

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616-036.66:616.8-058

DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4.180-186

К. В. Шевченко-Бітенський
ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ
ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗМІШАНОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ
ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації
та курортології МОЗ України», м. Одеса, Україна

Резюме

Актуальність. Деменція – одна з найактуальніших медико-соціальних проблем суспільства. Медико-соціальні, економічні та психоемоційні проблеми, пов'язані з деменцією, важким тягарем лягають як на пацієнтів, так і на їх родичів, на суспільство в цілому.

Мета – розробити та апробувати програму комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації (ПКППР) пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при змішаній деменції (ЗД).

Матеріали та методи. У дослідженні використаний комплексний підхід, що реалізовувався за допомогою клініко-психопатологічного методу, доповненого використанням психометричних, психодіагностичних методів та методів статистичної оцінки отриманих даних.

Результати дослідження клініко-психопатологічних, нейропсихологічних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних і соціально-функціональних особливостей 72 хворих з ГПР при ЗД дозволили розробити програму ПКППР для пацієнтів з даною патологією.

Результати. Розроблена ПКППР для пацієнтів з ГПР при ЗД, яка базується на принципах комплексного, диференційованого, персоніфікованого, ресурсно-орієнтованого і поетапного підходу. Апробація ПКППР для пацієнтів з ГПР при ЗД була проведена в порівнянні з традиційними схемами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії, які не враховують клініко-психопатологічних, когнітивних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних і соціально-функціональних особливостей розвитку і перебігу даної патології.

У результаті апробації було доведено, що позитивна клінічна динаміка психічного стану (редукція маячних розладів, галюцинацій, депресивних розладів, зниження агресивності, тривоги й дратівливості), помірне поліпшення когнітивних функцій, відновлення основних функцій життєдіяльності (виконання батьківської ролі, якість соціальних контактів і успішність поведінки в нестандартних і складних умовах) є вагомим результатом застосування ПКППР.

Висновки. Отримані дані слід враховувати при проведенні реабілітаційних заходів пацієнтам з ГПР при ЗД.

Ключові слова: змішана деменція, галюцинаторно-параноїдні розлади, соціальне функціонування, терапія, психосоціальна реабілітація.

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ
К. В. Шевченко-Битенский
ГУ «Украинский научно-исследовательский институт медицинской реабилитации
и курортологии МЗ Украины», г. Одесса, Украина

Резюме

Актуальность. Деменция – одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем общества. Медико-социальные, экономические и психоемоциональные проблемы, связанные с деменцией, тяжелым бременем ложатся как на пациентов, так и на их родственников, на общество в целом.

Цель – разработать и апробировать программу комплексной персонифицированной психосоциальной реабилитации (ПКППР) пациентов с галюцинаторно-параноидными расстройствами (ГПР) при смешанной деменции (СД).

Материалы и методы. В исследовании был использован комплексный подход, который реализовывался с помощью клинико-психопатологического метода, дополненного использованием психометрических, психодиагностических методов и методов статистической оценки полученных данных.

Результаты исследования клинико-психопатологических, нейропсихологических, конституционно-биологических, социально-демографических, психосоциальных и социально-функциональных особенностей 72 больных с ГПР при СД позволили разработать программу ПКППР для пациентов с данной патологией.

Результаты. Разработана ПКППР для пациентов с ГПР при СД, которая базируется на принципах комплексного, дифференцированного, персонифицированного, ресурсно-ориентированного и поэтапного подхода. Апробация ПКППР для пациентов с ГПР при СД была проведена при сравнении с традиционными схемами психосоциальной реабилитации больных этой категории, не учитывающими клинико-психопатологические, когнитивные, конституционно-биологические, социально-демографические, психосоциальные и социально-функциональные особенности развития и течения данной патологии.

В результате апробации было доказано, что положительная клиническая динамика психического состояния (редукция бредовых расстройств, галюцинаций, депрессивных расстройств, снижение агрессивности, тревоги и раздражительности), умеренное улучшение когнитивных функций, восстановление основных функций жизнедеятельности (выполнение родительской роли, качество социальных контактов и успешность поведения в нестандартных и сложных условиях) являются весомым результатом применения ПКППР.

Выводы. Полученные данные следует учитывать при проведении реабилитационных мероприятий пациентам с ГПР при СД.

Ключевые слова: смешанная деменция, галюцинаторно-параноидные расстройства, социальное функционирование, терапия, психосоциальная реабилитация.

PROGRAM OF INTEGRATED PERSONIFIED PSYCHOSOCIAL
REHABILITATION OF PATIENTS WITH MIXED DEMENTIA

K. V. Shevchenko-Bitensky

SI "Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of the Ministry of Health of Ukraine", Odesa, Ukraine

Abstract

Background. Dementia is one of the most major medical and social problems of society. The medical, social, economic, and psychoemotional problems associated with dementia place a heavy burden both on patients and their relatives as well as on society as a whole.

Objective is to develop and test a program of complex personalized psychosocial rehabilitation (PCPPR) for patients with hallucinatory-paranoid disorders (HPD) in mixed dementia (MD).

Material and methods. The study used a comprehensive approach implemented with using a clinical psychopathological method, supplemented by the psychometric, psychodiagnostic scales and statistical evaluation methods.

The results of clinical-psychopathological, neuropsychological, constitutional-biological, socio-demographic, psychosocial and socio-functional study of 72 patients with HPD in MD allowed to develop a program of PCPPR for patients with this pathology.

Results. The PCPPR was developed for patients with HPD in MD based on the principles of a comprehensive, differentiated, personalized, resource-oriented and step-by-step continuous approach. Testing PCPPR for patients with HPD in MD was performed in comparison with traditional schemes of psychosocial rehabilitation of patients in this category, without taking into account clinical and psychopathological, cognitive, constitutional-biological, socio-demographic, psychosocial and socio-functional features.

As a result of testing it was proved that positive clinical dynamics of mental state (reduction of delusional disorders, hallucinations, depressive disorders, decrease of aggressiveness, anxiety and irritability), improvement of cognitive functions, restoration of basic functions of vital activity, vital activity the success of behavior in non-standard and complex conditions) are a significant result of the application of the PCPPR.

Conclusions. The data obtained should be taken into account in the course of rehabilitation measures for patients HPD in MD.

Keywords: mixed dementia, hallucinatory-paranoid disorders, social functioning, therapy, psychosocial rehabilitation.

For citation: Shevchenko-Bitensky K. V. Program of integrated personified psychosocial rehabilitation of patients with mixed dementia. *Archives of Psychiatry*. 2019, 25 (4): 180–186. (In Ukr.). DOI: 10.37822/2410-7484.2019.25.4.180-186

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): 380482@gmail.com

Received / Поступила: 12.11.2019

Accepted / Прийнята до друку: 17.12.2019

Актуальність. Деменція – одна з найактуальніших медико-соціальних проблем суспільства. Хвороба є наслідком нейродегенеративних і органічних процесів в організмі людини, що проявляється прогресуючим недоумством і призводить до деградації особистості, порушення працездатності, утруднення в самообслуговуванні та інвалідності [1–4]. Встановлено, що вік людей є значущим фактором ризику розвитку деменції. Відома демографічна тенденція до збільшення в популяції частки населення похилого віку робить проблему деменції вельми актуальною як для охорони здоров'я, так і для суспільства в цілому [1, 3, 5]. Медико-соціальні, економічні та психоемоційні проблеми, пов'язані з деменцією, важким тягарем лягають як на пацієнтів, так і на їх родичів, на суспільство в цілому [2, 6, 7].

У документі «Заклик до дій», прийнятому учасниками конференції на рівні міністрів країн-учасниць ВООЗ, яка відбулася в Женеві в березні 2015 року і була присвячена глобальній боротьбі з деменцією, визначено ряд принципів і підходів для керівництва глобальними зусиллями в цій сфері [8, 9]. До них належать узгодження заходів профілактики, зниження ризику, догляду та лікування, з тим, щоб зусилля, які спрямовані на пошук ефективного лікування, практичних методів і заходів зі зниження ризику, супроводжувалися вдосконаленням заходів з догляду за людьми із деменцією та наданням підтримки карегіверам [4, 9]. Учасники конференції закликали до зміцнення багатосекторальних дій і партнерств, а також до активізації колективних зусиль у сфері науково-дослідної діяльності з метою прискорення прийняття заходів з боротьби із деменцією [2, 10, 11]. Реабілітація пацієнтів з деменцією спрямована на збереження механізмів пам'яті, активної уваги, практичних навичок, здатності логічно мислити, які в сукупності сприяють адаптації до повсякденного самостійного життя, гідного проживання старості [7, 9, 13]. Необхідність удосконалення методів реабілітації

пацієнтів з різними формами деменції обумовлена недостатнім диференціюванням заходів при наданні допомоги [4, 7, 10, 12]. Особливої уваги в плані реабілітації потребують пацієнти, в клінічній картині яких спостерігаються не тільки когнітивні, а й не когнітивні, особливо галюцинаторно-параноїдні розлади. Тому розробка програми комплексної персоналізованої психосоціальної реабілітації (ПКППР) пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при змішаній деменції (ЗД), яка враховує сукупність біологічного і психосоціального впливу на всі етіопатогенетичні ланки розвитку і прогресування деменції, є актуальною на сучасному етапі розвитку медичної науки та сприятиме підвищенню соціального функціонування пацієнтів зі ЗД.

Усе вищевикладене визначило **мету дослідження** – розробити та апробувати програму комплексної персоналізованої психосоціальної реабілітації (ПКППР) пацієнтів із ГПР при ЗД.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні був використаний комплексний підхід, що реалізовувався за допомогою клініко-психопатологічного методу, доповненого використанням психометричних шкал (нейропсихіатричного опитувальника (NPI); шкали поведінкових розладів (Behavioral Pathology in Alzheimer Disease) (BEHAVE – AD); некогнітивних секцій шкали оцінки хвороби Альцгеймера (ADAS-Non Cog); шкали структурованого інтерв'ю «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта»; Бристольської шкали активності в повсякденному житті (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL), психодіагностичних методів (короткої шкали оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE); Монреальської шкали когнітивної оцінки (MoCa); шкали обмеження життєдіяльності (Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) та методів статистичної оцінки отриманих даних.

Результати дослідження клініко-психопатологічних, нейропсихологічних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних і соціально-функціональних особливостей 72 хворих з ГПР при ЗД дозволили розробити ПКППР для пацієнтів із даною патологією.

Результати та їх обговорення

Розроблена ПКППР базувалась на принципах комплексного, диференційованого, персоналізованого, ресурсно-орієнтованого підходу з визначенням етапності проведення реабілітації.

Диференційований підхід в реабілітації хворих на ЗД мав на меті охопити впливом усі прояви патологічного процесу при даній патології (некогнітивні психопатологічні порушення; когнітивні порушення; психосоціальний дефіцит; супутні соматичні і неврологічні захворювання).

При виборі засобів біологічної та психосоціальної терапії хворих на ЗД враховували виділені в цьому дослідженні фактори ризику розвитку ГПР у хворих на ЗД; клінічні особливості ГПР, когнітивних порушень; соціально-функціональних порушень; коморбідних соматичних розладів; фактори зниження медикаментозного комплаєнсу.

У розробленій ПКППР враховували дуальні відносини «хворий на деменцію – карегівер», що дозволяє відновити втрачені (порушені) суспільні зв'язки і стосунки пацієнта, усунути його соціальну ізоляцію, підвищити рівень його життєдіяльності та якість життя.

У проведенні ПКППР хворих з ГПР при ЗД використовували також принцип ресурсно-орієнтованого підходу, який враховує ресурс пацієнта в когнітивній, психофізичній і психосоціальній сферах та визначає межу можливого відновлення дефіцитарних когнітивних і некогнітивних наслідків ЗД. Послідовний і обґрунтований вплив на когнітивну, психофізичну і психосоціальну ресурсну сфери пацієнтів забезпечує цілеспрямований патогенетичний ефект, сприяє компенсації втрачених біологічних, когнітивних і психосоціальних функцій хворих на ЗД. Результатом цього впливу стає зниження соціально-побутової залежності хворого на ЗД у задоволенні своїх життєвих потреб від осіб, які доглядають за ним, членів сім'ї та соціального оточення.

Принцип поетапного безперервного підходу в розробленій ПКППР реалізовувався виділенням госпітального і диспансерного етапів, які, у свою чергу, поділялися на підетапи.

Госпітальний етап психосоціальної реабілітації включав в себе підетапи невідкладної психіатричної допомоги (купірування гострих і хронічних психотичних, афективних і поведінкових розладів, терапія коморбідних соматичних порушень); розширеної клініко-психопатологічної та соціально-психологічної діагностики (аналіз анамнестичних, клініко-психопатологічних, нейропсихологічних, психосоціальних даних); базової психотропної та соматотропної терапії (максимально можливе відновлення когнітивних функцій, терапія коморбідної соматичної і неврологічної патології). Диспансерний етап включав у себе підетапи підтримувальної фармакотерапії

(стабілізація психічного стану і профілактика повторних рецидивів психотичних, афективних і поведінкових розладів, підтримання когнітивних функцій, підвищення прихильності хворих на ЗД до терапії, стабілізація соматичного стану та профілактика рецидивів соматичних захворювань); соціалізації та реінтеграції хворого на ЗД у суспільство (максимально можливе відновлення і підтримання особистісних, професійних, соціальних функцій і ролей пацієнтів, якості їх життєдіяльності, рівня психосоціальної адаптації та якості життя, психосоціальна та інша допомога особам, які доглядають за пацієнтом).

У таблиці 1 наведена схема ПКППР пацієнтів з ГПР при ЗД.

За результатами апробації розробленої програми проведена оцінка ефективності її використання у хворих з ГПР при ЗД, в порівнянні з традиційними схемами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії, які не враховують основних клініко-психопатологічних, когнітивних, конституційно біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних і соціально-функціональних особливостей розвитку і перебігу ГПР у хворих на ЗД.

В апробації розробленої програми психосоціальної реабілітації брали участь 37 пацієнтів з ГПР при ЗД, що склали основну групу. У контрольну групу увійшли 34 пацієнти з аналогічною патологією, що проходили традиційний курс лікування.

Для оцінки ефективності ПКППР застосовували комплексний підхід, що включав використання клініко-психопатологічного методу, доповненого психометричними шкалами (нейропсихіатричний опитувальник (NPI); шкали оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE); Монреальської шкали когнітивної оцінки (MoCa); шкали Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) та методів математичної обробки даних [14–17].

Критеріями оцінки ефективності розробленої ПКППР пацієнтів з ГПР при ЗД були клінічна динаміка ГПР, супутніх непсихотичних розладів психіки та поведінки; ступінь поліпшення (погіршення) когнітивних функцій; ступінь відновлення основних соціальних функцій.

Клінічна динаміка психічного стану пацієнтів основної групи після проведення психосоціальної реабілітації за розробленою програмою, в порівнянні з хворими контрольної групи, які пройшли курс реабілітації за традиційними схемами, представлена в таблиці 2.

Аналіз клінічної динаміки психічного стану показав, що в основній групі після проходження ПКППР визначалась вірогідно менша частота параноїдних і паранояльних розладів, що проявлялось суттєвою редуцією маячних розладів (маячні ідеї відносин, відмови від хворого, нечесності стосовно хворого) ($1,5 \pm 0,4$, $p < 0,01$), галюцинацій ($1,0 \pm 0,3$, $p < 0,01$), депресивних розладів ($2,2 \pm 0,4$, $p < 0,05$), зниженням агресивності ($1,1 \pm 0,3$, $p < 0,05$), тривоги ($1,0 \pm 0,3$, $p < 0,05$) й дратівливості ($1,1 \pm 0,3$, $p < 0,01$), тоді як в контрольній групі динаміка психічного стану була менш вираженою.

Таблиця 1. Схема програми комплексної персоналізованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з гострим психотичним розладом при змішаній деменції

Назва	Опис
А. Некогнітивні психопатологічні розлади	
Мішень впливу	Переважають частих-дуже частих маячних розладів з ідеями відносини «про нечесність осіб, що оточують хворого» і «про відмову від хворого» помірного ступеня вираженості, що перебігають у рамках афективно-параноїдного розладу і параноїального маячного розладу; Поєднання ГПР з частим-дуже частим бродяжництвом і безцільною активністю (когнітивною булімією) помірно-сильного ступеня вираженості; частими станами зниженого настрою помірно-сильного ступеня вираженості; страхом залишитися одному; Коморбідне зловживання алкоголем
Етапи програми	Госпітальний етап, підетапи невідкладної психіатричної допомоги та розширеної клініко-психопатологічної та соціально-психологічної діагностики
Фармакотерапія	Нейролептики: тiorидазин 20–60 мг/добу, або рисперидон 0,5–2 мг/добу, або кветіапін 50–300 мг/добу, курсом до 6–8 тижнів; Антидепресанти: пароксетин 10–40 мг/добу курсом 1–2 міс. з поступовим зниженням дози, або циталопрам 20 мг/добу курсом 1–2 міс. з поступовим зниженням дози, або мілнаципран 50 мг/добу курсом 1–2 міс. з поступовим зниженням дози
Реабілітаційні заходи	Індивідуальна когнітивна психотерапія (роз'яснення, переконання), що проводиться хворому на ЗД з урахуванням його когнітивного резерву в період регресу психотичних розладів
Б. Когнітивні порушення	
Мішень впливу	Порушення мислення, переважно психотичного генезу: спотворення узагальнення, порушення формально-логічних операцій, винесення висновків, мотиваційного компонента (різноплановість, паралогічність) і критики; Порушення праксису (порушення візуально-конструктивних навичок); гнозису (порушення розуміння інструкцій); рахування; пам'яті (порушення кодування і вилучення); концентрації уваги; мови
Етапи програми:	Госпітальний етап, підетапи базової психотропної та соматотропної терапії; диспансерний етап, підетапи підтримувальної фармакотерапії
Фармакотерапія	Мемантин – за схемою до 20 мг/добу постійно (при збереженні клінічного ефекту); Донеpezил до 5–10 мг/добу постійно (при добрій переносимості та збереженні терапевтичного ефекту), або галантамін до 16–24 мг/добу постійно (при добрій переносимості та збереженні терапевтичного ефекту), або ривастигмін до 9–12 мг/добу за схемою постійно (при добрій переносимості та збереженні терапевтичного ефекту), або іпдакрин до 60–80 мг/добу постійно (при добрій переносимості та збереженні терапевтичного ефекту); або поєднання мемантину (за схемою до 20 мг/добу) з одним із перерахованих вище засобів (з корекцією добової дози)
Реабілітаційні заходи	Когнітивна ремедіація, спрямована на відновлення або поліпшення когнітивних функцій, проводиться з урахуванням когнітивного резерву хворого на ЗД, з частотою тренінгових занять 2–3 рази на тиждень, постійно
В. Психосоціальний дефіцит	
Мішень впливу	Низька величина глобального соціального функціонування - від вираженого погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах до нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності Зниження соціальних функцій і ролей (самообслуговування, діяльності в сім'ї та побуті, спілкування, в соціальних контактах, потреби в зацікавленості й поінформованості тощо) Обмеження життєдіяльності в навичках приготування їжі, чищення зубів, комунікації, роботі по дому / саду тощо Гострі психогенні чинники, пов'язані з погіршенням матеріального стану, конфліктами в сім'ї, розлученням Низький ресурс сімейної підтримки через вираженість проблем, пов'язаних із недостатнім матеріальним ресурсом осіб, що доглядають за хворими Помірна стурбованість осіб, які доглядають за пацієнтом, з формуванням у них помірно-тяжкого дистресу при їх контакті з маячними розладами, депресією і аномальною руховою активністю
Етапи програми	Госпітальний етап, підетапи базової психотропної та соматотропної терапії; диспансерний етап, підетапи підтримувальної фармакотерапії, підетапи соціалізації та реінтеграції хворого на деменцію в суспільстві
Реабілітаційні заходи	Соціально-психологічне консультування членів родини та осіб, які доглядають за хворим, і соціально-педагогічний, соціально-середовищний, соціально-побутовий супровід хворого; Тренінг-групи з вироблення і збереження навичок самообслуговування (приготування їжі, умивання, чищення зубів, робота по дому тощо), спілкування і організації соціальних контактів; Сімейна психотерапія «хворий – члени сім'ї» (при наявності у хворого сім'ї); Індивідуальна й групова терапія мистецтвом і творчим самовираженням (малювання, ліплення, музикотерапія, творче спілкування з природою), що проводиться з урахуванням когнітивного резерву хворого на деменцію, курсом до 12 міс., з частотою психотерапевтичних зустрічей 1–2 рази на тиждень; Стимулююча терапія (терапія зайнятості) – (спортивні вправи, ігри, заняття з тваринами, трудотерапія тощо), проведення з урахуванням когнітивного резерву хворого на деменцію, повторними курсами до 4 міс., з частотою зустрічей до 2 разів на тиждень; Психоосвітній тренінг для осіб, які доглядають за хворим на деменцію, курсом до 2 тижнів, з частотою тренінгових занять 3 рази на тиждень
Г. Супутні соматичні та неврологічні захворювання	
Мішень впливу	Супутня соматична патологія; Фактори, що знижують медичний комплаєнс: небажання хворих приймати ліки або пасивна згода на їх прийом, при відсутності надії на ефект від їх використання
Етапи програми	Госпітальний етап, підетапи базової психотропної та соматотропної терапії; диспансерний етап, підетапи підтримувальної фармакотерапії
Фармакотерапія	Ретельне соматичне обстеження і, при виявленні соматичної патології або органної недостатності, проведення відповідного лікування; Препарати загальнозміцнювальної дії: вітаміни В1, В6, В12, РР, повторними курсами до 20 днів; вітамін Е до 400 мг/добу, повторними курсами до 2 міс.; Пентоксифілін до 800–1200 мг/добу, тривалість курсу від декількох місяців до року, чергувати з вінпоцетином до 15 мг /добу, тривалість курсу від декількох місяців до року; ніцерголін – 15–30 мг/добу протягом 2–3 місяців; Розчин церебролізину до 20–30 мл в/в крапельно, курсом до 20 днів; гліцин до 300 мг/добу; піритинол до 300–400 мг/добу, курсом до 1–3 міс; етилметилгідроксипіридину сукцинат – перші 5 днів по 100 мг/добу в/м, потім по 300 мг/добу в/м протягом 3 тижнів
Реабілітаційні заходи	Засоби кінезотерапії (лікувальна фізкультура) і рефлексотерапії (масаж), 2–3 рази на тиждень, постійно; Регулярне фізичне навантаження (не менше 1–2 год на день); Використання психолого-педагогічних освітніх програм для хворих (з урахуванням стану їх когнітивного резерву), спрямованих на інформування щодо основних механізмів дії та очікуваних ефектів використовуваних препаратів; Обговорення можливих побічних ефектів ліків і дій пацієнтів в разі їх появи; формування у хворого мотивації до тривалого підтримувального лікування медикаментозними засобами

Таблиця 2. Клінічна динаміка психічного стану пацієнтів з ГПР при ЗД, що пройшли ПКППР (за шкалою NPI)

Психопатологічні та поведінкові розлади	Після ПКППР	
	основна група	контрольна група
Маячні ідеї	1,5±0,4	3,4±0,5**
Галюцинації	1,0±0,3	2,8±0,2**
Агресія	1,1±0,3	2,0±0,2*
Депресія (дисфорія)	2,2±0,4	3,3±0,5*
Тривога	1,0±0,3	1,5±0,2*
Гіпертимія (піднесений настрій, ейфорія)	1,4±0,2	1,8±0,3
Апатія (байдужість, індивідуальність)	2,0±0,4	2,1±0,4
Розгальмування	1,6±0,3	1,8±0,5
Дратівливість	1,1±0,3	2,8±0,4**
Аномальна рухова активність (неадекватна рухова поведінка)	2,6±0,4	2,5±0,5
Сон і порушення поведінки в нічний час	2,2±0,2	2,6±0,4
Порушення апетиту і харчової поведінки	1,3±0,3	1,9±0,5

Примітка. * – відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$; ** – відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$.

Оцінка поліпшення (погіршення) когнітивних функцій хворих обох груп проводилася за наступними критеріями:

- погіршення когнітивних функцій – погіршення якісних показників за клініко-психопатологічними методами і елементарними нейропсихологічними тестами, зниження кількісних показників за шкалами MMSE і MoCa;
- відсутність ефекту – відсутність динаміки якісних показників за клініко-психопатологічними методами і елементарними нейропсихологічними тестами, відсутність динаміки кількісних показників за шкалами MMSE і MoCa;
- мінімальне поліпшення – позитивна динаміка якісних показників за клініко-психопатологічними методами і елементарними нейропсихологічними тестами, збільшення кількісних показників за шкалами MMSE і MoCa (збільшення на 20% величини загального показника за кожною зі шкал MMSE і MoCa);
- помірне поліпшення – позитивна динаміка якісних показників за клініко-психопатологічними методами і елементарними нейропсихологічними тестами, збільшення кількісних показників за шкалами MMSE і MoCa (збільшення на 21–40% величини загального показника за кожною зі шкал MMSE і MoCa).

Вивчення динаміки когнітивного стану хворих основної групи, в порівнянні з хворими контрольної групи, показало, що в основній групі вища кількість пацієнтів з мінімальним (39,5%, $p < 0,05$) і помірним (21,1%, $p < 0,01$) поліпшенням когнітивних функцій, тоді як серед пацієнтів контрольної групи більше пацієнтів з відсутністю ефекту (36,9%, $p < 0,01$), а кількість хворих з мінімальним і помірним поліпшенням когнітивних функцій не перевищувала величину в 23,1% і в 7,7% від вибірки контрольної групи відповідно (рис.1).



Рис. 1. Ступінь відновлення когнітивних функцій у пацієнтів з ГПР при ЗД, що пройшли ПКППР

Стан основних функцій життєдіяльності після проведення психосоціальної реабілітації за розробленою програмою, в порівнянні з хворими контрольної групи, які пройшли курс реабілітації за традиційними схемами, представлено на рисунку 2.



Рис. 2. Виконання соціальних ролей пацієнтами з ГПР при ЗД, що пройшли ПКППР

За результатами вивчення якості виконання соціальних ролей і функцій хворими основної та контрольної груп можна констатувати, що у хворих основної групи покращилося виконання батьківської ролі ($2,5 \pm 0,4$ бали, $p < 0,05$), якість соціальних контактів ($2,0 \pm 0,3$ бали, $p < 0,05$) і успішність поведінки в нестандартних і складних умовах ($2,6 \pm 0,4$ бали, $p < 0,05$). У контрольній групі хворих виконання батьківської ролі, якість соціальних контактів і успішність поведінки в нестандартних і складних умовах залишилися на низькому рівні ($3,7 \pm 0,6$, $3,1 \pm 0,5$ та $3,7 \pm 0,6$ балів відповідно).

Висновки

Отже, розроблена ПКППР для пацієнтів з ГПР при ЗД базується на принципах комплексного, диференційованого, секторно-орієнтованого, персоналізованого, ресурсно-орієнтованого і поетапного безперервного підходу. Використання цих принципів у розробленій програмі психосоціальної реабілітації за принципом етіопатогенетичного і клінічного групування мішеней впливу виділені в чотири групи: некогнітивні психопатологічні розлади; когнітивні порушення; психосоціальні розлади і порушення життєдіяльності; загальномедичні проблеми. Апробація ПКППР пацієнтів з ГПР при ЗД була проведена в порівнянні з традиційними схемами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії, які не враховують клініко-психопатологічних, когнітивних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних і соціально-функціональних особливостей розвитку і перебігу даної патології.

У результаті апробації було доведено, що позитивна клінічна динаміка психічного стану (редукція маячних розладів, галюцинацій, депресивних розладів, зниження агресивності, тривоги й дратівливості), мінімальне та помірне поліпшення когнітивних функцій, відновлення основних функцій життєдіяльності (виконання батьківської ролі, якість соціальних контактів і успішність поведінки в нестандартних і складних умовах) є вагомим результатом проведення ПКППР пацієнтам з ГПР при ЗД.

Отримані дані слід враховувати при проведенні реабілітаційних заходів пацієнтам з ГПР при ЗД.

Список використаної літератури

1. Марута Н. А. Раннее вмешательство при деменции: проблемы и решения // Український медичний часопис: електронна публікація. 2019. Дата оновлення: 10.04.2019. URL: <https://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload=> (дата звернення: 15.10.2019).
2. Преображенская И. С. Деменция – эпидемиология, клиническая картина, диагностика, подходы к терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2013. Т. 5, № 4. С. 71–77. DOI: 10.14412/2074-2711-2013-2459.
3. Кекелидзе З. И., Пищикова Л. Е., Полищук Ю. И. Стратегии в отношении психического здоровья граждан позднего возраста. *Вестник Росздрава*. 2016. № 4. С. 9–14.
4. Dementia prevention, intervention, and care / G. Livingston, A. Sommerlad, V. Orgeta [et al.] // *The Lancet*. 2017. Vol. 390, issue 10113. P. 2673–2734. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6.
5. Пузин С. Н., Шургая М. А., Торопова О. М. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2015. Т. 18, № 1. С. 4–9.
6. Рындина О. Г., Антонов Б. М., Чистякова Т. В. Реабилитация психически больных в пожилом и старческом возрасте. *Медицинская психология в России*. 2012. N 3 (14). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.10.2019).
7. Предоставление медицинской помощи и медикосоциальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста в Российской Федерации. Современные возможности и перспективы / С. Н. Пузин, Л. П. Храпылина, В. В. Кудрявцев [и др.] // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2012. №1. С. 3–5.
8. Пузин С. Н., Криворучко Ю. Д. Медико-социальный аспект развития паллиативной помощи больным с деменцией. *Российский психиатрический журнал*. 2017. №4. С. 13–22. DOI: 10.24411/1560-957X-2017-1%25x.
9. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Switzerland, Geneva: WHO, 2012. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sessionid=A8286BDAE357612CB7A7849F0F347FF7?sequence=1 (дата звернення: 15.10.2019).
10. Palliative care for older people: better practices / Eds. S. Hall et al. WHO : Denmark, 2011. 72 p. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf (дата звернення: 15.10.2019).
11. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care / J.T. van der Steen, L. Radbruch, C. M. Hertogh [et al.] // *Palliat Med*. 2014. Vol. 28, issue 3. P. 197–209. DOI: 10.1177/0269216313493685.

12. The effects of a pro-active integrated care intervention for frail community-dwelling older people: a quasi-experimental study with the GP-practice as single entry point / W. M. Looman, I. N. Fabbricotti, R. de Kuiper [et al.] // *BMC Geriatrics*. 2016. Vol. 16. P. 43. DOI: 10.1186/s12877-016-0214-5.
13. Трущелев С. А. Социальное партнерство при оказании психиатрической помощи. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2010. № 2. С. 40–44.
14. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція / під ред. А. О. Гаврилюк. К., 2016. 57 с.
15. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res*. 1975. Vol. 12, issue 3. P. 189–198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
16. The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bedirian [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc*. 2005. Vol. 53, issue 4. P. 695–699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
17. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. Geneva : WHO, 1988. 96 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40429/9241561114.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 15.10.2019).

References

1. Maruta, N. O. (2019, April 10). Rannee vmeshatel'stvo pri dementsii: problemy i resheniya [Early intervention for dementia: problems and solutions]. *Ukrainian medical journal*. Retrieved October 15, 2019, from <https://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload=> (In Russian).
2. Preobrazhenskaya, I. S. (2013). Dementsiya – epidemiologiya, klinicheskaya kartina, diagnostika, podkhody k terapii [Dementia: epidemiology, clinical picture, diagnosis, approaches to therapy]. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 5(4), 71–77. (In Russian). <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2459>
3. Kekeleidze, Z. I., Pishchikova, L. E., & Polischuk, Y. I. (2016). Strategii v otnoshenii psikhicheskogo zdorov'ya grazhdan pozdnego vozrasta [Strategy on mental health of older adults]. *Vestnik Roszdravnadzora*, 4, 9–14. (In Russian).
4. Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
5. Puzin, S. N., Shurgaya, M. A., & Toropova, O. M. (2015). Aktual'nye voprosy mediko-sotsial'noi reabilitatsii v ambulatornykh usloviyakh: patsienty, stradayushchie dementsiei [Current issues of medico-social rehabilitation on an outpatient basis: dementia patients]. *Medical and social expert evaluation and rehabilitation*, 18(1), 4–9. (In Russian).
6. Ryndina, O. G., Antonov, B. M., & Chistyakova, T. V. (2012). Reabilitatsiya psikhicheskii bol'nykh v pozhilom i starcheskom vozraste [Rehabilitation of the mentally ill in old and senile age]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*, 3. (In Russian). Retrieved from http://mprj.ru/archiv_global/2012_3_14/nomer/nomer12.php
7. Puzin, S. N., Khrapylina, L. P., Kudryavzev, V. V., Kaplan, M. Z., & Lapteva, A. E. (2012). Predostavlenie meditsinskoj pomoshchi i medikosotsial'nykh uslug invalidam i litsam pozhilogo vozrasta v Rossijskoj Federatsii. Sovremennye vozmozhnosti i perspektivy [Providing medical care and medico-social service to disabled and elderly people in russian federation. modern opportunities and prospects]. *Mediko-Sotsial'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya*, 1, 3–5. (In Russian).
8. Puzin, S. N., & Krivoruchko, Yu. D. (2017). Mediko-sotsial'nyi aspekt razvitiya palliativnoi pomoshchi bol'nym s dementsiei [Medical and social aspects of the development of palliative care for patients with dementia]. *The Russian Journal of Psychiatry*, 4, 13–22. (In Russian). <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2017-1%25x>
9. World Health Organization. (2012). *Dementia: a public health priority*. Switzerland, Geneva: WHO. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sessionid=A8286BDAE357612CB7A7849F0F347FF7?sequence=1
10. Hall, S., Petkova, H., Tsouros, A. D., Costantini, M., & Higginson, I. J. (Eds.). (2011). *Palliative care for older people: better practices*. WHO, Denmark. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
11. Van der Steen, J. T., Radbruch, L., Hertogh, C. MPM, de Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., ... Volicer, L. (2014). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*, 28(3), 197–209. <https://doi.org/10.1177/0269216313493685>
12. Looman, W. M., Fabbricotti, I. N., de Kuiper, R., & Huijsman, R. (2016). The effects of a pro-active integrated care intervention for frail community-dwelling older people: a quasi-experimental study with the GP-practice as single entry point. *BMC geriatrics*, 16, 43. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0214-5>
13. Truschelev, S. A. (2010). The social partnership in delivering mental care. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, 2, 40–44. (In Russian).
14. Gavrilyuk, A. O. (Ed.). (2016). *Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vysokospetsializovanoi) ta paliatyvnoi medychnoi dopomohy. Dementsiya* [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) and palliative care. Dementia]. Kyiv. 57 p. (In Ukrainian). Retrieved from https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2016_736_Demencia/2016_736_YKPM_Dem.pdf

15. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
16. Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
17. WHO. (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use*. Geneva: WHO. 96 p. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40429/9241561114.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Відомості про автора:

ШЕВЧЕНКО-БИТЕНСЬКИЙ Костянтин Валерійович, старший науковий співробітник, Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України», м. Одеса, Україна; e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

Сведения об авторе:

ШЕВЧЕНКО-БИТЕНСКИЙ Константин Валерьевич, старший научный сотрудник, Государственное учреждение «Украинский научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения Украины», г. Одесса, Украина; e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>

About the Author:

SHEVCHENKO-BITENSKY Kostiantyn Valeriovych, Senior Researcher of the SI "Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of the Ministry of Health of Ukraine", Odesa, Ukraine; e-mail: 380482@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>