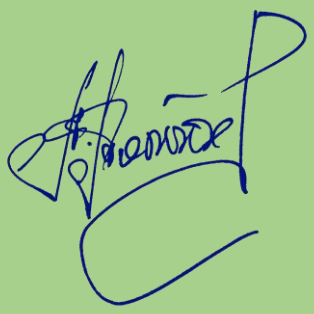
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ

ТОЛМАЧОВ ОЛЕКСІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ



УДК: 616.89-06:616.831-02:616.12-008.331.1]-07-08

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТЕНЗИВНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ: ДІАГНОСТИКА, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ

14.01.16 – психіатрія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2018

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Дзюба Олександр Миколайович,** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», заступник директора з наукової роботи

Офіційні опоненти:
доктор медичних наук, професор **Ревенок Олександр Анатолійович,** Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, відділ комплексної судово-психіатричної експертизи, завідувач відділу

доктор медичних наук, професор **Аймедов Костянтин Володимирович,** Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра психології, завідувач кафедри

Захист відбудеться «*15*» *травня* 2018 р. о *10:00* годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К26.620.01 в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 04080, м. Київ, 80, вул. Кирилівська, 103.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 04080, м. Київ, 80, вул. Кирилівська, 103.

Автореферат розісланий «*14*» *квітня* 2018 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
кандидат медичних наук, с.н.с. Олійник О.П.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Обґрунтування вибору теми дослідження. Психічні розлади судинного ґенезу – найбільш поширена патологія пацієнтів похилого віку (Євтушенко С. К., 2013; Прохорова О. В., 2013; Шестакова М. В., 2014; Коцюбинський А. П., 2015; Sachdev P. S., 2012; Hugo J., 2014). У 60–70 % хворих із соматичною патологією виявляють психічні порушення різного ступеня важкості (Напрєєнко О. К., 2011, Sharp S. I., 2011; Campion J., 2012). Після 60 років психічні розлади виявляють у кожного п'ятого пацієнта (Гинсберг Л., 2013; Марута Н. А., Волошин П. В., 2015). З 25 країн світу із найстарішим населенням 23 містяться у Європі (Wittchen H. U., Jacobi F., 2010). До 2040 року кожен четвертий європеєць буде дорослiше 65 років, а кожен сьомий – за 75 (Лібанова Е. М., 2010; Яхно Н. Н., 2011; Lozano R., 2012). Вікова структура населення України свідчить про регресивний тип відтворення поколінь: в ній нараховується понад 10,3 млн. пенсіонерів за віком, у розрахунку на 1000 жителів припадає понад 300 осіб (Дудина Ж. Г., 2013; Боголепова А. Н., 2015; Duron E., 2010; Forbes D., 2015). Із старінням населення відбувається постійне зростання судинних захворювань головного мозку (Пінчук І. Я., Чайковська В. В., 2005; Farid K., 2012; O'Donnell M., 2012; Barquera S., 2015).

Провідним чинником у розвитку цереброваскулярної патології є артеріальна гіпертензія (Захаров В. В., 2013; Харчук Є. В., 2013; Лубенець Г. С., 2015; Lande M. B., 2012). До найбільш поширених проявів функціональних і структурних змін мозкових судин внаслідок артеріальної гіпертензії відноситься гіпертензивна енцефалопатія (Стуров Н. В., 2011; Минушкина Л. О., 2014; Sharifian M., 2013). Психічні розлади займають одне з основних місць серед патологічних проявів у клініці судинних захворювань головного мозку та у значному ступеню обтяжують перебіг захворювання (Аймедов К. В., 2016; Tayebati S. K, Amenta F., 2013). Поєднання психічних та неврологічних захворювань завжди значно погіршує клінічний і соціальний прогноз хвороби (Коваленко В. М., 2010; Ревенок О. А., Олійник О. П., 2012; Пінчук І. Я., 2016; Graff M. J., 2008).

В останні роки особливу увагу як вітчизняних так і зарубіжних дослідників в галузі геронтопсихіатрії було спрямовано на вивчення таких психічних розладів як депресія, когнітивні порушення, деменція, а саме їх феноменологію, синдромологію, закономірність розвитку, та розробку методів терапії і організації допомоги даному контингенту хворих (Хаустова О. О., Орлова Н. М., 2010; Табачніков С. І., 2011; Kerola T., 2011; Forbes D., 2015). Однак залишаються маловивченими механізми та особливості формування психічних розладів при початкових стадіях цереброваскулярної недостатності на фоні артеріальної гіпертензії, що потребує пошуку специфічних психоневрологічних, нейропсихологічних маркерів, які можуть слугувати основою для створення методів ранньої діагностики, та розробки ефективних лікувальних програм даної категорії пацієнтів (Кушнір А. М., 2015; Полив'яна М. Ю., 2016; Yao H., 2011). До теперішнього часу в літературі відсутні системні комплексні дослідження, присвячені відокремленню, детальному якісному та кількісному нейропсихологічному аналізу семіотики когнітивних розладів, які не

досягають ступеню деменції при гипертензивній енцефалопатії (Мішиєв В. Д., 2004; Дзеружинська Н. О., Дзюба О. М., Здорик І. Ф., 2013; Carney R. M., 2007; Bavikatte G., 2015).

Психопатологічні прояви, що виникають внаслідок гіпертензивної енцефалопатії, зустрічаються при любих формах і стадіях захворювання. Серед всієї групи психічних розладів судинного ґенезу до 80 % випадків спостерігаються психічні розлади що не досягають характеру психозу, у 3 – 4 % діагностують судинну деменцію, інші психічні розлади – психотичного рівня (Дзюба О. М., 2013; Левада О. А., 2014; Yamaguchi I., 2015).

Актуальність дослідження когнітивних порушень при психічних розладах, що не досягають ступеню деменції, зумовлена ще і тим, що своєчасне виявлення та правильне їх лікування у пацієнтів з гіпертензивною енцефалопатією, без сумніву, підвищує якість життя, дозволяючи загальмувати, а в деяких випадках і попередити розвиток важких проявів психічних розладів у формі деменції (Марута Н. О., Панько Т. В., 2012).

Із вищевикладеного випливає, що проблема психічних розладів у хворих на гіпертонічну хворобу є міждисциплінарною і до її вирішення повинні бути залучені фахівці суміжних спеціальностей – неврологи, терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики сімейної медицини (Недогода С. В., Стаценко М. Е., 2010; Свиридова Н. К., 2015; Mancia G., 2013; Awazu M., 2014). Підвищення частки психічних розладів у структурі захворюваності являє собою одну з першочергових проблем сучасної медицини, у якій зокрема порушення когнітивних функцій є однією з мішеней не тільки артеріальної гіпертензії, а і поєднаних з нею афективних розладів, що на сучасному етапі наукових спостережень практично не вивчено, а тому зумовило актуальність теми обраної дисертації, сформувало її мету, завдання і програму дослідження (Александров А. А., 2014; Hishikawa N., 2016).

Зв’язок роботи з науковими планами, програмами, темами. Робота виконувалась в рамках запланованої в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України НДР «Розробка скринінгового і моніторингового інструментарію діагностики психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної ланки медичної допомоги» (№ держреєстрації 0113U001470).

Мета дослідження – на основі вивчення механізмів формування психічних розладів у хворих на гіпертензивну енцефалопатію, підвищити ефективність лікування шляхом поліпшення методів ранньої діагностики та розробки додаткового скринінгового і моніторингового інструментарію.

Відповідно до мети були сформульовані наступні завдання дослідження:

1. Визначити нозологічні форми психічних розладів у хворих на гіпертензивну енцефалопатію.

2. Вивчити клінічну структуру психічних розладів у хворих на гіпертензивну енцефалопатію.

3. На основі клінічних досліджень розробити методику ранньої діагностики психічних розладів у хворих на гіпертензивну енцефалопатію.

4. Оцінити ефективність комплексного підходу до лікування коморбідної психоневрологічної патології у хворих на гіпертензивну енцефалопатію.

Об'єкт дослідження – психічні розлади у хворих на гіпертензивну енцефалопатію.

Предмет дослідження – особливості структури, діагностики та впливу комплексного лікування психічних розладів при гіпертензивній енцефалопатії.

Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше в Україні в діагностиці когнітивних порушень при психічних розладах на фоні гіпертензивної енцефалопатії застосований міждисциплінарний підхід, який передбачає проведення оцінки частоти, клініко-феноменологічних особливостей та патогенетичних механізмів їх формування.

Вперше досліджені когнітивні та афективні розлади на ранніх етапах маніфестації у пацієнтів, які страждають на гіпертензивну енцефалопатію, методом сприйняття мови, за даними розбірливості мовних конструктів, якими були числа та слова.

Уперше розроблено та апробовано програму когнітивного тренінгу пацієнтів з психічними розладами при гіпертензивній енцефалопатії, спрямовану на сприйняття та відтворення мови як одних із індикаторів визначення стану когнітивної сфери.

Науково-практична значимість роботи полягає в розробці комплексного клініко-психопатологічного та експериментально-психологічного підходу до обстеження хворих на психічні розлади при різних стадіях гіпертензивної енцефалопатії та поліпшенню лікування.

Практичне значення отриманих результатів. На основі отриманих результатів розроблений та впроваджений в практичну діяльність когнітивний тренінг «сприйняття мови». За допомогою шкали «відтворення мовних конструктів» можна виявити ранні когнітивні порушення у хворих на психічні розлади при артеріальній гіпертензії, що дозволить покращити якість своєчасної медичної допомоги на «додементному етапі».

Результати досліджень призначені для застосування в практичній роботі лікарів-психіатрів, та лікарів суміжних спеціальностей (неврологів, терапевтів, кардіологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини) і будуть використані при теоретичному обґрунтуванні основних підходів діагностики, лікування, психічних розладів у пацієнтів з гіпертензивною енцефалопатією.

Розроблена в процесі дисертаційного дослідження методика когнітивного тренінгу хворих на артеріальну гіпертензію: сприйняття мови, впроваджена в практику роботи комунальної установи «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» (акт від 07.09.2016 р. № 18/2016); комунальної установи «Бердянський психоневрологічний диспансер» (акт від 18.08.2016 р. № 07-03); Військово-медичного клінічного центру Південного регіону м. Одеса (акт від 19.07.2016 р. № 5); клінічного госпіталю Державної прикордонної служби України м. Одеса (акт від 19.07.2016 р. № 3).

Отримані наукові дані використовуються у навчальному процесі кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету МОЗ України (протокол від 30.05.2016 р., № 18); кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України (протокол від 07.06.2016 р., № 24).

Особистий внесок здобувача. Дисертантом особисто виконані дослідження, результати яких приведено у рукописі. Всі ідеї та розробки, використані у даному дослідженні, належать особисто автору. Самостійно здійснено інформаційно-патентний пошук. Виконано аналітичний огляд джерел науково-бібліографічної інформації відповідно до обраної теми. Автором проведено соціально-демографічне, клініко-психопатологічне й психодіагностичне дослідження.

Автором особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено психокорекційні заходи, визначена їх ефективність. Власноруч сформовано базу даних, проведено ґрунтовний системний, теоретичний, науковий аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, на основі чого сформульовані висновки дисертаційного дослідження.

Особистий внесок здобувача у роботах виконаних у співавторстві: у статті № 1 опублікованої за темою дисертації дисертантом виконано огляд літератури, збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів та оформлення статті; у статті за № 6 дисертант виконав збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів та висновки дослідження; у роботі за № 7 здобувач виконав літературний пошук, збір та обробку матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів та оформлення статті; у роботі за № 11 особистий внесок автора полягав у проведенні аналізу та інтерпретації отриманих даних.

Апробація результатів дисертації. Результати дисертаційного дослідження, його основні положення і висновки доповідалися і обговорювалися на науково-практичних конференціях з міжнародною участю: «Актуальні питання медицини, ветеринарії та фармакології» (м. Київ, 14 – 15 жовтня 2016 р.); міжнародна науково-практична конференція «Вітчизняна та світова медицина: вимоги сьогодення» (м. Дніпро, 17-18 жовтня 2016 р.); XIII міжнародна науково-практична конференція «Наука в сучасному світі» (м. Київ, 20 жовтня 2016 р.); міжнародна науково-практична конференція «Медичні та фармацевтичні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень» (м. Одеса, 21 – 22 жовтня 2016 р.); VIII міжнародна науково-практична конференція «Актуальні дослідження в соціальній сфері» (м. Одеса, 17 листопада 2016 р.).

Публікації. За матеріалами дисертаційного дослідження опубліковано 13 наукових праць, з них 6 включені до переліку видань МОН України (3 – одноосібні), 4 – у виданні, включеному у міжнародні наукометричні бази наукових даних: IndexCopernicus, CrossRef, РИНЦ, WorldCat, Ulrich's Periodicals Directory, BASE, ResearchBib, Directory Indexing of International Research Journals, Directory of Research Joiunals Indexing, Open Academic Journals Index, Scientific Indexing Services, Sherpa/Romeo (2 – одноосібні). Отримано 1 свідоцтво на авторське право, опубліковано 5 тез в збірниках матеріалів наукових форумів та науково-практичних конференцій державного та міжнародного рівнів (4 – одноосібні).

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, аналітичного огляду наукової літератури, чотирьох розділів власних досліджень, висновків і практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків. Робота викладена на 204 сторінках комп'ютерного тексту (138 сторінок основного тексту), містить 23 таблиць, 8 рисунків. Список використаних літературних джерел містить 304 праці, у тому числі 149 – іноземною мовою.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Дизайн, матеріал та методи дослідження. Для виконання визначених завдань дисертаційного дослідження за критеріями включення/виключення, на умовах інформованої згоди, було відібрано 350 пацієнтів віком від 46 до 78 років з діагнозом гіпертензивна енцефалопатія з психічними розладами різного рівня. Базою наукового дослідження були неврологічне і кардіологічне відділення денного стаціонару Севастопольської міської лікарні № 3; відділення неврозів Севастопольської міської психіатричної лікарні (2011 – 2012 рр.); неврологічне, кардіологічне, терапевтичне відділення клініки терапії клінічного госпіталю Державної прикордонної служби м. Одеса; відділення денного стаціонару Одеського обласного медичного центру психічного здоров'я.

Критеріями включення пацієнтів до програми дисертаційного дослідження були: вік особи 45 років і старше; наявність гіпертензивної енцефалопатії за МКХ-10 (I67.4); психічного розладу, який задовольняє діагностичним критеріям психічних розладів за МКХ-10 (F00 – F09); інформована згода пацієнта на участь у програмі дисертаційного дослідження. Критерії виключення: наявність важкої деменції, черепно-мозкової травми, інсульту в анамнезі; важкої супутньої соматичної патології; тяжких психічних розладів таких як: шизофренія, епілепсія, біполярний афективний розлад, зловживання психоактивними речовинами та інші.

Біометричний аналіз даних здійснювали в програмних пакетах Open Office (Base, Calc, Writer, Draw, Math), GNU Octave (зі збереженням вихідних документів у форматі *.doc, *.xls) – програмне забезпечення з відкритим вихідним кодом і його використання регламентується ліцензією GPL (General Public License) та IBM SPSS from cloud. Перевірку нормальності розподілу кількісних показників в кожній з груп пацієнтів, включених до програми дисертаційного дослідження проводили за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова. Оскільки розподіл параметрів не відповідав нормальному, для опису даних використовували медіану і межквартільний розмах (Me; IQR:Q_1-Q_3). Частотні характеристики показників представлені у вигляді P±Δ, де Δ - 95% довірчий інтервал (CI).

Для аналізу спрямованості та сили зв'язку між кількісними показниками використовували метод кореляційного аналізу з обчисленням коефіцієнту рангової кореляції Спірмена (ρ). Оцінку ефективності лікування у всіх досліджуваних пацієнтів проводили за шкалами MMSE, FAB, CDR, HDRS через 4 тижні та 12 тижнів з моменту початку лікування і порівнювали із вихідними. При обробці даних опитувальника CDR використовувався SOB-метод – один з рекомендованих розробником (stratified over-sampling – метод стратифікованої надлишкової

дискретизації) [S.E. O'Bryant, L Lacritz, J Hall et al., Validation of the New Interpretive Guidelines for the Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes Score in the NACC Database/Arch Neurol. 2010 Jun; 67(6): 746 – 749. doi: 10.1001/archneurol.2010.115]. Тому у представлених таблицях показники шкали CDR відрізняються від загально прийнятих, оскільки 5 ступенів CDR (0; 0,5; 1,0; 2,0; 3,0) розбиті на 7 градацій SOB з певними межами значень (0 = 0; 0,5 має межі від 0,5 – 4,0 причому дана межа має більш детальний поділ 0,5 – 2,0 та 2,5 – 4,0; 1,0 має межі 4,5 – 9,0; 2,0 має межі 9,5 – 5,5; 3,0 має межі 16,0 – 18,0). В якості тесту також була використана шкала «сприйняття мови» розробленої автором програми когнітивного тренінгу. Порівняння двох незалежних груп проводили за допомогою критерію Манна-Уїтні (Mann-Whitney U test), у парних порівняннях використовували критерій Вілкоксона для парних вибірок (Wilcoxon signed rank test). Для порівняння частот використали z-критерій.

На першому етапі проведено скринінгове обстеження пацієнтів з психічними розладами на тлі гіпертензивної енцефалопатії. У 67 (19,14±4,12 %) осіб спостерігалися психічні розлади психотичного рівня (ці пацієнти мали в основному виражену форму основного захворювання – ГЕ III ст. і в рідкіснихих випадках ГЕ II), у інших 269 (76,86±4,42 %) пацієнтів встановлені психічні розлади непсихотичного рівня, з яких: ГЕ I ст. мали 58 (16,57±3,90%) осіб, ГЕ II ст. – 120 (34,29±4,97 %) осіб і ГЕ III ст. – 91 (26,00±4,60 %) особа, 14 (4,00±2,00 %) осіб с ГЕ II ст. які мали неуточнені психічні розлади.

Другий етап дослідження полягав у психодіагностиці пацієнтів з ГЕ II ступеню та психічними розладами непсихотичного рівня. Всі пацієнти випадковим чином розділені нами на групу 1 та групу 2. Групи були зіставні між собою за статтю, віком, місцем та умовами проживання, освітою, приналежністю до професійної діяльності, тривалістю ГЕ. На цьому етапі досліджували когнітивну сферу пацієнтів з психічними розладами на тлі ГЕ.

Обґрунтування відбору пацієнтів до другого етапу програми дисертаційного дослідження базувалось на тому, що у хворих з ГЕ I ст. психічні розлади через слабку вираженість клініки захворювання, наявність прихованого, латентного плину, а також зворотність патологічних процесів, досить рідко діагностується і не викликають у пацієнтів істотних проблем, на які вони звертають увагу. Клінічні прояви захворювання при ГЕ III ст. носять стійкий незворотний характер і мають несприятливий прогноз.

Група пацієнтів з ГЕ II ст. за численністю є найбільшою. Варіабельність клінічних проявів психічних розладів на цій стадії хвороби є досить широкою. Діагноз ГЕ II ст. може стати для пацієнта пунктом повернення або не повернення до повноцінного соціального функціонування та визначити подальшу якість життя.

Відомо, що хворі на ГЕ при зверненні за медичною допомогою, в першу чергу пред'являють скарги на стан соматичного здоров'я, а скарги на психічний стан – другорядні. Психічні розлади, яким не було приділено достатньої уваги, досягають виразності при більш важкій стадії основного захворювання і виходять на перший план, що значно ускладнює процес діагностики та лікування. Тому пацієнти з психічними розладами на тлі ГЕ потребують детального дослідження і вимагають серйозної уваги з боку фахівців саме на ранніх стадіях прояву хвороби. Психічні

розлади при ГЕ є тими маркерами, за якими можна судити про розвиток захворювання та його прогноз. Однак зв'язок тяжкості ГЕ з психічними розладами не є прямопропорційним, оскільки психічний стан пацієнта на початку залежить від багатьох факторів, у тому числі, спадкових та індивідуально-психологічних.

Третій етап проведення лікувальних заходів полягав у проведені в обох групах комплексної медикаментозної терапії, яка спрямована на лікування проявів гіпертонічної хвороби, гіпертензивної енцефалопатії та психічних розладів. У групі 2 пацієнтам додатково проводились психокорекційні заходи, а саме когнітивний тренінг. Пацієнти першої групи отримували лише медикаментозну терапію.

На останньому четвертому етапі нами було проведено оцінку ефективності лікування та заходів, спрямованих на покращення когнітивної сфери, а також якості життя пацієнтів (рис.1).

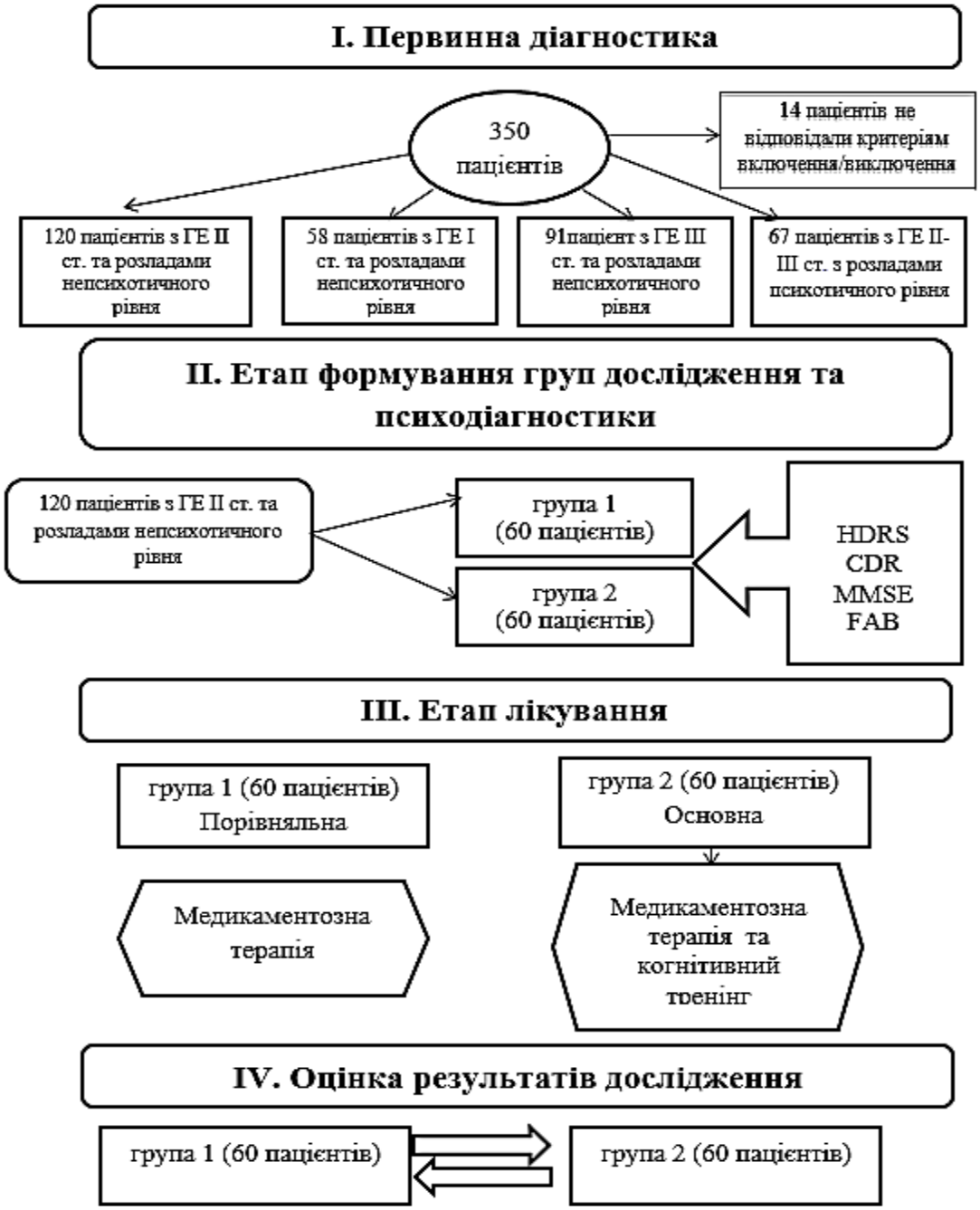


Рис. 1 Дизайн дослідження

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів з психічними розладами психотичного рівня на тлі ГЕ

Шифр МКХ-10	Діагноз	Кількість (n (P±m, %)*)
F06.0	Органічний галюциноз	29 (8,29±1,47)
F05	Делірій	25 (7,14±1,38)
F06.2	Органічний маячний (шизофреноподібний) розлад	13 (3,71±1,01)
ВСЬОГО		67 (38,28±2,1)

* - частка щодо учасників скринінгового обстеження (N=350)

m – похибка репрезентативності

Розподіл пацієнтів з психічними розладами психотичного рівня за МКХ-10 на тлі ГЕ відображено в табл. 1. Найбільшими були групи пацієнтів з діагнозами органічний галюциноз та делірій у зв'язку із гіпертензивною енцефалопатією (p≤0,05).

Частота провідних синдромів у хворих з психічними розладами психотичного рівня на тлі ГЕ подана у табл. 2.

Таблиця 2

Частота провідних синдромів психічних розладів психотичного рівня у пацієнтів з ГЕ

Синдром	Ступінь тяжкості ГЕ (n (P, %±m))	
	ГЕ II ст. (n=10)	ГЕ III ст. (n=57)
Галюцинаторний	5 (50,00±16,67)	20 (35,09±6,32)
Параноїдний	3 (30,00±15,28)	10 (17,54±5,04)
Розладу свідомості	–	25 (43,86±6,57)
Паранойяльний	2 (20,00±13,3)	2 (3,51±2,44)

Пацієнтів з психотичним рівнем психічних розладів на тлі ГЕ I ст. в дослідженні не було. У пацієнтів з ГЕ II ст. та ГЕ III ст. в наявності були вже по кілька психотичних синдромів, тобто більш тяжкий ступінь захворювання викликав погіршення психічного статусу у пацієнта.

У пацієнтів з ГЕ III ст. психічні розлади психотического рівня були такими, які характерні для більш важких стадій основного захворювання, серед них переважали органічний галюциноз, делірій. Отже, лікування й тим більше профілактика вже на даному етапі проблемні, тому допомогу таким пацієнтам (із психічними розладами психотичного рівня на тлі ГЕ III ст.) можна розглядати більше як паліативну.

При проведенні обстеження, у 269 (76,86±4,42 %) пацієнтів були виявлені психічниі розлади непсихотичного рівня на тлі ГЕ, якім були встановлені діагнози за МКХ-10: органічний эмоційно лабільний (астенічний) розлад, органічний тривожний розлад, органічний (афективний) розлад настрою, легкий когнітивний розлад, психоорганічний синдром та органічний дисоціативний розлад (табл. 3). Діагнози органічний эмоційно лабільний (астенічний) розлад та органічний тривожний розлад зустрічалися статистично значимо частіше за інших (p≤0,05).

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів з психічними розладами непсихотичного рівня на тлі ГЕ за встановленими діагнозами

Шифр МКХ-10	Діагноз	Кількість (n (P±m,%)*)
F06.6	Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад	68 (19,43±2,11)
F06.4	Органічний тривожний розлад	66 (18,86±2,09)
F06.3	Органічний (афективний) розлад настрою	54 (15,43±1,93)
F06.7	Легкий когнітивний розлад	40 (11,43±1,70)
F07.9	Неуточнений розлад особистості і поведінки (психоорганічний синдром)	31 (8,86±1,52)
F06.5	Органічний дисоціативний розлад	10 (2,86±0,89)
ВСЬОГО		269 (76,86±2,25)

* - частка щодо учасників скринінгового обстеження (N=350)

Психічні розлади непсихотичного рівня спостерігались при всіх стадіях гипертензивної енцефалопатії.

Частота провідних синдромів у хворих з психічними розладами непсихотичного рівня на тлі ГЕ подана у табл. 4.

Таблиця 4

Частота провідних синдромів психічних розладів непсихотичного рівня у пацієнтів з ГЕ

Синдром	Ступінь тяжкості ГЕ (n (P, %±m))		
	ГЕ I ст. (n=58)	ГЕ II ст. (n=120)	ГЕ III ст. (n=91)
Астенічний	22 (37,93±6,13)	46 (38,33±4,44)	26 (28,57±4,74)
Тривожно-депресивний	15 (25,86±5,75)	28 (23,33±3,86)	16 (17,58±3,99)
Психоорганічний	14 (24,13±5,52)	37 (30,83±4,22)	40 (43,96±5,20)
Психопатоподібний	7 (12,07±4,42)	9 (7,50±2,40)	9 (9,89±3,13)

Встановлено, що у пацієнтів з ГЕ та афективними порушеннями характерний хвилеподібний тип перебігу захворювання, періоди зниженого настрою (гіпотимія), аж до апатії, змінялися тривогою, різними страхами, почуттям внутрішнього напруження, що проявлялося підвищеною дратівливістю, нападами агресії. На тлі зниженого настрою пацієнти з ГЕ II ст. інколи висловлювали суїцидальні думки і виявляли аутоагресивну поведінку у вигляді відмови від їжі, та приймання ліків, нанесення незначних самопошкоджень. Вказана поведінка носила більш демонстративний характер і не мала на меті істинних суїцидальних намірів. У багатьох пацієнтів була метеозалежність, яка приводила до підвищення артеріального

тиску, на тлі нестабільних показників якого частіше виникали афективні порушення. При несвоєчасному наданні допомоги пацієнтам з ГЕ III ст. вони часто досягали психотичного рівня і проявлялися в основному у вигляді ілюзій та галюцинацій.

Порушення інтелекту нами зафіксовано у пацієнтів з ГЕ від легкого до вираженого ступеня зниження і були більш властиві для пізніх стадій основного захворювання ГЕ II-III ст. 278 (79,43 %).

Мнестичні порушення виявлялися у 139 (39,71 %) хворих, навіть з першою стадією ГЕ, однак на даній стадії захворювання страждає в основному фіксаційна пам'ять, що пов'язане із підвищеною стомлюваністю і носить зворотній характер 58 (16,57 %) досліджених. Зниження пам'яті також є найпоширенішою і першочерговою скаргою 120 (34,29 %) пацієнтів з ГЕ II ст.

Погіршення пам'яті мають таку ж тенденцію розвитку, як і афективні порушення, максимум яких встановлений у 54 (15,43 %) осіб з ГЕ III ст.

Серед пацієнтів з ГЕ I-II ст. досить часто були поширені нав'язливі явища 66 (18,86 %), які проявлялися в основному різними страхами, сумнівами, важкими думками та спогадами. Із погіршенням стану судинної системи головного мозку відбувався розвиток процесу.

На порушення мислення головним чином страждали пацієнти з психотичним рівнем психічних розладів. Зміни у сфері мислення були представлені практично всім спектром порушень. На тлі ГЕ III ст., у 13 (3,7 %) пацієнтів діагностований органічний маячний розлад, для якого притаманні маревні ідеї відношення, ідеї отруєння, рідше виявлялися маячні ідеї ущербності, гріховності, та іпохондричне марення.

В окремих випадках патологічна сторожкість, підозрілість спостерігалася у 3 (0,86 %) пацієнтів з розладами непсихотичного рівня, які у подальшому у пацієнтів з ГЕ I-II ст. не мали патологічного розвитку. Порушення мислення у пацієнтів з психічними розладами непсихотичного рівня на тлі ГЕ в основному проявлялися порушенням динаміки у вигляді вповільнення процесу, а при більш тяжких стадіях основного захворювання мало місце незв'язаність мислення.

Щодо вольових порушень, то вони частіше спостерігалися у 64 (18,29 %) пацієнтів з ГЕ III ст., починаючи від зниження ініціативи у вирішені повсякденних побутових питань,та відсутності потягу до звичайної повсякденної активності до абулії, в залежності від клінічних проявів основного захворювання – ГЕ.

Порушення свідомості відбувалось у 25 (7,14 %) пацієнтів з ГЕ II-III ст., при значних підвищеннях показників артеріального тиску і носило в основному короткочасний характер (у випадку відсутності судинних ускладнень).

Розлади сприйняття були зафіксовані у 29 (8,29 %) пацієнтів в основному з ГЕ III ст., та мали форму зорових, слухових і тактильних обманів сприйняття. При I-II ст. ГЕ відзначалися ілюзорні порушення, при III ст. – галюцинаторні. Залежність типу розладів сприйняття від стадії ГЕ не досягнула рівня статистичної значущості. Слід зазначити, що порушення сприйняття у більшої частини пацієнтів 20 (5,71 %) носили мінливий характер і частіше спостерігалися у вечірній і нічний час (гіпнагогічі) або у пацієнтів, які тривалий час перебували у погано освітлюванім приміщенні.

Психічні розлади при гіпертензивній енцефалопатії виникали на тлі порушення мозкового кровообігу внаслідок стійкого підвищення АТ. Подальший розвиток патологічного процесу призводить до прогресування ГЕ з можливим подальшим

виходом у судинну деменцію, яка становить 10 % у загальній структурі деменції (Т.С. Міщенко, 2016).

На другому етапі, сформували дві співставних за статтю, віком, місцем, умовами проживання, освітою та професійною зайнятістю підгрупи дослідження по 60 осіб у кожній з гіпертензивною енцефалопатією II ст. з психічними розладами непсихотичного рівня. Середній вік пацієнтів першої групи – 62,5±1,1 роки, другої групи – 64±1,2 роки.

Показники психодіагностичних шкал в групах статистично значимо не відрізнялись (p>0,05) і становили для першої групи: MMSE – Me=23,0, IQR:19,3-24,0; FAB – Me=14,0, IQR: 11,3-15,0; CDR – Me=3,5, IQR: 2,5-6,0; HDRS, – Me=16,0, IQR: 12,0-22,0, для другої: MMSE – Me=24,0, IQR: 20,0 -26,0; FAB – Me=13,0, IQR: 10,0 - 15,0; CDR – Me=3,5, IQR: 2,0-8,0; HDRS, – Me=17,0, IQR: 12,0-21,0.

При виконанні дисертаційного дослідження всього було проведено 2742 вимірювань: 350 діагностичних та 2392 моніторингових.

Перша група (n=60) була контрольною, пацієнти цієї групи отримували медикаментозне лікування, у другій групі додатково до медикаментозного лікування проводився когнітивний тренінг за розробленою автором програмою «сприйняття мови».

Динаміка психічних розладів у хворих на ГЕ II ст. при застосуванні медикаментозної терапії представлені на рис. 2, а при застосуванні медикаментозної терапії у комбінації із когнітивним тренінгом – на рис. 3. В обох підгрупах лікування різниця в балах за всіма чотирма шкалами досягла рівня статистичної значущості (p<0,05).

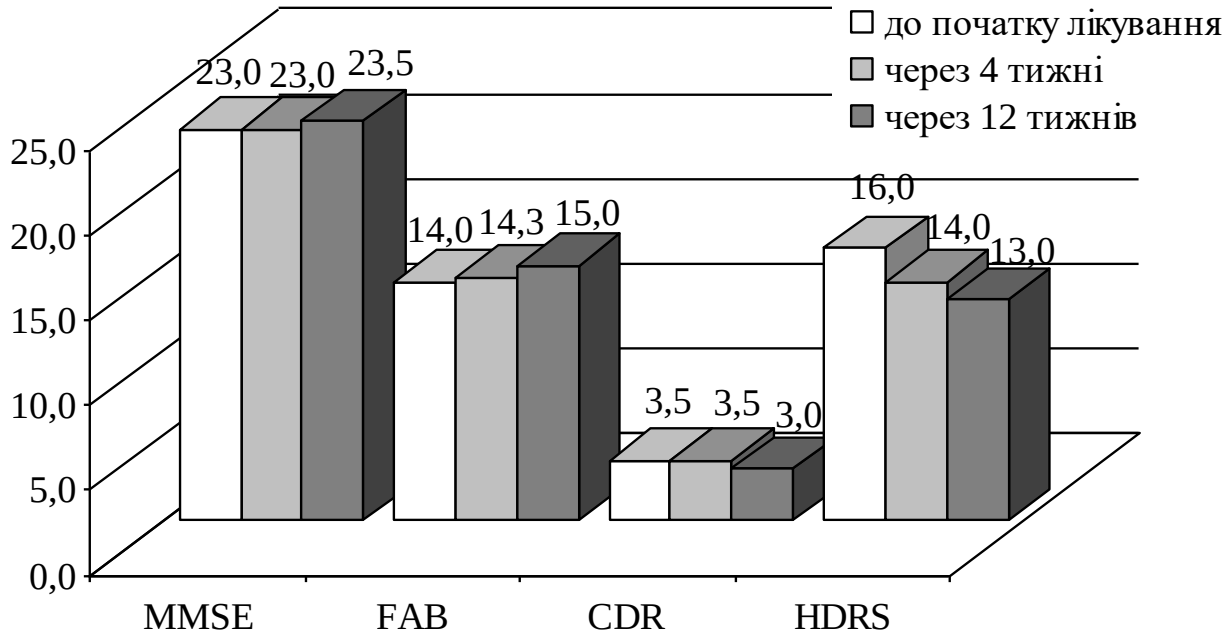


Рис. 2 Зміни показників психічних розладів у пацієнтів з ГЕ II ст. в різні періоди медикаментозного лікування

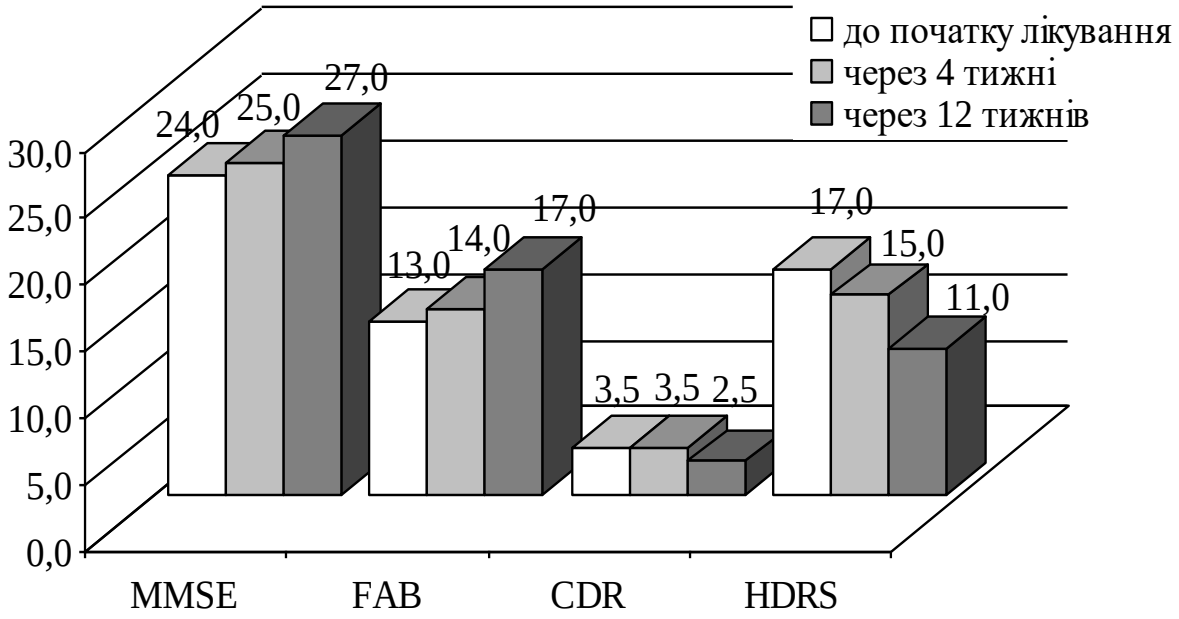


Рис. 3 Зміни показників психічних розладів у пацієнтів хворих на ГЕ ІІ ст. в різні періоди лікування шляхом комбінації медикаментозного лікування із когнітивним тренінгом

Порівняння показників лікувально-реабілітаційних заходів між двома групами досліджених пацієнтів з ГЕ ІІ ст. представлено у табл. 5.

Таблиця 5

Порівняльний аналіз підгруп до і після лікування (бал)

Шкала	1 підгрупа (медикаментозна терапія)		2 підгрупа (медикаментозна терапія + когнітивний тренінг)		Порівняння підгруп*	
	до лікування Me (IQR)	після лікування Me (IQR)	до лікування Me (IQR)	після лікування Me (IQR)	до лікування z-значення; p	після лікування z-значення; p
MMSE, бали	23,0 (19,3-24,0)	23,5 (20,3-25,0)	24,0 (20,0 -26,0)	27,0 (22,0 -28,0)	1,4; 1,6	4,3**; 0,001
FAB, бали	14,0 (11,3-15,0)	15,0 (12,0-16,8)	13,0 (10,0 -15,0)	17,0 (14,0 -18,0)	1,1; 0,26	2,9**; 0,004
CDR, бали	3,5 (2,5-6,0)	3,0 (2,0-5,0)	3,5 (2,0-8,0)	2,5 (1,0-7,0)	0,63; 0,53	1,1; 0,27
HDRS, бали	16,0 (12,0-22,0)	13,0 (9,2-18,7)	17,0 (12,0-21,0)	11,0 (6,0-15,0)	0,02; 0,9	2,2**; 0,03

* - групи порівнюються як незалежні (використовується статистика U Мана-Уітні)

** - є статистично значущі відмінності між групами порівняння.

Якщо до лікування підгрупи не мали між собою статистично значущих відмінностей, то після лікування кращі показники (за шкалами MMSE, FAB, HDRS) були у 2 підгрупі. Незважаючи на те що за шкалою CDR статистично значущих відмінностей між підгрупами ми не виявили, але в самих підгрупах позитивна динаміка була статистично значущою.

Згідно розробленої в ході дисертаційного дослідження методики когнітивного тренінгу, яку детально викладено у розділі 4, для оцінки ефективності лікування психічних розладів непсихотичного рівня у пацієнтів з гіпертензивною енцефалопацією II ст. було застосовано дослідження когнітивної функції в частині мовної комунікації за даними розбірливості мовних конструктів чисел та слів.

Аналізуючи одержані дані можна зазначити, що при ГЕ II ст порушується сприйняття коротких слів (одно- та двоскладові, цифри при промовлянні теж є словами), шиплячих та свистячих звуків, на що необхідно звертати увагу при спілкуванні під час першого контакту із пацієнтами такого контингенту, як індикатор раннього неблагополуччя у цереброваскулярній системі. Традиційні для таких випадків у психіатрії тести є малочутливими. Динаміка показників при визначенні розбірливості мови у пацієнтів з гіпертензивною енцефалопатією за допомогою розробленої методики когнітивного тренінгу «сприйняття мови» відображена у табл.6.

Таблиця 6

Динаміка показників розбірливості мови у пацієнтів з гіпертензивною енцефалопатією

Підгрупа	Шкала відтворення мовних конструктів, бали			Порівняння підгруп***	
	до лікування Me (IRQ)	через 4 тижні Me (IRQ) z-значення; p*	через 12 тижнів Me (IRQ) z-значення; p**	до лікування z-значення; p	після лікування z-значення; p
1	16,0 (13,0-17,0)	16,0 (14,0-17,0) 1,3; >0,05	17,0 (15,0-18,0) 5,3; <0,05	1,57; 0,12	2,14; 0,03
2	17,0 (15,0-18,0)	17,0 (15,0-19,0) 1,2; >0,05	18,0 (15,0-20,0) 5,0; <0,05		

* - порівняння результатів лікування через 4 тижні (використовується статистика Вілкоксона)

** - порівняння результатів лікування через 12 тижнів(використовується статистика Вілкоксона)

*** - групи порівнюються як незалежні (використовується статистика Мана-Уітні)

При проведенні кореляційного аналізу між отриманими показниками за шкалами (MMSE, CDR, HDRS, FAB), та шкалою розробленого когнітивного тренінгу «сприйняття мови», за допомогою непараметричного коефіцієнту рангової кореляції Спірмена, виявлено наявність кореляційного зв'язку високої тісноти з MMSE (ρ=0,84, p=0,001), CDR (ρ= - 0,78, p=0,001) та помірної тісноти з HDRS (ρ= - 0,49, p=0,001) та FAB(ρ=0,41, p=0,001).

Оскільки існує статистично значущий кореляційний зв'язок між показниками за ухваленими (традиційними) психодіагностичними шкалами та шкалою відтворення мовних конструктів когнітивного тренінгу, то останню можна рекомендувати для використання не тільки в якості когнітивного тренінгу але і додаткового засобу ранньої діагностики КП.

Перевірка результатів на співставних за шкалою MMSE вибірках з підгруп (бали: 20 – 23 та 24 – 27) підтвердила отриманий результат ($p<0,05$).

Таким чином, як свідчать одержані дані, поряд із оптимізацією діагностичного інструментарію, розробка програм корекції когнітивних порушень в частині мовної комунікації сприятиме не тільки ранній діагностиці когнітивних порушень, а і своєчасному проведенню терапії, що матиме позитивний вплив на соціальне функціонування пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі, з позиції доказової медицини на підставі міждисциплінарного підходу здійснено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуального завдання, яке полягає у підвищенні ефективності лікування психічних розладів у хворих на гіпертензивну енцефалопатію шляхом поліпшення методів ранньої діагностики, розробки додаткового скринінгового і моніторингового діагностичного інструментарію і впровадження їх у заклади охорони здоров’я.

2. Психічні розлади у хворих на гіпертензивну енцефалопатію (I67.4), в залежності від стадії захворювання, в більшості випадків представлені розладами психіки непсихотичного рівня (78,76 %), в структурі яких встановлено: органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад (F06.6 – 19,43 %); органічний тривожний розлад (F06.4–18,86 %); органічний (афективний) розлад настрою (F06.3 – 15,43 %); легкий когнітивний розлад (F06.7 – 11,43 %). Психічні розлади психотичного рівня (16,29 %) частіше представлені наступними формами: органічний галюциноз (F06.0 – 8,29 %); делірій (F05 – 7,14 %); та органічний маячний (шизофреноподібний) розлад (F06.2 – 3,71 %).

3. Провідним психопатологічним синдромом у пацієнтів з ГЕ виявлено астенічний синдром: при ГЕ I ст. він відмічався у 22 (37,93 %) осіб, при ГЕ II ст. у 46 (38,33 %) осіб та при ГЕ III ст. у 26 (28,57 %). Психоорганічний синдром був властивим для значної частини хворих з ГЕ III ст. – 40 (43,96 %) пацієнтам, хворим з ГЕ II ст. 37 (30,83%) та 14 (24,13 %) пацієнтам з ГЕ I ст. Для тривожно-депресивного синдрому спостерігалась зворотна тенденція: найбільш часто він зустрічався у хворих з ГЕ I ст. і II ст. (відповідно у 15 (25,86 %) та у 28 (23,33 %) осіб), серед хворих з ГЕ III ст. його мали 16 (17,58 %) осіб. Психопатоподібний синдром був властивим 7 (12,07 %) хворим з ГЕ I ст., 9 (7,50 %) хворих з ГЕ II ст. та 9 (9,89 %) хворих з ГЕ III

ст. Провідними психопатологічними синдромами в структурі психічних розладів психотичного рівня виявлені: галюцинаторний синдром у пацієнтів з ГЕ II ст. – 5 (50,00 %) та з ГЕ III ст. – 20 (35,09 %) осіб; синдром розладу свідомості спостерігався тільки у хворих на ГЕ III ст. – 25 (43,86 %) осіб; параноїдний у пацієнтів з ГЕ II ст. – 3 (30,00 %), при ГЕ III ст. – 10 (17,54 %) осіб; парафренний синдром у хворих на ГЕ IIст. 2 (20,00 %), і ГЕ III ст. – 2 (3,51 %) осіб.

4. Розроблено власну методику діагностики когнітивних порушень по мовній комунікації «Когнітивний тренінг хворих на артеріальну гіпертензію: сприйняття мови», яка передбачала визначення сприйняття мови і, відповідно, орієнтації в комунікативному оточенні. Вивчення кореляційного зв'язку між застосованими в дослідженні загальновизнаними шкалами та шкалою розробленого когнітивного тренінгу виявило наявність кореляційного зв'язку високої тісноти з MMSE (ρ=0,84, p=0,001), CDR (ρ= - 0,78, p=0,001) та помірної тісноти з HDRS (ρ= - 0,49, p=0,001) і FAB(ρ=0,41, p=0,001). Окрім ранньої діагностики когнітивних порушень, програма водночас має і тренінгову функцію.

5. В обох досліджуваних підгрупах після 3 місяців лікування різниця показників в балах за шкалами MMSE, FAB, CDR та HDRS досягла рівня статистичної значущості (p<0,05). Кращі результати (за шкалами MMSE (z = 4,30, p=0,001), FAB (z = 2,90, p=0,004), HDRS (z = 2,21, p=0,03)) відмічені у пацієнтів з підгрупи в якій був застосований додатковий когнітивний тренінг. Статистично значуще покращення відтворення мовних конструктів при використанні комбінованого підходу до лікування (z = 2,14, p=0,03) також зафіксовано за допомогою шкали розробленої програми когнітивного тренінгу.

Таким чином, виявлення та динамічне спостереження за розбірливістю і відтворенням мови у хворих на гіпертензивну енцефалопатію є прогностичною ознакою зміни психічного статусу пацієнтів, а раннє виявлення когнітивних порушень дозволяє підвищити ефективність лікування психічних розладів, що сприяє відновленню соціального функціонування.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Терапія психічних розладів у хворих на гіпертензивну енцефалопатію повинна включати не тільки вплив на основний судинний патологічний процес шляхом покращення і нормалізації кровопостачання головного мозку після зняття спазму судин і гіпоксії мозку, а і дослідження сприйняття і відтворення почутої мови для об'єктивного прогнозування і моделювання подальших лікувально-реабілітаційних заходів у осіб подібного контингенту.

2. Методика когнітивного тренінгу хворих на артеріальну гіпертензію: сприйняття мови має бути широко впроваджене в практику не тільки лікарів-психіатрів та психологів, а й в роботу спеціалістів суміжних спеціальностей: неврологів, кардіологів, терапевтів, лікарів загальної практики – сімейної медицини.

3. Діагностика і терапія психічних розладів при гіпертензивній енцефалопатії із застосуванням дослідження сприйняття і відтворення почутої мови, за розробленим в

ході дисертаційного дослідження методом когнітивного тренінгу, повинна входити до програми тестування осіб віком 60 років і старше.

4. Для підвищення ефективності надання комплексної допомоги пацієнтам з психічними порушеннями на фоні гіпертензивної енцефалопатії і поліпшення якості їх життя рекомендується використання когнітивного тренінгу хворих на артеріальну гіпертензію: сприйняття мови на етапах ранньої діагностики та моніторингу ефективності фармакотерапії на всіх етапах лікування.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Дзюба О. М., *Толмачов О. А.,* Карамзіна Л. А. Роль когнітивної функції у психічному здоров'ї людини // Загальна та патологічна фізіологія. 2015. Т. 10. № 4. С. 17 – 22. *(дисертант виконав огляд літератури, збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів та оформлення статті).*
2. *Толмачов О. А.* Когнітивний тренінг хворих на артеріальну гіпертензію: сприйняття мови // **Український вісник психоневрології.** 2016. Т. 24. Вип. 1 (86). С. 135 – 137.
3. *Толмачов О. А.* Психічні розлади у пацієнтів з гіпертензивною енцефалопатією // Медична Психологія. 2016. Т. 11. Вип. 3 (43). С. 33 – 36
4. Толмачов О. А. Особливості когнітивних розладів у хворих на гіпертензивну енцефалопатію // Вісник морської медицини. 2017. № 2 (75). С. 41 – 49.
5. *Толмачов О. А.* Загальна характеристика афективних розладів при артеріальній гіпертензії // **Journal of Education, Health and Sport.** 2016. № 6 (12). С. 875 – 883.
6. Дзюба О. М., *Толмачов О. А.* Зміни когнітивних функцій людини під впливом артеріальної гіпертензії // **«ScienceRise: Medical Science».** 2016. Т. 3. № 3 (20). С. 14 – 21. (*дисертант виконав збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів та висновки дослідження*).
7. Дзюба О. М., *Толмачов О. А.* Когнітивні порушення при психічних розладах у хворих на гіпертензивну енцефалопатію: ефективність лікувально-реабілітаційних заходів // **«ScienceRise: Medical Science».** 2016. № 9 (5). С. 63 – 70. *(здобувач виконав літературний пошук, збір та обробку матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів та оформлення статті).*

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. *Толмачов О. А.* Вплив артеріальної гіпертензії на афективні розлади // III Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання медицини, ветеринарії та фармакології», 14 – 15.10.2016. Київ, Україна. С. 75 – 78.
9. *Толмачов О. А.* Порушення когнітивних функцій при артеріальній гіпертензії // Міжнародна науково-практична конференція «Вітчизняна та світова медицина: вимоги сьогодення», 17 – 18.10.2016. Дніпро, Україна. С. 73 – 76.

10. *Толмачов О. А.* Специфіка судинної деменції у хворих з гіпертензивною енцефалопатією // XIII Міжнародна науково-практичної конференції «Наука в сучасному світі», 20.10.2016. Київ, Україна. С. 35 – 40.

11. *Толмачов О. А.,* Берман Д. Л. Фактори ризику виникнення когнітивних порушень у осіб з артеріальною гіпертензією // Міжнародна науково-практична конференція «Медичні та фармацевтичні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень», 21 – 22.10 2016. Одеса, Україна. С. 76 – 81. *(особистий внесок автора полягав у проведенні аналізу та інтерпретації отриманих даних)*.

12. *Толмачов О. А.* Психічне здоров'я як актуальна проблема сучасної України // VIII Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні дослідження в соціальній сфері», 17.11.2016. Одеса, Україна. С. 89 – 91.

Авторське свідоцтво

13. *Толмачов О. А.* Когнітивний тренінг хворих на артеріальну гіпертензію: сприйняття мови // Свідоцтво на авторське право на науковий твір від 20.11.2016, № 68677.

АНОТАЦІЯ

Толмачов О. А. Психічні розлади у хворих на гіпертензивну енцефалопатію: клініка, діагностика, лікування. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ, 2018.

Дисертація присвячена дослідженню психічних розладів при гіпертонічній енцефалопатії у 350 пацієнтів. На основі вивчення клініко-психопатологічних, психологічних особливостей психічного стану осіб даного контингенту було розроблено стратегію порівняння результатів лікування традиційним медикаментозним способом та комбінацією останнього з когнітивним тренінгом, програма якого була розроблена в рамках дисертаційного дослідження.

За результатами дослідження встановлено, що артеріальна гіпертензія є провідним фактором погіршення зв'язку людини з оточуючим світом саме через пригнічення аналітико-синтетичних процесів сприйняття і оцінки зовнішньої інформації.

З'ясовано, що артеріальна гіпертензія є значним фактором ризику судинних катастроф головного мозку внаслідок ураження головного мозку як органа-мішені, тому впливає на розвиток порушень вищих психічних функцій пацієнтів.

При виконання дослідження доведено, що ранній початок лікування гіпертензивної енцефалопатії у пацієнтів з психічними розладами дозволяє припинити, а в деяких випадках і попередити розвиток важких проявів когнітивних розладів у формі деменції.

Обґрунтовано необхідність лікування психічних порушень у пацієнтів з гіпертонічною енцефалопатією шляхом комбінації фармакологічних засобів із когнітивним тренінгом як чутливими тестами для ідентифікації порушень вищих психічних функцій легкого (початкового) ступеня, що призводить до стійкого позитивного медико-соціального ефекту.

Ключові слова: гіпертензивна енцефалопатія, психічні розлади, когнітивний тренінг.

АННОТАЦИЯ

Толмачёв А. А. Психические расстройства у больных гипертензивной энцефалопатией: клиника, диагностика, лечение. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, Киев, 2018.

Диссертация посвящена исследованию психических расстройств при гипертензивной энцефалопатии у 350 пациентов. На основе изучения клинико-психопатологических, психологических особенностей психического состояния лиц данного контингента была разработана стратегия сравнения результатов лечения в сопоставимых группах традиционным медикаментозном способом и комбинацией последнего с когнитивным тренингом, программа которого была разработана в рамках диссертационного исследования.

По результатам исследования установлено, что артериальная гипертензия является ведущим фактором ухудшения связи человека с окружающим миром именно через угнетение аналитико-синтетических процессов восприятия и оценки внешней информации.

Выяснено, что артериальная гипертензия является значительным фактором риска сосудистых катастроф головного мозга в результате поражения головного мозга как органа-мишени, поэтому влияет на развитие нарушений высших психических функций пациентов.

Установлено, что депрессивное состояние пациентов оказалось наиболее чувствительным к воздействию разработанной модели лечебно-реабилитационных мероприятий, а именно: при использовании комбинации медикаментозной терапии с когнитивным тренингом разница показателей депрессии по шале HDRS достигло уровня статистической значимости уже после 4 недель лечения (U=2,2, p=0,03) по сравнению с медикаментозной терапией.

При оценке когнтивной сферы по шкале MMSE улучшение при использовании комбинированного подхода было статистически значимо больше (U=4,3, p=0,001) чем при проведении медикаментозной терапии и составило Me=27,0, IQR: 22,0-28,0 Me=23,5, IQR: 20,3-25,0 балла соответственно (после 12 месяцев лечения). По данным теста FAB улучшение когнитивных показателей при использовании комбинированного подхода, также достигло уровня статистической значимости (U=2,9, p=0,004) Me=17,0, IQR: 14,0-18,0 и при медикаментозной терапии Me=15,0, IQR: 12,0-16,8 балла.

Разработанная программа когнитивного тренинга показала статистически значимое улучшение (U=3,31, p=0,001) воспроизведения речевых конструктов при использовании комбинированного подхода чем при использовании медикаментозной терапии Me = 19,0, IQR: 17,0-20,0; Me = 17,0, IQR: 15,0-19,0 балла соответственно. Наличие корреляционной связи между баллом по общепринятым шкалам и баллом по шкале «восприятия речи» позволяет рекомендовать разработанную программу когнитивного тренинга в качестве теста для ранней диагностики когнитивных нарушений.

Причем искажению поддаются короткие слова (одно- и двусложные, цифры при произношении также являются словами), шипящие и свистящие звуки, как свидетельство угнетения аналитико-синтетических процессов восприятия, воспроизведения и оценки внешней информации, являясь ранним индикатором неблагополучия в цереброваскулярной системе.

При выполнении исследования доказано, что ранняя диагностика и начало лечения пациентов с психическими расстройствами на фоне гипертензивной энцефалопатии позволяет предупредить и значительно замедлить развитие тяжелых проявлений когнитивных расстройств в форме деменции.

Обоснована необходимость лечения психических нарушений у пациентов с гипертензивной энцефалопатией путем комбинации фармакологических средств с когнитивным тренингом как чувствительными тестами для идентификации нарушений высших психических функций легкой (начальной) степени, которая приводит к стойкому позитивному медико-социальному эффекту.

Ключевые слова: гипертензивная энцефалопатия, психические расстройства, когнитивный тренинг.

ANNOTATION

Tolmachov O. A. Mental disorders of the patients with hypertensive encephalopathy: clinic, diagnostics, treatment. – Manuscript.

Thesis for the Ph.D. degree in medical sciences, specialty 14.01.16 – Psychiatry. – Ukrainian Scientific-Research Institute of Social and Judicial Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2018.

The thesis is devoted to a research of mental disorders of 350 patients with hypertensive encephalopathy. On the basis of the study of clinical-psychopathological, psychological peculiarities of the mental state of persons of the given group, the strategy for comparing the results of the traditional medical treatment and the combination of traditional treatment with cognitive training was developed.The program of the training was also developed within the framework of the research.

According to the results of the study, it was found that arterial hypertension is a leading factor in the deterioration of human communication with the surrounding world, precisely because of the inhibition of analytical and synthetic processes of perception and evaluation of external information.

It was found that arterial hypertension is a significant risk factor for vascular catastrophes of the brain due to brain damage as a target organ, and therefore affects the development of violations of higher mental functions of patients.

The study concluded that the early onset of hypertensive encephalopathy treatment for patients with mental disorders can stop and, in some cases, prevent the development of severe manifestations of cognitive impairment in the form of dementia.

The necessity of treatment of mental disorders in patients with hypertensive encephalopathy was substantiated by a combination of pharmacological agents with cognitive training as sensitive tests for identifying violations of higher mental functions of the mild (primary) degree leading to a stable positive medical and social effect.

Key words: arterial hypertension, mental disorders, cognitive training

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АГ	–	Артеріальна гіпертензія
АТ	–	Артеріальний тиск
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров’я
ГЕ	–	Гіпертензивна енцефалопатія
ГХ	–	Гіпертонічна хвороба
ГПМК	–	Гостре порушення мозкового кровообігу
ДР	–	Депресивні розлади
ІХС	–	Ішемічна хвороба серця
ІХЕ	–	Інгібітори холінестерази
КП	–	Когнітивні порушення
КР	–	Когнітивні розлади
КФ	–	Когнітивні функції
ПКР	–	Помірні когнітивні розлади
МКХ-10	–	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
ССЗ	–	Серцево-судинні захворювання
ХЦВЗ	–	Хронічне цереброваскулярне захворювання
ЦВН	–	Цереброваскулярна недостатність
ЦВХ	–	Цереброваскулярна хвороба
CDR	–	Клінічна оцінка деменції
FAB	–	Батарея лобної дисфункції
HDRS	–	Шкала Гамільтона
MMSE	–	Міні-шкала психіатричного обстеження

Підписано до друку *12.04.2018* р. Формат 60х90/16
Папір офсетний. Друк цифровий. Умов. друк. арк. 1,9. Тираж 100 прим. Зам. *412*
Віддруковано: ФОП Здоровий А.Я. «Оперативна поліграфія».
61003, м. Харків, пров. Кравцова, 11, тел. 750-63-23