

lipid-lowering effect, led to a significant improvement in diastolic heart function, apparently due to the improvement of LV myocardial metabolism in patients with coronary heart disease and hypertension with concomitant DL.

Conclusion. The data obtained by us indicate the expediency of including both statins and fibrates in the combined therapy of patients with coronary heart disease and hypertension.

Key words: ischemic heart disease, arterial hypertension, myocardial remodeling, lipid metabolism, statins, fibrates.

Рецензент – проф. Катеренчук І. П.
Стаття надійшла 17.12.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-144-149

УДК 616.1+159.923:316.6-036.66

¹Марута Н. О., ²Шевченко-Бітенський К. В.

ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННІЙ ДЕМЕНЦІЇ

¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

²ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації
та курортології МОЗ України» (м. Одеса)

mscience@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом НДР «Розробити диференційовані підходи щодо реабілітації пацієнтів з різними церебральними органічними та соматичними захворюваннями, коморбідними з психопатологічними розладами» (№ державної реєстрації 0117U004309).

Вступ. Актуальність реабілітації хворих на деменцію і необхідність оцінки ефективності реабілітаційних програм при цьому захворюванні пов'язана з більшою ресурсоемістю патології в порівнянні з іншими психічними захворюваннями, тягарем для суспільства, зростаючою увагою до якості спеціалізованої медичної допомоги [1,2,3,4]. Сучасний розвиток реабілітації пов'язаний з утвердженням біопсихосоціальної парадигми в психіатрії. Такий підхід розширює погляд на можливість відновлення хворих [5,6,7]. Ця обставина привела до впровадження психосоціальних втручань в систему терапевтичних заходів у пацієнтів з психічними розладами [8,9,10]. В результаті реабілітаційні заходи, поряд з психофармакологічними впливами, стали розглядатися як інтервенції, що суттєво впливають на кінцевий результат лікування, яке проводиться як в стаціонарних, так і позалікарняних умовах. В якості показників ефективності лікувально-реабілітаційного процесу, окрім редукції психопатологічної симптоматики, стали розглядатися також поліпшення якості життя і соціального функціонування (СФ) хворих [6,7,11,12].

Актуальність розробки системи реабілітаційних заходів в системі психосоціальної реабілітації хворих на деменцію обумовлена тим, що сучасний рівень розвитку «реабілітаційного поля» діяльності в психіатрії характеризується удосконаленням методології організаційних форм і методичного забезпечення реабілітаційного процесу. Інноваційні підходи в цій сфері пов'язані, головним чином, з інтегративними уявленнями про біопсихосоціальну сутність психічних розладів, пацієнт-центрованою спрямованістю терапевтичної тактики, яка передбачає сполучення біологічного та психосоціального лікування, а також необхідністю досягнення соціальної компетентності в автономії пацієнта [4,9,13-15].

Можливості біологічної терапії обмежені купіруванням («пом'якшенням») клінічних проявів хвороби та не можуть бути єдиним інструментом для підвищення адаптивних ресурсів особистості пацієнта, поліпшення його соціальної компетентності та рольових функцій [6,4,10,16]. Тому розробка програми комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації (КПППР) пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при СД, яка враховує сукупність біологічного і психосоціального впливу на всі етіопатогенетичні ланки розвитку і прогресування деменції, являється актуальним завданням на сучасному етапі розвитку медичної науки.

Мета дослідження – розробити та апробувати програму комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації (КПППР) пацієнтів з ГПР при СД.

Об'єкт і методи дослідження. Результати комплексного клініко-психопатологічного, психодіагностичного, психометричного дослідження 75 пацієнтів основної (з ГПР) та 63 пацієнта контрольної групи (без ГПР) на деменцію судинного генезу дозволили розробити КПППР пацієнтів з ГПР при СД.

Для оцінки ефективності розробленої КПППР був використаний комплексний підхід, що включав використання клініко-психопатологічного методу, доповнений застосуванням психометричних шкал (шкала поведінкових розладів (BEHAVE-AD); Бристольська шкала активності в повсякденному житті (BADL)), критерії оцінки медикаментозного комплаєнсу Expert Consensus Guidelines та методи математичної обробки даних [17-20].

Результати дослідження та їх обговорення. Основними принципами розробленої комплексної програми персоніфікованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з СД є:

- принцип комплексного диференційованого підходу;
- принцип персоніфікованого підходу в дуальних відносинах «пацієнт з деменцією – особа, яка за ним доглядає»;
- принцип ресурсно-орієнтованого підходу;
- принцип поетапного безперервного підходу.

Принцип комплексного диференційованого підходу в реабілітації хворих на СД базується на вра-

хуванні сукупність біологічних і психосоціальних впливів на всі етіопатогенетичні ланки розвитку і прогресування деменції, виділені, за принципом етіопатогенетичного і клінічного групування мішеней впливу, в чотири основні групи:

- 1) некогнітивні психопатологічні порушення;
- 2) когнітивні порушення;
- 3) психосоціальний дефіцит;
- 4) супутні соматичні і неврологічні захворювання.

Принцип персоніфікованого підходу в дуальних відносинах «хворий на деменцію – особа, яка доглядає» розглядає персоніфіковану психосоціальну реабілітацію хворих на СД як складну багатогранну систему соціально-психологічних зв'язків між хворим і особою, що доглядає за пацієнтом. Такий підхід у проведенні психосоціальної реабілітації хворих на СД вкрай важливий в зв'язку з недостатніми соціально-психологічними, професійними і соціально-побутовими можливостями пацієнтів з ГПР при СД. Психосоціальний аспект реабілітаційної роботи, що проводиться в рамках дуальних відносин включає в себе соціально-медичну, соціально-психологічну, соціально-середовищну, соціально-побутову напрямки взаємодії, як з пацієнтом, так і особою, яка доглядає за пацієнтом. Використання цих форм психосоціальної роботи в діаді «хворий на деменцію – особа, яка за ним доглядає» дозволяють, максимально відтворити втрачені (порушені) суспільні зв'язки і відносини пацієнта, усунути його соціальні обмеження, підвищити рівень його життєдіяльності та якості життя.

Принцип ресурсно-орієнтованого підходу в проведенні персоніфікованої психосоціальної реабілітації хворих на ГПР при СД, враховує ресурс (потенціал, що зберігся) пацієнта в когнітивній, психофізичній (рівень збереження психічної і соматичної діяльності) і психосоціальної (збереження особистісних якостей і рівня професійних, соціальних функцій і життєдіяльності) сферах. Цей

Таблиця 1 – Структура програми комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з ГПР при СД

Найменування	структура програми
А. Некогнітивні психопатологічні розлади	
Мішені впливу	переважання помірного ступеня вираженості маячних розладів матеріального збитку, пограбування, відносини, що перебігають у формі параноїдного і параноїального маячного розладу; поєднання ГПР з частим бродяжництвом, розладами депресивного спектру, періодичною вербальною агресією в помірному ступені; частими розладами ритму сон/неспання (розлади засинання, сонливість вдень) в помірно-сильному ступені вираженості; частим зниженим настроєм, що проявляється у формі дисфорії помірного ступеня вираженості; підвищеної відволікаємості, тривогою та порушеннями апетиту.
Етапи програми	госпітальний етап (психіатрична допомога та діагностики ГПР).
Установи та учасники	Психіатричні заклади, що надають стаціонарну допомогу, лікарі-психіатри, лікарі-психотерапевти, лікарі-медичні психологи, лікарі-інтерни, середній медичний персонал.
Фармакотерапія	<ul style="list-style-type: none"> • нейролептики: оланзапін до 2,5-10 мг / сут, або клозапін до 300 мг / сут, або рисперидон 0,5-2 мг / сут, курсом до 6-8 тижнів; • антидепресанти (з корекцією дози нейролептика): тразодон до 150 мг / сут, курсом 1-2 міс. або міртазапін до 15-30 мг / сут., курсом 1-2 міс., або сертралин до 50-150 мг / сут, курсом 1-2 міс., або флуоксетин до 20 мг / сут курсом 1-2 міс. (з поступовим зниженням дози).
Реабілітаційні заходи	<ul style="list-style-type: none"> • індивідуальна раціональна психотерапія (роз'яснення, переконання), що проводиться хворому з СД з урахуванням його когнітивного резерву, в період зниження інтенсивності психотичних розладів. • психоосвітній тренінг для осіб, які доглядають за хворим з СД, курсом до 2 тижнів, з частотою тренінгових занять – 3 рази на тиждень.
Б. Когнітивні порушення	
Мішень впливу	порушення мислення, переважно психотичного ґенезу: спотворення узагальнення; порушення формально-логічних операцій, винесення висновків, порушення мотиваційного і динамічного компонентів мислення і критики, порушення практики, рахування, пам'яті (порушення кодування), уваги (відволікання і виснаження).
Етапи програми	госпітальний етап (базова терапія); амбулаторний етап (підтримуюча терапія)
Установи та учасники програми	Психіатричні стаціонари і психоневрологічні диспансери, будинки-інтернати для хворих з хронічною психічною патологією, спеціалізовані реабілітаційні центри; лікарі-психіатри, лікарі-психотерапевти, лікарі-реабілітологи, фахівці із соціальної роботи з досвідом проведення когнітивних тренінгів, середній медичний персонал.
Фармакотерапія	<ul style="list-style-type: none"> • донепезил до 5-10 мг / сут. постійно (при гарній переносимості та збереженні терапевтичного ефекту), або галантамін до 16-24 мг / сут. постійно, або ривастигмін до 9-12 мг / сут., або мемантін – до 20 мг / сут постійно • засоби, що стимулюють метаболічні процеси головного мозку – р-р актовегіна, або екстракт листя гінкго білоба (танакан), або р-р церебролізину, повторними курсами до 30 днів.
Реабілітаційні заходи	<ul style="list-style-type: none"> • когнітивна ремедіація, спрямована на відновлення або поліпшення когнітивних функцій, проводиться з урахуванням когнітивного резерву хворого з СД, з частотою тренінгових занять – 2-3 рази в тиждень. • психоосвітній тренінг для осіб, які доглядають за хворим з СД, курсом до 2 тижнів, з частотою тренінгових занять – 3 рази на тиждень.
В. Психосоціальний дефіцит	
Мішень впливу	низька величина глобального соціального функціонування; зниження соціальних функцій і ролей; обмеження життєдіяльності в побуті (комунікації, вміння користуватися телефоном, робити покупки, розпоряджатися фінансами, користуватися транспортом); низький ресурс сімейної підтримки через виражені проблеми в сімейних відносинах пацієнта (відсутність взаєморозуміння, взаємодопоміжки, взаємодопомоги).

Етапи програми	Госпітальний етап (базова терапія); амбулаторний етап (підтримуюча терапія), соціалізація і реінтеграція хворого з СД в суспільстві.
Установи та учасники	Психоневрологічні диспансери, будинки-інтернати, спеціалізовані реабілітаційні центри, служби соціальної допомоги; лікарі-психотерапевти, лікарі-медичні психологи, лікарі-реабілітологи, фахівці із соціальної роботи з досвідом проведення когнітивних тренінгів, соціальні працівники та середній медичний персонал.
Реабілітаційні заходи	<ul style="list-style-type: none"> • соціально-психологічне консультування членів сім'ї та осіб, які доглядають за пацієнтом з СД; • тренінг-групи з вироблення і збереження навичок: спілкування, встановлення соціальних контактів, виконання батьківської ролі, поведінки в нестандартних і складних умовах, самообслуговування (користування телефоном, здійснення покупок, розпорядження фінансами, користування транспортом і т.д.); • індивідуальна і групова терапія мистецтвом і творчим самовираженням (малювання, ліплення, музикотерапія, творче спілкування з природою), що проводиться з урахуванням когнітивного резерву хворого на СД, курсом до 12 міс., з частотою психотерапевтичних зустрічей – 1-2 рази в тиждень; • стимулююча терапія (терапія зайнятстю) – (спортивні вправи, ігри, трудотерапія), що проводиться з урахуванням когнітивного резерву пацієнта з СД, повторними курсами до 4 міс., з частотою зустрічей в 2 рази в тиждень; • психоосвітній тренінг для осіб, які доглядають за хворим з СД, курсом до 2 тижнів, з частотою тренінгових занять – 3 рази на тиждень.
Г. Супутні соматичні та неврологічні захворювання	
Мішень впливу	супутня соматична патологія і патологія нервової системи (наявність у пацієнта ішемічної хвороби серця, цукрового діабету, ревматоїдного артриту і т. ін.); чинники, що знижують медикаментозний комплаєнс: негативний суб'єктивне ставлення до препаратів, що приймаються, низька оцінка хворими ефективності прийнятого препарату або комбінації препаратів.
Етапи програми	Госпітальний етап (базова терапія); амбулаторний етап (підтримуюча терапія).
Основні установи та учасники	Соматичні клініки, психологічні диспансери, будинки інтернати для хворих з хронічною психічною патологією, спеціалізовані реабілітаційні центри, лікарі-невропатологи, лікарі-реабілітологи, лікарі-медичні психологи і середній медичний персонал.
Фармакотерапія	<ul style="list-style-type: none"> • ретельне сомато-неврологічне обстеження і при виявленні сомато-неврологічної патології або органічної недостатності проведення відповідного медикаментозного і немедикаментозного лікування; • статини (під контролем видільної системи нирок): крестор, або флувастатин, або езетрол, або омакор до 60-80 мг / сут, курсом до 3-х міс.; • антиагреганти (переважно кишкової форми, під контролем згортання крові): кардіомагніл 1т. раз на добу., постійно; вазоактивні засоби: вінпоцетин до 50 мг / сут., курсом до 30 днів, або ницерголін до 30 мг / сут, курсом в 1-2-х міс., або нимодипін до 120 мг / сут.
Реабілітаційні заходи	<ul style="list-style-type: none"> • регулярне фізичне навантаження (не менше 1-2 ч. в день), лікувальна фізкультура, масаж; • використання психологічних освітніх програм, спрямованих на підвищення медикаментозного комплаєнса і вироблення позитивного ставлення до медикаментозного лікування.

Результатом цього впливу стає, зниження соціально-побутової залежності пацієнта з СД в задоволенні своїх життєвих потреб від осіб, які доглядають за ними, членів сім'ї та соціального оточення.

Принцип поетапного безперервного підходу в розробленій програмі психосоціальної реабілітації. Когнітивні, психічні та психосоціальні розлади при СД є прямим наслідком органічного ураження головного мозку, в цих випадках необхідне проведення поетапної безперервної психосоціальної реабілітації з метою профілактики наростання і (або) компенсації вже наявних дефіцитарних змін психіки хворого. У розробленій програмі психосоціальної реабілітації хворих на ГПР при СД, виділяються госпітальний і амбулаторний етапи.

У **таблиці 1** наведена схема програми комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з СД, ускладненою ГПР.

Апробація ПКППР пацієнтів з ГПР при СД, проводилася на базі Українського науково-дослідного інституту медичної реабілітації та курортології МОЗ України. За результатами апробації проведена оцінка ефективності використання розробленої програми психосоціальної реабілітації у хворих з ГПР при СД, в порівнянні з традиційними принципами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії.

В апробації розробленої програми психосоціальної реабілітації брало участь 39 пацієнтів з ГПР при СД, що склали основну групу. Контрольна група складалася з 31 пацієнтів з ГПР при СД що проходили традиційний курс лікування.

Критеріями, які оцінюють ефективність розробленої ПКППР пацієнтів з ГПР при СД,

були: клінічна динаміка ГПР і супутніх непсихотичних розладів психіки та поведінки; рівень медикаментозного комплаєнсу (МК); ступінь відновлення основних функцій життєдіяльності.

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**.

ресурс характеризує стан саногенних біологічних і соціально-психологічних факторів, що протистоять подальшому розвитку когнітивного, психічного і соціального дефіциту у хворих з СД і визначає межу можливого відновлення дефіцитарних когнітивних і некогнітивних наслідків деменції. Послідовний і оптимальний вплив на когнітивну, психофізичну і психосоціальну ресурсну сферу пацієнтів забезпечує цілеспрямований патогенетичний ефект, сприяє компенсації втрачених біологічних, когнітивних і психосоціальних функцій хворих на ГПР при СД.

Аналіз клінічної динаміки психічного стану показав, що в основній групі визначалась вірогідно менша частота параноїдних і паранойяльних розладів (10,5 %, при $p < 0,05$), порушень активності (бродяжництво, безцільна активність, неадекватна поведінка) (17,1 %, при $p < 0,05$), розгальмованість поведінки (3,9 %, при $p < 0,01$) і апатії (6,6 %, при $p < 0,01$), у той час коли у хворих контрольної групи параноїдні і паранойяльні розлади спостерігаються в 21,5 % випадків (при $p < 0,05$), порушення активності – в 30,8 % випадків (при $p < 0,05$), розгальмування поведінки – в 13,8 % випадків (при $p < 0,01$) і апатія – у 15,4 % випадків (при $p < 0,01$).

Рівні медикаментозного комплаєнса (МК) хворих основної групи, що пройшли ПКППР, в порівнянні з хворими контрольної групи, які пройшли курс реабілітації за традиційними схемами, представлені на **рисунку**. При вивченні динаміки МК хворих основної та контрольної групи були використані критерії Expert Consensus Guidelines, згідно з якими у пацієнтів з повним МК (ПМК) пропуск прийому

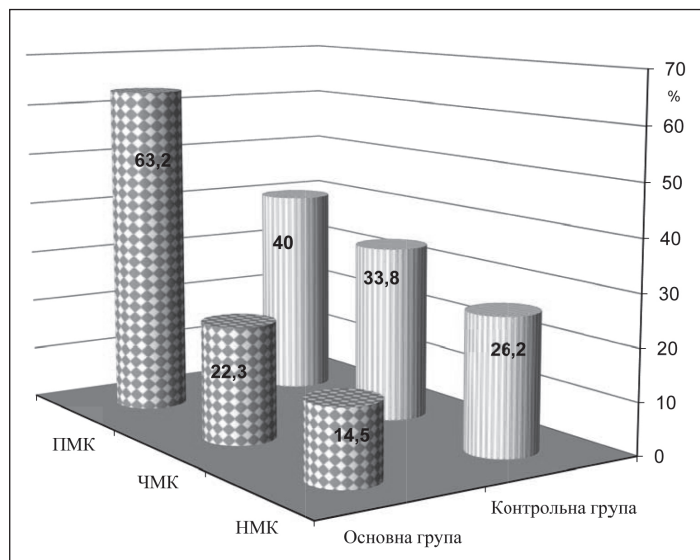


Рисунок – Особливості медикаментозного комплаєнсу у пацієнтів з ГПР при СД, що пройшли ПКППР.

медикаментів і процедур становив не більше 25 %, від призначених, у пацієнтів з частковим МК (ЧМК) – від 25 % до 65 % від призначених лікарем, у пацієнтів з низьким МК (НМК) пропуск прийому медикаментів і процедур склав більше 65 %, від призначених лікарем.

Аналіз результатів вивчення рівнів МК хворих основної та контрольної групи показав, що в основній групі після проходження ПКППР відзначалось більше пацієнтів з ПМК (в 63,2 % випадків, при $p < 0,05$), у контрольній групі пацієнти з ПМК не перевищують рівень в 40,0 % (при $p < 0,05$) від загальної кількості хворих цієї групи. Серед хворих контрольної групи було більше пацієнтів з ЧМК (в 33,8 % випадків, при $p < 0,05$) і НМК (в 26,2 % випадків, при $p < 0,05$) МК, в основній групі пацієнти з ЧМК не перевищували рівень в 22,3 % (при $p < 0,05$), а з НМК – в 14,5 % від загальної кількості хворих цієї групи.

Таблиця 2 – Клінічна динаміка психічного стану пацієнтів з ГПР при СД, що пройшли лікування за ПКППР

Психопатологічна симптоматика і поведінкові розлади	Основна група	Контрольна група
	% ± m %	
параноїдні і паранойяльні розлади	10,5 ± 1,4	21,5 ± 2,3 *
галюцинації	9,2 ± 1,3	10,8 ± 1,2
порушення активності (бродяжництво, безцільна активність, неадекватна поведінка)	17,1 ± 2,2	30,8 ± 3,1 *
агресивна поведінка (вербальна, фізична)	9,2 ± 1,3	7,7 ± 0,9
розгальмована поведінка	3,9 ± 0,7	13,8 ± 1,6 **
порушення ритму сон/неспанья	9,2 ± 1,3	12,3 ± 1,4
афективні порушення (гіпотимія, гіпертимія, дисфорія, дратівливість)	7,9 ± 1,1	6,2 ± 0,8
апатія	6,6 ± 1,0	15,4 ± 1,7 **
тривога і страхи	10,5 ± 1,4	13,8 ± 1,6
порушення апетиту і харчової поведінки	7,9 ± 1,1	9,2 ± 1,1

Умовні позначення:
 * - відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$;
 ** - відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$.

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 в **таблиці 3**.

Результати вивчення факторів обмеження життєдіяльності хворих основної групи показали, що у хворих, які пройшли ПКППР покращилися функції їх життєдіяльності в сферах: комунікації ($2,4 \pm 0,2$ бали, при $p < 0,01$), здатності робити покупки ($2,7 \pm 0,2$ бали, при $p < 0,05$), приготування їжі ($2,3 \pm 0,2$ бали, при $p < 0,01$) і розпорядження фінансами ($2,7 \pm 0,3$ бали, при $p < 0,05$). В контрольній групі хворих, які пройшли курс традиційної реабілітації, такі функції життєдіяльності як приготування їжі, комунікація, здатність робити покупки і розпоряджатися фінансами залишилися на низькому рівні – $2,3 \pm 0,2$ бали (при $p < 0,01$), $2,4 \pm 0,3$ бали (при $p < 0,01$), $2,7 \pm 0,2$ бали (при $p < 0,05$) і $2,7 \pm 0,3$ бали (при $p < 0,05$), відповідно.

Висновки. Розроблена КППР пацієнтів з ГПР при СД, побудована за принципами: комплексного, диференційованого підходу; персоніфікованого підходу в дуальних відносинах «хворий – особа, що за ним доглядає»; ресурсно-орієнтованого підходу і поетапного безперервного підходу. Використання цих принципів в розробленій КППР базувалося на групуванні мішеней впливу в чотири основні сектори: некогнітивні психопатологічні порушення, когнітивні порушення, психосоціальний дефіцит, супутні соматичні і неврологічні захворювання.

Апробація програми комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з ГПР при СД, була проведена в порівнянні з традиційними схемами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії.

Таблиця 3 – Функції життєдіяльності у пацієнтів з ГПР при СД, що пройшли КПППР

Функції життєдіяльності	Основна група	Контрольна група
	M ± σ	
приготування їжі	1,2 ± 0,2	2,3 ± 0,2 **
вживання їжі	1,3 ± 0,2	1,4 ± 0,2
приготування напоїв	1,1 ± 0,3	1,3 ± 0,2
вживання напоїв	1,0 ± 0,1	1,2 ± 0,1
одягання	1,3 ± 0,3	1,5 ± 0,3
умивання	1,2 ± 0,2	1,4 ± 0,2
чистка зубів	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,2
прийняття ванни / душа	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,2
користування туалетом	1,3 ± 0,4	1,5 ± 0,3
пересування	1,0 ± 0,2	1,1 ± 0,2
ходьба	1,2 ± 0,1	1,2 ± 0,2
орієнтація в часі	1,6 ± 0,3	1,5 ± 0,3
орієнтація в місці	1,2 ± 0,3	1,5 ± 0,2
комунікація	1,2 ± 0,4	2,4 ± 0,3 **
користування телефоном	2,2 ± 0,4	2,4 ± 0,4
домашня робота / саду	1,5 ± 0,3	1,6 ± 0,4
здатність робити покупки	1,6 ± 0,4	2,7 ± 0,2 *
розпорядження фінансами	1,7 ± 0,4	2,7 ± 0,3 *
ігри / хобі	1,4 ± 0,3	1,4 ± 0,3
користування транспортом	2,3 ± 0,4	2,6 ± 0,3

Умовні позначення: * – відмінності статистично достовірні при p < 0,05; ** – відмінності статистично достовірні при p < 0,01.

В результаті апробації було доведено, що позитивна клінічна динаміка психічного стану (зниження частоти параноїдних та паранойяльних розладів, бродяжництва, безцільної активності, неадекватної поведінки, розгальмованості поведінки та апатії), відновлення основних функцій життєдіяльності (комунікативних навичок, спроможності приготування їжі, здатності робити покупки та розпоряджатися фінансами) та підвищення МК (63,2 % пацієнтів з ПМК) являються вагомим результатом застосування КПППР пацієнтам з ГПР при СД.

Таким чином, отримані дані свідчать про ефективність розробленої програми комплексної персоналізованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з ГПР при СД.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з раннім виявленням ГПР при СД, визначенням маркерів діагностики на ранніх етапах формування психозу, а також вивченням психологічного стану осіб, які доглядають за пацієнтами з ГПР при СД, необхідністю розробки психокорекційних програм для таких осіб.

Література

- Raspopova NI. Demetsiya u lits pozhilogo vozrasta (diagnostika, terapiya i profilaktika): ucheb. posobiye. Almaty: KazNMU im. S.D. Asfendiyarova; 2016. 108 s. [in Russian].
- Wimo A, Winblad B, Jonsson L. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimers and Dementia*. 2010;6(2):98-103.
- Maruta NA. Ranneye vmeshatel'stvo pri demetsii: problemy i resheniya. *Ukr. med. zhurnal*. 2019. Dostupno: <https://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload> [in Russian].
- Mishchenko TS. Sosudistaya demetsiya (evolyutsiya vzglyadov na problemu). *Ukrains'kiy visnik psikhonevrologii*. 2014;22(1(78)):5-10. [in Russian].
- World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority [Internet]. 2012. Available from: who.int/mentalhealth/publications/dementia_report_2012/en. Accessed July 18, 2013.
- Mukadam N, Cooper C, Livingston G. A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011;26:12-20.
- Levin OS. Diagnostika i lecheniye demetsii v klinicheskoy praktike. M.: MEDpress-inform; 2014: 256 s. [in Russian].
- Suvorova IA. Sosudistaya demetsiya: klinicheskoye techeniye, faktory riska, differentsirovannaya terapiya [avtoreferat]. Irkutsk: 2011. [in Russian].
- Teri L, McKenzie GL, Pike KC, Farran CJ, Beck C, Paun O, et al. Staff training in assisted living: evaluating treatment fidelity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;18:502-9.
- Uwakwe R. The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. *A 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey*. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(9):1620-7.
- Eriksson S. Developments in dementia strategy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;25(9):885-6.
- Woods B. Invited commentary on: Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2010;10:178-9.
- Lustenberger I, Schüpbach B, von Gunten A, Mosimann U. Psychotropic medication use in Swiss nursing homes. *Swiss Medical Weekly*. 2011;141:w13254.
- Dua T, Barbui C, Clark N, Fleischmann A, Poznyak V. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: Summary of WHO recommendations. *PLoS Medicine*. 2011;8(11):e1001122.
- Koch T, Iliffe S. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice*. 2010;11(52):1-8.
- Low LF, Anstey KJ, Lackersteen SM, Camit M, Harrison F, Draper B, et al. Recognition, attitudes and causal beliefs regarding dementia in Italian, Greek and Chinese Australians. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2010;30(6):499-508.
- Reisberg B, Auer SR, Monteiro IM. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int. Psychogeriatr*. 1996;8(3):301-8.
- Havrylyuk AO, redaktor. Unifikovanyy klinichnyy protokol pervynnoy, vtorynnoy (spetsializovanoy), tretynnoy (vysokospetsializovanoy) ta paliativnoy medychnoy dopomohy. Demetsiya. K.: 2016. 57 s. [in Ukrainian].
- Lutova NB. Metod prohnozovanyya medykamentoznoho komplayensa v psykhyatryi: metodycheskye rekomendatsyy. NYPNY ym. VM Bekhtereva. SPb.: 2007. 24 s. [in Russian].
- Antonov MYu. Matematicheskaya obrabotka i analiz mediko-biologicheskikh dannykh. Kiyev: 2006. 556 s. [in Russian].

ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННІЙ ДЕМЕНЦІЇ

Марута Н. О., Шевченко-Бітенський К. В.

Резюме. Розроблена програма комплексної персоналізованої психосоціальної реабілітації пацієнта з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції, що побудована на підставі принципів комп-

лексного, диференційованого та особистісно-орієнтованого підходів, що включає сукупність біологічних і психосоціальних впливів на всі етіопатогенетичні ланки розвитку і прогресування судинної деменції. Основними мішенями в розробленій програмі комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації пацієнта були: некогнітивні психопатологічні порушення, когнітивні порушення, психосоціальний дефіцит, супутні соматичні і неврологічні захворювання. Доведено ефективність розробленої програми комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції, що полягає в позитивній клінічній динаміці психічного стану, відновленні основних функцій життєдіяльності та підвищенні медикаментозного комплаєнсу.

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

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Марута Н. А., Шевченко-Битенский К. В.

Резюме. Разработана программа комплексной персонифицированной психосоциальной реабилитации пациента с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции, построенная на основании принципов комплексного, дифференцированного и личностно-ориентированного подходов, включая совокупность биологических и психосоциальных воздействий на все этиопатогенетические звенья развития и прогрессирования сосудистой деменции. Основными мишенями в разработанной программе комплексной персонифицированной психосоциальной реабилитации пациента были: некогнитивные психопатологические нарушения, когнитивные нарушения, психосоциальный дефицит, сопутствующие соматические и неврологические заболевания. Доказана эффективность разработанной программы комплексной персонифицированной психосоциальной реабилитации пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции, заключается в положительной клинической динамике психического состояния, восстановлении основных функций жизнедеятельности и повышении медикаментозного комплаенс.

Ключевые слова: сосудистая деменция, галлюцинаторно-параноидные расстройства, социальное функционирование, терапия, психосоциальная реабилитация.

COMPLEX PERSONIFIED PSYCHOSOCIAL REHABILITATION PROGRAM FOR PATIENTS WITH HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS IN VASCULAR DEMENTIA

Maruta N. O., Shevchenko-Bitensky K. V.

Abstract. In order to develop and test a comprehensive personalized psychosocial rehabilitation program for patients with hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia, 75 patients of the main group (with hallucinatory-paranoid disorders) and 63 patients of the control group (without such disorders) were examined.

The results of clinical, psychopathological, neuropsychological and psychometric studies patients of the main and of the control group with vascular dementia allow to develop a comprehensive personalized program for the psychosocial rehabilitation of patients with hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia.

The basic principles of the developed program for the psychosocial rehabilitation of patients with vascular dementia are the principles of a comprehensive, differentiated, personified, resource-oriented and phased continuous approaches.

The targets of the rehabilitative influence are non-cognitive psychopathological disorders, cognitive impairment, psychosocial deficiency and concomitant somatic neurological diseases.

Pharmacotherapy included the use of antipsychotic drugs (mainly of a second generation), antidepressants, acetylcholinesterase inhibitors, drugs that interact with NMD-receptors, and neuroprotective agents.

The complex of rehabilitation measures included:

- cognitive remediation aimed at restoring or improving cognitive functions;
- psycho-educational training caregivers;
- social and psychological counseling for family members and caregivers;
- training groups on developing and maintaining skills: communication, establishing social contacts, fulfilling a parental role, behavior in unusual and difficult conditions, self-service (using the phone, making purchases, managing finances, using transport, etc.);
- individual and group therapy with art and creative expression (drawing, modeling, music therapy, creative communication with nature);
- stimulating therapy (employment therapy): sports exercises, games, occupational therapy;
- regular physical activity, physiotherapy exercises, massage;
- the use of psychological educational programs aimed at increasing drug compliance and developing a positive attitude to drug treatment.

The effectiveness of the developed program of patients with hallucinatory-paranoid disorders in vascular dementia, which consists in the positive clinical dynamics of the mental state, the restoration of the basic functions of life and increasing drug compliance, has been proved.

Key words: vascular dementia, hallucinatory-paranoid disorders, social functioning, therapy, psychosocial rehabilitation.

Рецензент – проф. Животовська Л. В.

Стаття надійшла 11.11.2019 року