АНОТАЦІЯ

Злобін О. О. Психопатологічні особливості судинних деменцій при різній локалізації вогнищ уражень головного мозку. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – Медицина (Галузь знань 22 – Охорона здоров'я). – Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України, Харків, 2021.

Мета роботи розробити модель психотерапевтичного супроводу у осіб із СД з різною ЛВУ ГМ на основі таргетного симптомокомплексного підходу на основі визначення сталих комплексах психопатологічної симптоматики, притаманної особам з СД при різній ЛВУ ГМ.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що виявлено особливості психопатологічної симптоматики у пацієнтів з СД при різній ЛВУ ГМ, що дозволило розширити уявлення щодо семіотики органічних розладів з конкретною локалізацією; визначено кореляційні зв'язки психопатології у осіб із СД з різною ЛВУ ГМ, що вперше дозволило виявити наявність сталих симптомокомплексів, притаманних особам із встановленою ЛВУ ГМ; встановлено особливості доменів когнітивного функціонування у хворих із СД з різною ЛВУ ГМ, що в перспективі уможливлює створення персоналізованих стратегій реабілітації, направлених на відновлення ушкоджених функцій у хворих із СД з різною ЛВУ ГМ.

Практична значущість полягає в тому, що досліджено особливості когнітивних функцій хворих із СД з різною ЛВУ ГМ, що дозволяє прогнозувати рівень когнітивного зниження у осіб з ураженням відповідної частини ГМ; визначення сталих комплексів нейропсихіатричної симптоматики, притаманної особам із СД з різною ЛВУ ГМ уможливило створення таргетного симптомокомплекс-орієнтованого підходу для провадження більш персоналізованого психотерапевтичного супроводу осіб із СД з різною ЛВУ ГМ; розроблено модель психотерапевтичного супроводу

у осіб із СД з різною ЛВУ ГМ, що дозволяє підвищити ефективність лікування осіб із СД з різною ЛВУ ГМ, і, таким чином, покращити якість життя таких пацієнтів.

Дослідження було проведено на базі Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1 Філії «Центр охорони здоров'я » АТ «Укрзалізниця», де було обстежено 157 осіб із діагнозом СД. Усі пацієнти, що прийняли участь у дослідженні, відповідали критеріям включення та надали на це усвідомлену інформовану згоду. Клінічний діагноз СД було встановлено за уніфікованими критеріями МКХ-10.

Після оцінки локалізації судинних уражень за допомогою КТ та/або МРТ у обстежених контингентах було сформовано 5 груп. До групи 1 (Г1) увійшли 22 особи із локалізацією патологічного процесу переважно у лобній долі. Група 2 (Г2) складалася із 18 пацієнтів із переважним ураженням скроневої долі, група 3 (Г3) – із 17 пацієнтів із переважним ураженням тім'яної долі, група 4 (Г4) – із 15 пацієнтів із переважним ураженням потиличної долі. В усіх хворих із Г1-Г4 СД 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.

Оцінка когнітивних функцій проводилася за методиками Mini-Mental State Examination (MMSE) та Montreal – Cognitive Assessment (MoCA), із визначенням доменних особливостей когнітивних порушень. Оцінка психопатологічних порушень була проведена за допомогою клініко-психопатологічного методу та верифікована за допомогою Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Дослідження складалося з двох етапів. На першому етапі – *діагностичному* – були задіяні 5 груп осіб з СД при різній ЛВУ ГМ. В ході даного етапу було встановлено особливості доменів когнітивного функціонування у хворих із СД з різною ЛВУ ГМ, виявлено особливості психопатологічної симптоматики у пацієнтів з СД при різній ЛВУ ГМ,

визначено кореляційні зв'язки та сталі комплекси психопатології у осіб із СД з різною ЛВУ ГМ.

На другому етапі дослідження – *корекційному* – хворих було розділено на підгрупи за ознакою отримуваної терапії. До основної групи (ОГ) увійшли особи, що отримали психокорекційну допомогу за розробленими принципами на додаток до стандартних протокольних втручань, тоді як особи із групи контролю (ГК) отримували лише лікування, передбачене протоколом ведення хворих з деменцією. Метою даного етапу було розробити модель психотерапевтичного супроводу у осіб із СД з різною ЛВУ ГМ на основі таргетного симптомокомплексного підходу на основі визначення сталих комплексів психопатологічної симптоматики, притаманної особам з СД при різній ЛВУ ГМ. За результатами даного етапу було розроблено підходи до корекції психопатології у осіб із СД з різною ЛВУ ГМ.

Досліджено особливості когнітивних функцій хворих із СД з різною ЛВУ ГМ. У осіб із Г1 найбільш ураженим когнітивним доменом є абстракція, окрім того, суттєве когнітивне зниження спостерігається за таким доменами, як «відстрочене пригадування», «увага (цифри)» та «мова (повторення)». Звертає на себе увагу, що незважаючи на майже повну відсутність яскраво вираженого когнітивного дефіциту за окремими доменами (статистично значуще зниження лише для домену «абстракція»), загальний бал за шкалами MMSE та MoCA є невисоким та відповідає легкій деменції.

Для осіб із Г2 найбільше зниження когнітивного функціонування відбулося за такими доменами, як «відстрочене пригадування», «побіжність мови» та «рахування». Помітним також є зниження за доменами «мова (повторення)» та «увага (цифри)».

У осіб із Г3 найбільш ураженими когнітивними доменами є побіжність мови та мова (повторення); окрім того, суттєве когнітивне зниження спостерігається за таким доменом, як «відстрочене пригадування».

Для осіб із Г4 найбільш значне зниження когнітивного функціонування відбулося за такими доменами, як «зорово-конструктивні навички» та «називання предметів», що є прямим наслідком ураження центрів зору. Інших суттєвих порушень у представників Г4 виявлено не було, і загальний середній бал за шкалами MMSE та MoCA у них виявився найвищим серед усіх груп.

В осіб із Г5 загалом відмічалося найсильніше когнітивне зниження, порівняно із особами з груп із локалізованою патологією, яке відповідало помірній деменції. Більшість когнітивних доменів (зорово-конструктивні навички, відстрочене пригадування, абстракція, орієнтація, побіжність мови, мова (повторення), рахування та увага) продемонстрували статистично значуще зниження порівняно з іншими групами. Єдиним когнітивним доменом, який у більшості представників Г5 виявився майже неушкодженим, було називання предметів.

Виявлено особливості психопатологічної симптоматики у пацієнтів з СД при різній ЛВУ ГМ.

У осіб із Г1 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, а також найвища частота галюцинаторних феноменів. Найвища розповсюдженість та вираженість апатії відмічалася у осіб із Г2. В осіб із ураженням Г3, при низькій розповсюдженості тривоги, відмічається значна її інтенсивність, хоча така дисоціація була нехарактерна для інших груп. У осіб із Г4 відмічалася найнижча поширеність та інтенсивність порушень сну, а також найвища сила вираженості депресивних переживань при помірній її поширеності. У осіб із Г5 спостерігалася найнижча поширеність та сила вираженості маревних переживань, дратівливості та ажитації, та загалом невисока поширеність та сила вираженості психопатологічної симптоматики порівняно з іншими групами.

Визначено кореляційні зв’язки психопатології у осіб із СД з різною

ЛВУ ГМ, на основі чого виявлено сталі комплекси нейропсихіатричної симптоматики, притаманної особам із СД з різною ЛВУ ГМ. Виявленні наступні стійкі асоціації «локалізація – кластер»:

– лобова частка – субпсихотичний кластер: марення – галюцинації – ейфорія – ажитація – депресія (депресивна симптоматика в структурі даного кластеру може мати психотичне забарвлення та проявлятися симультанно з рештою симптомів, або ж являти собою постпсихотичну реакцію на погіршення психічного стану);

– скронева частка – астеноанксіозний кластер: тривога – дратівливість– ажитація – порушення сну – апатія (даний кластер нейропсихіатричної симптоматики виникає, найбільш вірогідно, у результаті швидкого виснажування нервової системи через патологію її органічного субстрату при збереженні можливостей до швидкого, хоча й короткотривалого, функціонального відновлення);

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

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

– тотальне ураження – астенопатоідеаторний кластер: апатія – дратівливість – ажитація – тривога – марення (даний кластер психопатології дещо нагадує астеноанксіозний кластер, проте в даному випадку психастенізація носить більш тотальний характер, а до типових проявів астенії додаються маревні включення).

Розроблено модель психотерапевтичного супроводу у осіб із СД з різною ЛВУ ГМ.

Основний вектор мінімізації та усунення тривоги у пацієнтів із СД спрямований на зміщення уваги зі стресових факторів на саногенні, емоційно нейтральні подразники.

Основний вектор мінімізації та усунення депресії у пацієнтів із СД спрямований на зміщення режиму емоційних переживань з негативного спектру на позитивний або, принаймні, нейтральний.

Основний вектор мінімізації та усунення апатії у пацієнтів із СД, спрямований на активізацію психічних процесів та відновлення мінімально прийнятного рівня емоційної реакції.

Основний вектор мінімізації та усунення нетримання емоцій у пацієнтів із СД, спрямований на відновлення здатності контролювати зовнішні прояви внутрішніх почуттів.

Основний вектор мінімізації та усунення дратівливості у пацієнтів із СД спрямований на збільшення порогу негативної емоційної реакції на подразники навколишнього середовища.

Ключові слова: СД, психопатологія, афективні симптоми, нейропсихіатричні симптоми, геріатрична психіатрія.