50     | 0,35 | 0,05 | 0,37 | 0,50 | 0,17 | 0,36 | 0,08 | 0,16 | -    | -    | -    |    |
| B            | галюцинації             | 6±2,13   | 5±1,44   | 5±1,21   | 5±1,21     | 5±1,44   | 5±0,61   | 0,33       | 0,31     | 0,33     | 0,27       | 0,33     | 0,31     | 0,33       | 0,27     | -        | -  | -        | 0,33     | 0,31 | 0,33 | 0,27 | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |    |
| C            | ажитація                | 8±3,22   | 7±3,72   | 8±3,52   | 8±3,52     | 8±3,94   | 5±1,53   | 0,32       | 0,50     | 0,50     | 0,03       | 0,35     | 0,35     | 0,14       | 0,50     | 0,07     | 0,09   | 0,32     | 0,50     | 0,50 | 0,03 | 0,35 | 0,35 | 0,14 | 0,50 | 0,07 | 0,09 | 0,09 | 0,09 |      |    |
| D            | депресія                | 7±2,78   | 8±3,64   | 8±3,53   | 8±3,53     | 10±3,96  | 8±3,56   | 0,35       | 0,34     | 0,13     | 0,27       | 0,35     | 0,34     | 0,13       | 0,27     | 0,50     | 0,24   | 0,18     | 0,35     | 0,34 | 0,13 | 0,27 | 0,50 | 0,26 | 0,50 | 0,24 | 0,50 | 0,18 | 0,18 |      |    |
| E            | тривога                 | 5±1,06   | 9±4,73   | 7±1,70   | 7±1,70     | 10±4,54  | 9±3,57   | 0,08       | -        | 0,11     | 0,01       | 0,01     | 0,11     | 0,01       | 0,01     | 0,25     | 0,39   | 0,36     | 0,08     | -    | 0,11 | 0,01 | 0,25 | 0,39 | 0,50 | 0,22 | 0,16 | 0,36 | 0,36 |      |    |
| F            | ейфорія                 | 8±2,83   | -        | -        | -          | 5±1,44   | -        | -          | 5±1,44   | -        | -          | 0,02     | -        | -          | -        | -        | -  | -        | -        | -    | 0,02 | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |      |    |
| G            | апатія                  | -  | 10±5,24  | 9±3,00   | 9±3,00     | 7±2,11   | 7±1,84   | -          | -        | 7±2,11   | -          | -        | -        | -          | -        | 0,38     | 0,20   | 0,13     | 0,50     | -    | -    | 0,38 | 0,20 | 0,13 | 0,31 | 0,21 | 0,50 | 0,50 |      |      |    |
| H            | розгальмован.           | -  | -        | -        | -          | -        | -        | -          | -        | -        | -          | -        | -        | -          | -        | -        | -  | -        | -        | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |      |    |
| I            | дратівливість           | 7±3,22   | 8±4,25   | 9±4,24   | 9±4,24     | 8±3,62   | 5±1,43   | 0,32       | 0,20     | 0,35     | 0,10       | 0,35     | 0,20     | 0,35       | 0,10     | 0,37     | 0,04   | 0,10     | 0,32     | 0,20 | 0,35 | 0,10 | 0,35 | 0,50 | 0,05 | 0,37 | 0,04 | 0,10 | 0,10 |      |    |
| J            | неадекв. рух. поведінка | -  | -        | -        | -          | -        | -        | -          | -        | -        | -          | -        | -        | -          | -        | -        | -  | -        | -        | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |      |    |
| K            | сон                     | 5±2,52   | 5±2,60   | 5±2,48   | 5±2,48     | 3±1,68   | 5±2,40   | 0,50       | 0,50     | 0,11     | 0,50       | 0,11     | 0,50     | 0,11       | 0,50     | 0,14     | 0,50   | 0,07     | 0,50     | 0,50 | 0,11 | 0,50 | 0,14 | 0,50 | 0,14 | 0,50 | 0,14 | 0,50 | 0,07 | 0,07 |    |
| L            | поруш. харч. поведінки  | -  | -        | 7±1,70   | 7±1,70     | -        | -        | -          | -        | -        | -          | -        | -        | -          | -        | -        | -  | -        | -        | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |    |

Примітки: достовірні відмінності частот ознак в парах груп порівняння (p<0,05) виділені заливкою сірого кольору.

1. *Марення*, компонент А за шкалою NPI. Примітно, що осіб із тотальним ураженням ГМ спостерігалася найменша вираженість маревних переживань, що може бути зумовлено значною площею ураження нейронних структур, що не дає можливості розвинути повноцінним маревним ідеям через сильне пошкодження анатомо-фізіологічного субстрату. Статистично значущої різниці між силою вираженості та частотою виникнення маревних ідей між групами виявлено не було.

2. *Галюцинації*, компонент В за шкалою NPI. У осіб із Г1 галюцинаторні феномени виникають помітно частіше ніж в інших групах, однак статистично значущою була різниця лише із Г5 ( $p < 0,05$ ).

3. *Ажитация*, компонент С за шкалою NPI. У групі з тотальним ураженням ГМ поширеність та сила вираженості ажитации було помітно меншою, ніж в інших групах ( $p < 0,05$  було встановлено для пар Г1 – Г5 та Г2 – Г5), в той час як між групами із визначеною локалізацією ураження (Г1 – Г4) ні за частотою зустрічаємості, ні за вираженістю даного симптому статистично значущих відмінностей виявлено не було.

4. *Депресія*, компонент D за шкалою NPI. Звертає на себе увагу, що у Г4 відмічалася найвища сила вираженості депресивних переживань, що, однак, не продемонструвала статистично значущої різниці із іншими групами.

5. *Тривога*, компонент Е за шкалою NPI. У Г1 відмічається як найнижча розповсюдженість, так і найменша вираженість тривожності ( $p < 0,05$  для пари Г1 – Г2). В Г3, при низькій розповсюдженості тривоги, відмічається значна її інтенсивність.

6. *Ейфорія*, компонент F за шкалою NPI, не було виявлено у осіб із Г2, Г3, та Г5. Звертає на себе увагу, що найбільша вираженість та поширеність ейфорії відмічається у пацієнтів із ураження лобних часток, низька поширеність та помірна вираженість – у пацієнтів із ураженням потиличних часток, в той час як в інших групах подібна симптоматика взагалі не відмічалася. Згідно критерію Краскела-Уоліса, відмінності є достовірними та статистично значущими для всіх груп ( $p < 0,05$ ).

7. *Апатія*, компонент G за шкалою NPI. Примітно, що найвища розповсюдженість та вираженість апатії відмічалася у осіб із ураженням скроневої частки, а в осіб із ураженням лобних часток подібна симптоматика виявлена не була. Згідно критерію Краскела-Уоліса, відмінності є достовірними та статистично значущими для всіх груп ( $p < 0,05$ ).

8. *Розгальмованість*, компонент H за шкалою NPI, у клінічно значущих проявах у пацієнта жодної з груп виявлена не була. Це може бути пояснено інтерпрета-

цією наявних поодиноких елементів розгальмованої поведінки в рамках субшкали I (дратівливість) через схожий зміст питань у даних субшкалах.

9. *Дратівливість*, компонент I за шкалою NPI. Звертає на себе увагу, що найменша розповсюдженість та сила вираженості дратівливості відмічалася у осіб із тотальним ураженням ГМ, що може бути пояснено вищою виснажливістю нейрофізіологічних субстратів у осіб даної групи. Згідно критерію Краскела-Уоліса, відмінності є достовірними та статистично значущими для всіх груп ( $p < 0,05$ ).

10. *Неадекватна рухова поведінка*, компонент J за шкалою NPI, не була виявлена в обсязі, що досягав би клінічного цензу, у жодного з пацієнтів Г1-Г5. Це може бути пояснено депримацією внаслідок неврологічного дефіциту, сформованого як результат постінсультних станів/важкої дисциркуляторної енцефалопатії.

11. *Порушення сну*, компонент K за шкалою NPI. Примітно, що при достатньо високій розповсюдженості порушень сну у всіх групах, спостерігалася невисока вираженість даного симптому. У групі з ураженням потиличний часток відмічалася найнижча поширеність та інтенсивність порушень сну.

12. *Порушення харчової поведінки*, компонент L за шкалою NPI, не було виявлено у осіб із Г1, Г2, Г3 та Г5; даний симптом було виявлено у тільки 1 особи із Г3 (5,88%). Така низька зустрічальність даного симптому може бути пояснена локалізацією центрів голоду та спраги в стволі мозку, ураження якого у обстеженого контингенту не відбувалося.

#### **Висновки:**

1. У осіб із ураженням лобних часток ГМ було виявлено відсутність проявів апатії, незважаючи на її значну інтенсивність в інших групах, а також найбільша вираженість та поширеність ейфорії та як найнижча розповсюдженість, так і найменша вираженість тривожності. Також у даній групі відмічалася найвища частота галюцинаторних феноменів. Виглядає доцільним проводити більш ретельний скринінг на наявність позитивної симптоматики у осіб із діагностованим ураженням лобних часток

2. Найвища розповсюдженість та вираженість апатії відмічалася у осіб із ураженням скроневої частки ГМ. Доцільним є призначення активуючої психотерапії та/або розгальмовуючих психофармакологічних засобів для осіб із судинною деменцією із локалізацією у скроневої частках.

3. В осіб із ураженням тім'яних долей ГМ, при низькій розповсюдженості тривоги, відмічається значна її інтенсивність, хоча така дисоціація була нехарактерна



для інших груп; цей факт може зумовлювати необхідність у більш ретельному обстеженні пацієнтів із ураженням з метою раннього виявлення тривоги для раннього початку її лікування.

4. У осіб із ураженням потиличних долей ГМ відмічалася найнижча поширеність та інтенсивність порушень сну, а також відмічалася найвища сила вираженості депресивних переживань при помірній її поширеності. Однак особи із деменцією судинного генезу із локалізацією у потиличних частках не продемонстрували статистично значущого підвищення поширеності чи сили вираження психопатологічної симптоматики порівняно з іншими групами, а тому не потребують специфічної превентивної тактики щодо можливості виникнення супутній нейропсихіатричних порушень.

5. У осіб із тотальним ураженням ГМ спостерігалася найнижча поширеність та сила вираженості маревних переживань, дратівливості та ажитації. Загалом у осіб із тотальним ураженням ГМ судинного генезу відмічалася невисока поширеність та сила вираженості психопатологічної симптоматики порівняно з іншими групами. Звертає на себе увагу висока частота та інтенсивність порушень сну у даній категорії пацієнтів, однак зважаючи на наявність статистично значущих відмінностей за цим параметром лише у парі Г4 – Г5, проведення специфічної діагностики чи лікування не виглядає доцільним.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Matsuoka T., Ismail Z., Narumoto J. Prevalence of mild behavioral impairment and risk of dementia in a psychiatric outpatient clinic // *Journal of Alzheimer's Disease*. – 2019. – №. Preprint. – С. 1-9. DOI: 10.3233/JAD-190278
2. Linnemann C., Lang U. E. Pathways Connecting Late-Life Depression and Dementia // *Frontiers in Pharmacology*. – 2020. – Т. 11. – С. 279. PMID: 18979948
3. Creese B. et al. Mild behavioral impairment as a marker of cognitive decline in cognitively normal older adults // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2019. – Т. 27. – №. 8. – С. 823-834. DOI: 10.1016/j.jagp.2019.01.215
4. Fischer C. E., Agüera-Ortiz L. Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause? // *International psychogeriatrics*. – 2018. – Т. 30. – №. 2. – С. 209-219. DOI: 10.1017/S1041610217000874
5. Poulin S. P., Bergeron D., Dickerson B. C. Risk factors, neuroanatomical correlates, and outcome of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease // *Journal of Alzheimer's Disease*. – 2017. – Т. 60. – №. 2. – С. 483-493. DOI: 10.3233/JAD-160767.
6. T O'Brien J., Thomas A. Vascular dementia // *The Lancet*. – 2015. – Т. 386. – №. 10004. – С. 1698-1706.
7. Волощук Д. А. Психотерапевтичний супровід хворих на судинну деменцію // *Архів психіатрії*. – 2016. – №. 22, № 2. – С. 126-127. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh\\_2016\\_22\\_2\\_41](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_41)

8. O'Connor C. M. et al. Longitudinal change in everyday function and behavioral symptoms in frontotemporal dementia // *Neurology: Clinical Practice*. – 2016. – Т. 6. – №. 5. – С. 419-428. DOI: 10.1212/CPJ.0000000000000264
9. Van Langenhove T. et al. Comparing longitudinal behavior changes in the primary progressive aphasia // *Journal of Alzheimer's Disease*. – 2016. – Т. 53. – №. 3. – С. 1033-1042. DOI: 10.3233/JAD-160010
10. Одинак М. М. и др. Современные возможности нейровизуализации в дифференциальной диагностике когнитивных нарушений // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2012. – №. 52
11. Singh T. D. et al. Neuropsychiatric symptoms in primary progressive aphasia and apraxia of speech // *Dementia and geriatric cognitive disorders*. – 2015. – Т. 39. – №. 3-4. – С. 228-238. DOI: 10.1159/000369062.
12. Harris J. M. et al. Co-occurrence of language and behavioural change in frontotemporal lobar degeneration // *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*. – 2016. – Т. 6. – №. 2. – С. 205-213. DOI: 10.1159/000444848.
13. Kruskal W. H., Wallis W. A. Use of ranks in one-criterion variance analysis. // *Journal of the American Statistical Association*. – 1952. – Т. 47. – № 260. – pp. 583–621.

## REFERENCES

1. Matsuoka T., Ismail Z., Narumoto J. Prevalence of mild behavioral impairment and risk of dementia in a psychiatric outpatient clinic. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2019. Preprint. pp. 1-9. DOI: 10.3233/JAD-190278
2. Linnemann C., Lang U. E. Pathways Connecting Late-Life Depression and Dementia. *Frontiers in Pharmacology*. 2020. Vol. 11, p. 279. PMID: 18979948
3. Creese B. et al. Mild behavioral impairment as a marker of cognitive decline in cognitively normal older adults // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2019. Vol. 27, no. 8, pp. 823-834. DOI: 10.1016/j.jagp.2019.01.215
4. Fischer C. E., Agüera-Ortiz L. Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause? // *International psychogeriatrics*. 2018. Vol. 30, no. 2, pp. 209-219. DOI: 10.1017/S1041610217000874
5. Poulin S. P., Bergeron D., Dickerson B. C. Risk factors, neuroanatomical correlates, and outcome of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease // *Journal of Alzheimer's Disease*. 2017. Vol. 60, no. 2, pp. 483-493. DOI: 10.3233/JAD-160767.
6. 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.
7. Voloshshuk D. A. Psychotherapeutic support of patients with vascular dementia. *Archives of Psychiatry*. 2016. Vol. 22, no. 2, pp. 126-127. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh\\_2016\\_22\\_2\\_41](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_41) [In Ukr].

8. O'Connor C. M. et al. Longitudinal change in everyday function and behavioral symptoms in frontotemporal dementia. *Neurology: Clinical Practice*. 2016. Vol. 6, no. 5, pp. 419-428. DOI: 10.1212/CPJ.0000000000000264
9. Van Langenhove T. et al. Comparing longitudinal behavior changes in the primary progressive aphasia. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2016. Vol. 53, no. 3, pp. 1033-1042. DOI: 10.3233/JAD-160010
10. Oдинак М. М. et al. Modern possibilities of neuroimaging in the differential diagnosis of cognitive impairment // *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2012. no. 2 [In Rus].
11. Singh T. D. et al. Neuropsychiatric symptoms in primary progressive aphasia and apraxia of speech. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2015. Vol. 39, no. 3-4, pp. 228-238. DOI: 10.1159/000369062.
12. Harris J. M. et al. Co-occurrence of language and behavioural change in frontotemporal lobar degeneration. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*. 2016. Vol. 6, no. 2, pp. 205-213. DOI: 10.1159/000444848.
13. Kruskal W. H., Wallis W. A. Use of ranks in one-criterion variance analysis. // *Journal of the American Statistical Association*. 1952. Vol. 47, no. 260, pp. 583–621.

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТЫХ ДЕМЕНЦИЙ ПРИ РАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОЧАГОВ

---

**Злобин**

**Александр Александрович**

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, 61022, г. Харьков,  
площадь Свободы, 6  
zl.alex.doc@gmail.com  
ORCID ID: 0000-0002-8897-1017

---

**Актуальность.** Сосудистая деменция, вызванная различными по генезу, объему и локализации органическими повреждениями тканей головного мозга, проявляет себя широким спектром сопутствующей нейропсихиатрической симптоматики. Однако, несмотря на очевидную связь между локализацией сосудистых поражений и психопатологическими симптомами, которые проявляются у пациента, влияние физических характеристик мозговых повреждений, ставших причиной сосудистой деменции, и соответствующей нейропсихиатрической симптоматикой остаются малоизученными.

**Цель исследования** — изучить психопатологические особенности когнитивных нарушений у пациентов с сосудистой деменцией в зависимости от локализации очага поражения.

**Контингенты и методы.** Обследовано 157 человек с диагнозом сосудистой деменции, были разделены на пять групп: группа 1 — 22 пациента с локализацией патологического процесса в лобной доле; группа 2 — 18 пациентов с поражением височной доли; группа 3 — 17 пациентов с поражением теменной доли; группа 4 — 15 пациентов с поражением затылочной доли и группа 5 — 68 человек с тотальным поражением головного мозга.

**Результаты.** Установлено, что поражениям лобных долей присущи высокая частота эйфории и галлюцинаторных феноменов, а также незначительные проявления апатии и тревожности; поражениям височной доли - высокая частота и выраженность апатии; поражениям теменных долей - низкая частота тревоги в сочетании с ее высокой интенсивностью; поражениям затылочных долей - интенсивные депрессивные переживания (в тех случаях, когда они имели место), тотальным поражениям головного мозга — самая низкая распространенность и интенсивность бредовых переживаний, раздражительности и агитации

**Выводы.** В ходе комплексного исследования у больных сосудистой деменцией определены специфические для каждой локализации поражения головного мозга спектры нейропсихиатрической симптоматики, что создает необходимые предпосылки для раннего применения дифференцированных терапевтически-реабилитационных мероприятий и, соответственно, для повышения качества жизни пациентов этой категории.

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

## PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF VASCULAR DEMENTIA WITH DIFFERENT LOCALIZATION OF PATHOLOGICAL FOCUSES

---

**Oleksandr Zlobin**

V.N. Karazin Kharkiv National University, 61022, Kharkiv, Svobody Square, 6  
zl.alex.doc@gmail.com  
ORCID ID: 0000-0002-8897-1017

---

**Relevance.** Vascular dementia, caused by various organic lesions, volume and location of organic damage to brain tissue, manifests itself in a wide range of concomitant neuropsychiatric symptoms. However, despite the obvious link between the location of vascular lesions and the patient's psychopathological symptoms, the effects of the physical characteristics of the brain damage that caused the vascular dementia and the corresponding neuropsychiatric symptoms remain poorly understood.

The aim of the study was to investigate psychopathological features of cognitive impairment in patients with vascular dementia depending on the location of the lesion.

**Contingents and methods.** 157 people with a diagnosis of vascular dementia were examined, divided into five groups: group 1 — 22 people with localization of the pathological process in the frontal lobe; group 2 — 18 patients with temporal lobe lesions; group 3 — 17 patients with parietal lobe lesions; group 4 — 15 patients with occipital lobe lesions and group 5 — 68 people with total lesions.

**Results:** It was found that the lesion of the frontal lobes is characterized by a high frequency of euphoria and hallucinatory phenomena, as well as minor manifestations of apathy and anxiety; lesion of the temporal lobe — the highest frequency and severity of apathy; parietal lesions — low frequency of anxiety combined with its high intensity; occipital lesions — intense depressive experiences (in cases where they occurred), total brain damage — the lowest prevalence and intensity of delusional feelings, irritability and agitation.

**Conclusions.** A comprehensive study of patients with vascular dementia identified specific to each localization of brain lesions spectra of neuropsychiatric symptoms, which creates the necessary conditions for early application of differentiated therapeutic and rehabilitation measures and, accordingly, to improve the quality of patients life in this category.

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