

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗМІШАНОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», Одеса

Визначено особливості соціального функціонування пацієнтів зі змішаною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами. Доведено, що величина загального соціального функціонування пацієнтів відповідала діапазону порушень від вираженого погіршення функціонування у соціальній і професійній сферах до потреби у спостереженні для підтримки мінімальної особистої життєдіяльності.

Ключові слова: змішана деменція, галюцинаторні розлади, параноїдні розлади, соціальне функціонування.

За оцінками експертів ВООЗ, у 2010 р. у всьому світі на деменцію хворіли 35,6 млн осіб. Кожні 20 років кількість таких хворих за прогнозами фахівців буде майже подвоюватися і становитиме 65,7 млн у 2030 р. й 115,4 млн — у 2050 р. Щороку у світі реєструється близько 7,7 млн нових випадків деменції, що відповідає появі одного з них кожні чотири секунди [1, 2].

Згідно зі світовими епідеміологічними даними, найчастішими формами деменції є: типу Альцгеймера — 60 %, судинна — 15 %, з тільцями Леві — 15 %, лобно-скронева — до 5 %, через інші причини (хвороба Паркінсона, хорея Гентингтона, травма, пухлина) — до 10 % [2, 3]. Несвоєчасне виявлення деменції і, як наслідок, запізніле призначення відповідної терапії зумовлюють істотно гірші перебіг і прогноз хвороби, сприяють ранній інвалідації й порушенню автономії пацієнтів [3].

Останніми десятиліттями актуальність і медико-соціальна значущість деменцій зростають практично всюди, особливо у розвинених країнах [4, 5]. Це пов'язано зі збільшенням тривалості життя, поширеністю і тенденцією до зростання захворюваності, істотним впливом деменції на якість життя самих пацієнтів та їхніх родичів, формуванням соціальної дезадаптації хворих, часом працездатного віку, величезними економічними витратами на лікування та догляд. На сьогоднішній день проблема деменції позначилася як одна з пріоритетних у сучасній науці поряд з інсультом, епілепсією і розсіяним склерозом [1, 2, 6–8].

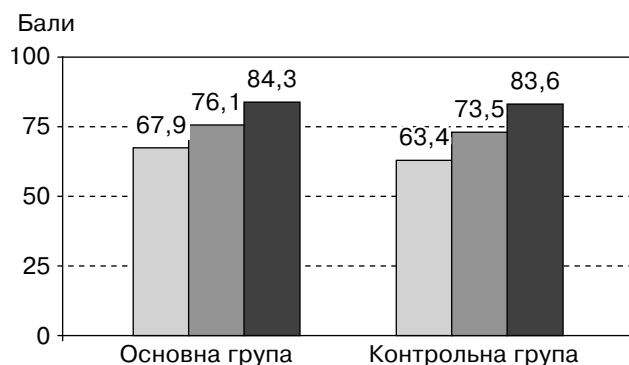
Мета цього дослідження — визначити особливості соціального функціонування (СФ) пацієнтів зі змішаною деменцією (ЗД), ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР).

Вивчення особливостей СФ хворих зі ЗД було проведено на вибірці 72 пацієнтів із хворобою Альцгеймера (ХА) з пізнім початком і судинним

захворюванням головного мозку, деменцією з галюцинаторно-параноїдними симптомами — F00.1 (1–2) та F01.3 (1–2) за МКХ-10 (основна група). Як контрольна група у дослідженні взяв участь 61 пацієнт із ХА з пізнім початком і судинним захворюванням головного мозку, не ускладненою психотичними розладами (F00.1; F01.3).

У дослідженні було використано комплексний підхід, що реалізовувався за допомогою клініко-психопатологічного методу, доповненого використанням таких шкал: глобального функціонування (Global Assessment Functionally — GAF); обмеження життєдіяльності (Psychiatric Disability Assessment Schedule — WHO (DAS)); Брістольської шкали активності у повсякденному житті (Bristol Activity Daily Life Scale — BADL); структурованого інтерв'ю «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта»; поведінкових розладів (Behavioral Pathology in Alzheimer Disease — BEHAVE-AD) [9–11].

Особливості глобального СФ хворих зі ЗД, ускладненою ГПР, порівняно з контрольною групою хворих вивчено за допомогою шкали GAF (рисунок).



Особливості соціального функціонування пацієнтів зі змішаною деменцією, ускладненою психотичними розладами: □ — M+σ, ■ — M, ■ — M-σ

Таблиця 1

Фактори обмеження життєдіяльності хворих зі змішаною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами

Фактори	Основна група	Контрольна група
	%±m%	
<i>Шкала «Загальні поведінкові дисфункції»</i>		
Самообслуговування	55,6±6,2**	36,1±4,9
Інтереси та зайнятість	58,3±6,7	54,1±6,2
Діяльність у сім'ї і побуті	56,9±6,4*	44,3±5,4
Спілкування та ізоляція	63,9±7,2**	40,9±5,2
<i>Шкала «Виконання соціальних ролей»</i>		
Участь у домашніх справах	59,7±6,8*	47,5±5,7
Виконання сімейної ролі	56,9±6,4	50,8±6,0
Виконання шлюбної ролі	58,3±6,7	52,5±6,1
Виконання шлюбної ролі поза шлюбом	15,3±1,8	16,4±3,3
Виконання батьківської ролі	65,3±7,5*	50,8±6,0
Соціальні контакти	65,3±7,5**	47,5±5,7
Виконання професійної ролі 1	12,5±1,5	13,1±3,0
Виконання професійної ролі 2	76,4±9,3	68,9±7,6
Зацікавленість і поінформованість	76,4±9,3**	57,4±6,6
Поведінка у нестандартних і складних умовах	69,4±8,1	63,9±7,1

* Відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$; ** при $p < 0,01$. Те саме у табл. 4.

Аналіз глобального функціонування показав, що у хворих зі ЗД, ускладненою ГПР, воно становить 24,7±7,5 бала [17,2–32,2] ($p < 0,05$) і характеризується погіршенням функціонування у соціальній і професійній сферах, варіює у межах від вираженого погіршення до потреби у спостереженні для підтримки мінімальної особистої життєдіяльності. У пацієнтів зі ЗД без психотичних розладів величина глобального функціонування становить 31,5±9,1 бала [22,4–40,6] ($p < 0,05$) і характеризується погіршенням функціонування у соціальній і професійній сферах і варіює у межах від серйозного погіршення до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності.

За даними, отриманими за допомогою шкали WHO DAS, можна визначити основні фактори обмеження життєдіяльності хворих зі ЗД, ускладненою ГПР (табл. 1).

За результатами вивчення факторів обмеження життєдіяльності пацієнтів зі ЗД, ускладненою ГПР, порівняно з хворими без психотичних розладів можна констатувати, що в обстежених основної групи ГПР впливають на функції їх життєдіяльності, зокрема самообслуговування (занедбаний вигляд, ухилення від загальноприйнятих норм особистої гігієни тощо) (55,6% випадків), тоді як у контрольній групі ця дисфункція спостерігалася у 36,1% пацієнтів ($p < 0,01$). Наявність психотичних розладів у 56,9% осіб основної групи впливала на ефективність і потребу діяльності у сім'ї і побуті (низькі можливості, швидкість і потреба у самостійному виконанні різних сімейних і побутових завдань), а в контрольній — лише у 44,3% випадків відзначалася ця дисфункція ($p < 0,05$). У більшості (63,9%) осіб основної групи галюцинаторно-параноїдні прояви впливали на функцію спілкування (низький рівень соціальних контактів, комунікаційних умінь, готовності до спілкування і т. п.) ($p < 0,01$).

В основній групі у 59,7% хворих реєструвався вплив параноїдної симптоматики на ефективність та рівень участі у домашніх справах (низький рівень у прийнятті сімейних рішень, спілкуванні з близькими родичами й рідними, у спільних соціальних та побутових справах), у контролі цю дисфункцію було зафіксовано у 47,5% випадків ($p < 0,05$). У більшості (65,3%) пацієнтів основної групи ГПР впливали на потребу та ефективність у виконанні батьківської ролі (низька зацікавленість життям дітей, відсутність потреби у турботі про них, у спільному проведенні часу, участі в інтересах дітей тощо), а в контрольній групі — у 50,8% випадків ($p < 0,01$). Визначався також вплив психотичної симптоматики на ефективність і потребу у соціальних контактах (труднощі у спілкуванні, пов'язані з низькими комунікативними

можливостями і потребою в спілкуванні) (65,3% пацієнтів), у контрольній групі ця дисфункція спостерігалася лише у 47,5% ($p < 0,01$). Визначено дію ГПР на рівень зацікавленості та поінформованості (низька зацікавленість і орієнтація у подіях, що відбуваються у суспільстві) у 76,4% пацієнтів, у контрольній групі — у 57,4% ($p < 0,01$).

Аналіз інформативності виділених за допомогою шкали WHO DAS факторів обмеження життєдіяльності хворих основної групи зі ЗД ($p < 0,05$ і $p < 0,01$) порівняно з контролем, діагностичні коефіцієнти (ДК) та міру інформативності (МІ) відображено у табл. 2.

Отже, найбільш інформативними факторами обмеження життєдіяльності хворих зі ЗД, ускладненою психозом, є дисфункція: спілкування (ДК = -1,93, МІ = 0,22 при $p < 0,004$); у самообслуговуванні (ДК = -1,88, МІ = 0,18 при $p < 0,01$); у соціальних контактах хворого (ДК = -1,38, МІ = 0,12 при $p < 0,01$);

Таблиця 2

Діагностичні коефіцієнти і міра інформативності факторів обмеження життєдіяльності хворих зі змішаною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами

Фактор обмеження життєдіяльності	Оцінка вираженості (бали)	ДК	МІ
Дисфункція у спілкуванні	≥ 3	-1,93	0,22
Дисфункція у самообслуговуванні	≥ 3	-1,88	0,18
Дисфункція у соціальних контактах	≥ 3	-1,38	0,12
Дисфункція зацікавленості й поінформованості	≥ 3	-1,24	0,12
Дисфункція діяльності у сім'ї і побуті	≥ 3	-1,09	0,10
Дисфункція виконання батьківської ролі	≥ 3	-1,09	0,10
Дисфункція участі у домашніх справах	≥ 3	-1,00	0,10
Сума за сукупністю ознак		-9,61	0,94

зацікавленості й поінформованості (ДК = -1,24, МІ = 0,12 при $p < 0,01$); діяльності в сім'ї і побуті (ДК = -1,09, МІ = 0,1 при $p < 0,05$); виконання батьківської ролі (ДК = -1,09, МІ = 0,1 при $p < 0,03$); участі у домашніх справах (ДК = -1,00, МІ = 0,1 при $p < 0,05$) (табл. 2).

Результати вивчення факторів обмеження життєдіяльності хворих на ЗД, ускладнену ГПР, проведеного за допомогою шкали BADL, подано у табл. 3.

Аналіз результатів вивчення факторів обмеження життєдіяльності пацієнтів із ЗД, ускладненою ГПР, порівняно з контролем показав, що в основній групі більш вираженими є порушення таких функцій життєдіяльності, як:

— навички та потреба в одяганні (у діапазоні від одягання у неправильному порядку, неохайності в одязі до нездатності допомагати доглядальнику при одяганні або відсутності бажання одягатися) ($2,2 \pm 0,4$ бала). У контрольній групі порушення цих навичок відповідали функціональному діапазону в $1,3 \pm 0,3$ бала ($p < 0,05$);

— навички та потреба у вмиванні (у діапазоні від можливості вмиватися самостійно при нагадуванні кожного з етапів і під наглядом доглядальника до неможливості, небажання вмиватися самостійно і потреби у сторонній допомозі) ($2,4 \pm 0,4$ бала). У контрольній групі порушення цих навичок умовно відповідало функціональному діапазону в $1,3 \pm 0,3$ бала ($p < 0,05$);

Таблиця 3

Фактори обмеження життєдіяльності хворих на змішану деменцію, ускладнену галюцинаторно-параноїдними розладами

Фактор обмеження життєдіяльності	Основна група	Контрольна група
	M±σ	
Приготування їжі	2,3±0,2	1,9±0,3
Вживання їжі	1,9±0,3	1,6±0,3
Приготування напоїв	2,0±0,3	1,8±0,2
Вживання напоїв	1,4±0,2	1,2±0,3
Одягання	2,2±0,4*	1,3±0,3
Умивання	2,4±0,4*	1,3±0,3
Чищення зубів	2,4±0,3*	1,3±0,3
Прийняття ванни/душа	2,6±0,3	2,4±0,4
Користування туалетом	1,6±0,3	1,4±0,4
Пересування	1,1±0,3	1,0±0,2
Ходьба	1,4±0,3	1,3±0,3
Орієнтація у часі	2,2±0,4	2,0±0,5
Орієнтація у місці	2,1±0,3	1,6±0,3
Комунікація	2,7±0,3 *	1,7±0,3
Користування телефоном	2,2±0,4	2,0±0,4
Домашня робота/робота в саду	2,5±0,4 *	1,4±0,4
Здатність робити покупки	2,7±0,3	2,4±0,4
Розпорядження фінансами	2,6±0,3	2,3±0,3
Ігри/хобі	2,3±0,4	2,0±0,4
Користування транспортом	2,2±0,3	1,9±0,4

* Відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$.

— уміння і потреба у чищенні зубів (у діапазоні від надання хворому допомоги до нездатності, небажання чистити зуби без сторонньої допомоги) ($2,4 \pm 0,3$ бала). У контролі порушення навичок чищення зубів було значно меншим ($1,3 \pm 0,3$ бала при $p < 0,05$);

— комунікація (у діапазоні від розуміння себе, але відчуття труднощів у розумінні інших до повністю порушених комунікацій) ($2,7 \pm 0,3$ бала); у контролі вираженість цих порушень набувала лише $1,7 \pm 0,3$ бала ($p < 0,05$);

— навички роботи по дому/в саду (у діапазоні від обмеженої участі у домашній роботі навіть під наглядом до нездатності/небажання нею займатися) ($2,5 \pm 0,4$ бала). У контрольній групі ці порушення відповідали функціональному діапазону в $1,4 \pm 0,4$ бала ($p < 0,05$).

Особливості СФ пацієнтів із деменцією, ускладненою ГПР, вивчалися також у діаді «пацієнт — доглядальник». Такий підхід є вкрай

Таблиця 4

Ресурс сімейної підтримки хворих на змішану деменцію, ускладнену галюцинаторно-параноїдними розладами

Ресурс	Основна група	Контрольна група
	M±σ	
Достатній	18,1±2,1	34,4±4,7*
Обмежений	38,9±4,5	50,8±6,0*
Низький	43,1±4,8**	14,8±3,1

Таблиця 5

Оцінка психопатологічних симптомів доглядальниками у пацієнтів зі змішаною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами

Показники	Основна група	Контрольна група
	M±σ	
Симптоми, що не турбують доглядальника і безпечні для пацієнта	8,3±1,0	11,5±2,7
Симптоми, що незначно турбують доглядальника і безпечні для пацієнта	12,5±1,5	39,3±5,1
Симптоми, що помірно турбують доглядальника і безпечні для пацієнта	44,4±4,9*	27,9±4,3
Симптоми, що значно турбують доглядальника і (або) нестерпні для пацієнта	34,7±4,0*	21,3±3,8

www.mps.kh.ua

важливим у вивченні цієї проблеми у зв'язку з недостатніми соціально-психологічними, професійними і соціально-побутовими можливостями пацієнтів зі ЗД.

Вивчення ресурсу сімейної підтримки хворих на ЗД, ускладнену ГПР, проведене за допомогою шкали структурованого інтерв'ю, дало змогу отримати такі результати (табл. 4).

Оцінка ресурсу сімейної підтримки хворих зі ЗД, ускладненою ГПР, свідчить про переважання доглядальників із низьким ресурсом сімейної підтримки (43,1%), у той час коли в контрольній групі вони не перевищували груповий рівень у 14,8% ($p < 0,01$). Було визначено, що у групі хворих зі ЗД без ГПР 34,4% доглядальників були із достатнім ресурсом сімейної підтримки і 50,8% — з обмеженим ($p < 0,05$). В основній групі доглядальники із достатнім ресурсом сімейної підтримки не перевищували груповий рівень у 18,1%, а з обмеженим — у 38,9% ($p < 0,05$).

Оцінку впливу основних психопатологічних розладів хворих із ЗД основної групи до-

глядальниками, проведеною за допомогою шкали ВЕНАВЕ-AD, відображено у табл. 5.

В основній групі хворих зі ЗД психопатологічні розлади були виражені настільки, що у 44,4% випадків помірно, а у 34,7% значно тривожили доглядальників, у контрольній групі тільки у 27,9% випадків ці симптоми помірно та у 21,3% значно тривожили (турбували) доглядальників (ДК = -2,03, МІ = 0,17 при $p < 0,02$ та ДК = -2,12, МІ = 0,14 при $p < 0,04$ відповідно).

Отже, результати дослідження особливостей СФ у пацієнтів зі ЗД, ускладненою ГПР, дали змогу зробити такі висновки.

Доведено, що величина загального СФ пацієнтів відповідала діапазону порушень від вираженого погіршення функціонування у соціальній і професійній сферах до потреби у спостереженні для підтримки мінімальної особистої життєдіяльності.

Установлено виражений негативний вплив психотичних розладів на функції самообслуговування, спілкування, ефективність і потребу діяльності у сім'ї і рівень участі у домашніх справах, ефективність і потребу у виконанні батьківської ролі, на рівень зацікавленості та поінформованості.

Зафіксовано виражений вплив психотичних розладів на формування у хворих цієї групи обмежень життєдіяльності (у навичках самообслуговування (одягання, вмивання, чищення зубів), комунікації, роботі по дому/в саду).

Визначено, що більшість доглядальників пацієнтів зі ЗД, ускладненою ГПР, характеризувалися низьким ресурсом сімейної підтримки і наявністю помірної та вираженої стурбованості щодо психопатологічних симптомів пацієнтів.

Таким чином, отримані дані про СФ хворих зі ЗД, ускладненою ГПР, допомогли виявити основні проблеми їх соціально-побутового функціонування і розробити персоналізовану програму психосоціальної реабілітації пацієнтів із деменцією, яка перебігає з психотичними розладами.

Список літератури

1. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends.— Geneva: World Health Organization, 2015. WHO/MSD/MER/15.3.— URL: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf
2. Council of the European Union. Supporting people living with dementia: improve care policies and practice — council conclusions.— Brussels; 2015.— URL: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/councilconclusions_1505515_en.pdf
3. Дудук С. Л. К вопросу о диагностике болезни Альцгеймера / С. Л. Дудук // Журн. ГрГМУ.— 2009.— № 1.— С. 14–17.

4. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия.— 2013.— С. 16–19.
5. Atherosclerosis, dementia, and Alzheimer disease in the Baltimore Longitudinal Study of Aging cohort / H. Dolan, B. Crain, J. Troncoso [et al.] // Ann. Neurol.— 2010.— Vol. 68.— P. 231–240.
6. Левин О. С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции / О. С. Левин // Медпресс информ.— 2011.— 186 с.
7. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease / G. M. McKhann, D. S. Knopman, H. Chertkow [et al.] // Alzheim. dem.— 2011.— Vol. 7 (3).— P. 263–269.
8. Common core principles for supporting people with dementia: a guide to training the social care and health workforce. Leeds, Skills for Care & Skills for Health.— 2011.— URL: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_127587.pdf
9. 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.
10. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: метод. рек.; сост.: Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, А. Я. Вукс, В. Д. Вид.— СПб.: ИЦНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2007.— 24 с.
11. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use.— Geneva: WHO, 1988.— 96 p.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

К. В. ШЕВЧЕНКО-БИТЕНСКИЙ

Определены особенности социального функционирования пациентов со смешанной деменцией, осложненной галлюцинаторно-параноидными расстройствами. Доказано, что величина общего социального функционирования пациентов отвечала диапазону нарушений от выраженного ухудшения функционирования в социальной и профессиональной сферах до потребности в наблюдении для поддержания минимальной личной жизнедеятельности.

Ключевые слова: смешанная деменция, галлюцинаторные расстройства, параноидные расстройства, социальное функционирование.

FEATURES OF SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH MIXED DEMENTIA COMPLICATED BY HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS

K. V. SHEVCHENKO-BITENSKIY

The peculiarities of social functioning of the patients with mixed dementia complicated by hallucinatory-paranoid disorders have been determined. It has been proven that the magnitude of the patients overall social functioning corresponded to a range of impairments from the marked aggravation of functioning in social and professional spheres to the need in a follow-up to maintain minimal personal activity.

Key words: mixed dementia, hallucinatory disorders, paranoid disorders, social functioning.

Надійшла 18.07.2019