

УДК 616.899-009-082:362.11/.14].001.36

О.М. Мишаківська

ПОРІВНЯННЯ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНИХ ПОРУШЕНЬ В АМБУЛАТОРНИХ І СТАЦІОНАРНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ В УКРАЇНІ

КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів, Україна

Мета – навести результати 6-місячного спостереження за пацієнтами з деменцією, які перебували в амбулаторних умовах та медико-соціальних інституціях; вивчити динаміку нейропсихіатричних симптомів та їх вплив на дистрес доглядача.

Матеріали та методи. Проведено відбір та обстеження 99 пацієнтів, що проживали в громаді, та 99 пацієнтів, які тривало перебували в медико-соціальних закладах. Тричі проведено психіатричний огляд (первинний огляд, через 3 та 6 місяців). За допомогою MMSE визначено когнітивні порушення та ступінь тяжкості деменції. Нейропсихіатричні симптоми та дистрес доглядача оцінено за шкалою NPI (версії з 12 пунктів).

Результати. В амбулаторній групі пацієнтів переважали маячення та галюцинації, в стаціонарній – апатія/байдужість, тривога, аномальна рухова активність та розлади сну й поведінки вночі. Спільним для обох груп було посилення апатії/байдужості. Клінічно значущою відмінністю між групами стало те, що в амбулаторній групі протягом періоду спостереження знижувалася вираженість нейропсихіатричних симптомів та дистрес доглядачів, на відміну від стаціонарної групи, де вираженість симптомів та дистрес доглядачів із кожним наступним оглядом посилювалися. В амбулаторній групі переважали пацієнти з деменцією помірного ступеня, у стаціонарній – тяжкого.

Висновки. В амбулаторній та стаціонарній групах протягом періоду спостереження проводилась клінічно значуща редукція психотичних та афективних симптомів, порушень сну, ажитації. В обох групах спостерігалось значуще посилення апатії/байдужості, з кожним наступним оглядом прогресували когнітивні порушення.

Ключові слова: деменція, нейропсихіатричні симптоми, амбулаторні пацієнти, стаціонарні пацієнти.

Вступ

Значна частина пацієнтів із деменцією в Україні проживає вдома та опікується рідними до останніх днів свого життя. Нейропсихіатричні симптоми значно поширені в пацієнтів із деменцією [7], ускладнюють догляд, порушують якість життя доглядача [13, 20], є найчастішою причиною госпіталізації в психіатричні стаціонари в Україні. За статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2012 р. у світі налічувалося 35,6 млн осіб із деменцією [11], станом на квітень 2016 р. – 47,5 млн осіб, з них 58% у країнах із низьким на середнім рівнем доходу [3]. Надалі прогнозується зростання кількості пацієнтів із деменцією до 75,6 млн у 2030 р. та до 135,5 млн у 2050 р. [12]. За статистичними даними України, у 2012 р. захворюваність на деменцію становила 53,9 на 100 тис. населення, із них судинна деменція – 73%, або 39,3 на 100 тис. населення, деменція при хворобі Альцгеймера – 6,8%, або 3,7 на 100 тис. населення [1]; у 2015 р. – відповідно 17,6 на 100 тис. населення, 12,7 на 100 тис. населення та 1,3 на 100 тис. населення. Порівнюючи офіційні статистичні дані 2015 та 2012 рр., в Україні не виявлено зростання рівня захворюваності на деменцію. Статистичні дані 2015 р. є неповними та частково неспівставні з даними 2012 р., оскільки з об'єктивних причин до вибірки не була включена інформація з Донецької, Луганської областей та Автономної

Республіки Крим. Можливо, це є однією з причин неспівпадіння зі світовими тенденціями. Іншим можливим фактором невідповідності є те, що в Україні не проводиться скринінг серед пацієнтів похилого віку на виявлення деменції, які не звертаються до психіатра по амбулаторну чи стаціонарну допомогу. Психіатрична служба в Україні дістала у спадок із часів СРСР, пацієнти з деменцією лікуються в психіатричних лікарнях разом із пацієнтами з іншими нозологіями. Швидке старіння популяції, економічні негаразди призводять до браку професійних ресурсів. Протягом періоду незалежності в Україні створені паліативні відділення, хоспіси, проте їх кількість обмежена. Згідно зі звітом World Alzheimer's Report (2015), у країнах із середнім та низьким рівнем доходу, до яких належить і Україна, клінічно значуще зріс тягар хронічних захворювань у людей похилого віку, найбільшу частку з яких становить серцево-судинна захворюваність та до яких входить і деменція [24]. Сьогодні в Україні на державному рівні не створені заклади, які б надавали амбулаторну допомогу пацієнтам із деменцією, окремі будинки догляду за пацієнтами з даною нозологією. Значна кількість пацієнтів проживає вдома, опікується рідними та не отримує медичного супроводу. Відсутність соціальної, психологічної підтримки рідних призводить до зростання тягаря опіки за пацієнтом із деменцією. Зазвичай родичі не володіють навиками спілкування, навиками догляду.

Мета роботи – вивчити можливість корекції

нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів із деменцією, які протягом 6-місячного періоду проживали в домашніх умовах; порівняти ефективність корекції нейропсихіатричних симптомів із групою хворих на деменцію, які протягом 6-місячного періоду безперервно перебували в медико-соціальних закладах. Завданням проведеного дослідження було вивчити можливість медикаментозної корекції в амбулаторних умовах, з якими нейропсихіатричними симптомами найчастіше зустрічалися доглядачі та як змінювався дистрес доглядача протягом періоду спостереження.

Проведені раніше дослідження показали, що типовими нейропсихіатричними симптомами, з якими зустрічались доглядачі за пацієнтами з деменцією в амбулаторних умовах, були: депресія/дисфорія, маячення та апатія/байдужість [21]. Обстеження 199 пацієнтів, які проживали в громаді, виявили переважання симптому апатії у 80% пацієнтів. Іншими найчастішими симптомами були психотичні (37%) та гіперактивність (60%) [6]. Дворічне спостереження за пацієнтами з деменцією, які проживали в будинках медсестринського догляду, виявило, що переважними симптомами були ажитація, дратівливість та аномальна рухова активність. В асимптоматичних резидентів частіше виникали апатія, агресія/ажитація, дратівливість та аномальна рухова активність [9]. 53-місячним спостереженням за пацієнтами з деменцією, які проживали в будинках медсестринського догляду, виявлено, що зростання ступеня тяжкості деменції асоціювалось зі зростанням вираженості ажитації, психотичних симптомів та апатії, але не афективних симптомів [23]. Існують дані, що в пацієнтів із деменцією, які проживають у громаді, нейропсихіатричні симптоми загалом є рідкі та менш виражені порівняно з пацієнтами, які проживають у лікарнях чи закладах тривалого перебування [16].

Матеріали та методи

Протягом 2014–2016 рр. у західному регіоні України проведено дослідження, в якому здійснено 6-місячне спостереження за пацієнтами з деменцією. Хворі були розподілені на 2 групи: стаціонарну (СГ) та амбулаторну (АГ). Обстежено 99 пацієнтів, які тривало проживали в чотирьох медико-соціальних інституціях, та 99 пацієнтів із деменцією, які залишалися вдома. Пацієнти були оглянуті тричі: при первинному огляді (ПО), повторно через 3 та 6 місяців із часу ПО. Після ознайомлення пацієнтів із дослідженням у них або їхніх офіційних представників отримано згоду на участь. Зібрано анамнестичні дані пацієнтів, дані про прийом ліків. Психіатричне оцінювання проведено за такими шкалами: MMSE [14], NPI [10].

За допомогою шкали MMSE оцінено когнітивний стан пацієнта при ПО та зміну когнітивного статусу пацієнта при повторних оглядах через 3 та 6 місяців. За сумою отриманих балів встановлено ступінь тяжкості деменції [18].

Нейропсихіатричні симптоми та поведінкові розлади в пацієнтів із деменцією оцінено за допомогою шкали NPI, версії з 12 пунктів. Дані, зібрані під час опитування, базувались на спостереженні доглядачів. В амбулаторних пацієнтів доглядачами найчастіше виступали родичі, у стаціонарних – медичний персонал. Опитано лише доглядачів, які проводили регулярний догляд за пацієнтом протягом щонайменше останнього місяця до огляду. По кожному симптому шкали NPI підраховано загальний бал, який визначався добутком частоти балу та вираженості. Відсутність симптому оцінено в 0 балів. Надалі підраховано сумарний бал за шкалою NPI, який трактувався таким чином:

- >20 балів – симптоми легко виражені,
- 20–50 – симптоми помірно виражені,
- ≥50 – симптоми сильно виражені.

Протягом періоду дослідження проведено порівняння загального балу дистресу доглядачів між групами, який обчислювався додаванням балу дистресу по кожному симптому шкали NPI.

Для статистичної обробки використано пакет прикладних програм STATISTICA 5.0 (StatSoft Inc., 1998). Значущим вважали значення $p < 0,05$ або нижче. Для оцінки різниці між групами застосовано критерій Манна–Вітні [2]. Динаміка симптомів у середині групи при повторних оглядах оцінена за критерієм Вількоксона [2]. Для порівняння частоти прийому медикаментів у групах пацієнтів протягом дослідження застосовано критерій χ^2 Пірсона [2].

Результати дослідження та їх обговорення

Під час дослідження проаналізовано лікування пацієнтів та виявлено, що більшість із них отримували препарати таких груп: типові антипсихотики, атипівні антипсихотики, препарати для лікування деменції. Застосування антипсихотиків для лікування нейропсихіатричних симптомів при деменції є загальноприйнятною практикою [16]. Вони є ефективними при лікуванні психотичних симптомів, агресії та ажитації в пацієнтів із деменцією [8]. Якщо при ПО пацієнти не отримували лікування, то, за згодою пацієнта, родича або офіційного представника, пацієнти відповідно до психічного стану отримували медикаментозне призначення. Препарати, які приймалися пацієнтами протягом періоду дослідження, наведено в таблиці 1. На 3 і 6-му місяцях дослідження типові антипсихотики частіше призначалися пацієнтам АГ ($p < 0,0001$). Значущої відмінності між групами у прийомі атипівних антипсихотиків не виявлено. При ПО препарати для лікування деменції приймалися однаковою кількістю пацієнтів у СГ та АГ. При огляді через 3 місяці значуще зросла кількість пацієнтів в АГ, які приймали препарати цієї групи ($p = 0,00001$). При огляді через 6 місяців частина пацієнтів із часу ПО припинила приймати препарати для лікування деменції, а в АГ значуще зросла кількість пацієнтів, які приймали ліки цієї групи ($p < 0,0001$).

Таблиця 1

Препарати, які приймали пацієнти протягом періоду дослідження

Група препаратів	Первинний огляд			Через 3 місяці			Через 6 місяців		
	СГ	АГ	значущість різниці*	СГ	АГ	значущість різниці*	СГ	АГ	значущість різниці*
	абс. (%)	абс. (%)		абс. (%)	абс. (%)		абс. (%)	абс. (%)	
<i>Типові антипсихотики</i>									
Не приймали	95 (95,96)	92 (92,93)	p=0,35198	95 (95,96)	68 (68,69)	p<0,0001	92 (92,93)	64 (64,65)	p<0,0001
Приймали	4 (4,04)	7 (7,07)		4 (4,04)	31 (31,31)		7 (7,07)	35 (35,35)	
<i>Атипові антипсихотики</i>									
Не приймали	85 (85,86)	83 (83,84)	p=0,69180	71 (71,72)	63 (63,64)	p=0,22415	72 (72,73)	60 (60,61)	p=0,07044
Приймали	14 (14,14)	16 (16,16)		28 (28,28)	36 (36,36)		27 (27,27)	39 (39,39)	
<i>Препарати для лікування деменції</i>									
Не приймали	64 (64,65)	64 (64,65)	p=0,00001	63 (63,64)	31 (31,31)	p=0,00001	68 (68,69)	28 (28,28)	p<0,0001
Приймали	35 (35,35)	35 (35,35)		36 (36,36)	68 (68,69)		31 (31,31)	71 (71,72)	

Примітка: * – χ^2 Пірсона.

При ПО в АГ клінічно значуще переважали симптоми маячення ($p<0,0001$) та депресії/дисфорії ($p<0,0245$), натомість у СГ – симптоми апатії/байдужості ($p=0,0001$). Отримані результати наведено в таблиці 2.

Про огляді через 3 місяці в АГ переважали симптоми маячення ($p<0,0001$), галюцинації ($p<0,0149$), натомість у СГ – симптоми тривоги ($p<0,0013$), апатії/байдужості ($p=0,0000$), аномальної рухової активності ($p<0,0089$), розладів сну та поведінки вночі

($p<0,0168$). Результати наведено в таблиці 3.

Під час огляду через 6 місяців продовжувалась тенденція, виявлена під час огляду через 3 місяці від початку дослідження: в АГ переважали симптоми маячення ($p=0,0001$), галюцинації ($p<0,0059$), у СГ надалі домінували симптоми тривоги ($p=0,0001$), апатії/байдужості ($p=0,0001$), аномальної рухової активності ($p<0,0004$), розладів сну та поведінки вночі ($p=0,0001$). Дані наведено в таблиці 4.

Таблиця 2

Порівняння виявлених нейропсихіатричних симптомів у стаціонарній та амбулаторній групах при первинному огляді

Симптоми	Стаціонарна група		Амбулаторна група		P критерій Манна-Вітні
	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 (абс. (%))	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 (абс. (%))	
Маячення	0 (0–9)	4 (4,04)	0 (0–12)	22 (22,22)	0,0000
Галюцинації	0 (0–12)	16 (16,16)	0 (0–12)	20 (20,20)	0,0513
Збудження / Агресія	0 (0–12)	32 (32,32)	0 (0–16)	39 (39,39)	0,2228
Депресія / Дисфорія	0 (0–12)	16 (16,16)	0 (0–12)	21 (21,21)	0,0245
Тривога	0 (0–12)	41 (41,41)	0 (0–9)	30 (30,30)	0,2246
Піднесений настрій / Ейфорія	0 (0–6)	1 (1,01)	0 (0–6)	2 (2,02)	0,6646
Апатія / Байдужість	6 (0–12)	67 (67,68)	0 (0–12)	29 (29,29)	0,0000
Розгальмованість	0 (0–12)	13 (13,13)	0 (0–9)	11 (11,11)	0,6646
Дратівливість / Лабільність	0 (0–12)	34 (34,34)	0 (0–12)	42 (42,42)	0,0931

Продовження таблиці 2

Аномальна рухова активність	0 (0–18)	32 (32,32)	0 (0–18)	33 (33,33)	0,8695
Розлади сну та поведінки вночі	1 (0–12)	44 (44,44)	0 (0–12)	43 (43,43)	0,4317
Розлади апетиту	0 (0–12)	20 (20,2)	0 (0–12)	20 (20,20)	0,9112

Таблиця 3

Порівняння виявлених у стаціонарній та амбулаторній групах при огляді через 3 місяці

Симптоми	Стаціонарна група			Амбулаторна група			Р критерій Манна–Вітні
	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 абс. (%)	динаміка порівняно з ПО за критерієм Вількоксона	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 абс. (%)	динаміка порівняно з ПО за критерієм Вількоксона	
Маячення	0 (0–4)	1 (1,01)	p<0,05	0 (0–12)	15 (15,15)	p<0,01	0,0000
Галюцинації	0 (0–12)	14 (14,14)	НЗ	0 (0–9)	23 (23,23)	НЗ*	0,0149
Збудження / Агресія	0 (0–12)	37 (37,37)	НЗ	0 (0–12)	33 (33,33)	p<0,01	0,6189
Депресія / Дисфорія	0 (0–12)	18 (18,18)	НЗ	0 (0–12)	14 (14,14)	p=0,023	0,3223
Тривога	2 (0–12)	49 (49,49)	НЗ	0 (0–9)	26 (26,26)	НЗ	0,0013
Піднесений настрій / Ейфорія	0 (0–6)	1 (1,01)	НЗ	0 (0–6)	3 (3,03)	НЗ	0,3185
Апатія / Байдужість	9 (0–12)	76 (76,77)	p<0,01	0 (0–12)	36 (36,36)	p<0,01	0,0000
Розгальмованість	0 (0–12)	12 (12,12)	p=0,06	0 (0–6)	10 (10,10)	p=0,09	0,5162
Дратівливість / Лабільність	0 (0–12)	38 (38,38)	НЗ	0 (0–12)	39 (39,39)	p=0,013	0,4740
Аномальна рухова активність	2 (0–18)	49 (49,49)	p<0,01	0 (0–18)	31 (31,31)	p=0,07	0,0089
Розлади сну та поведінки вночі	0 (0–12)	34 (34,34)	p<0,01	0 (0–12)	22 (22,22)	p<0,01	0,0168
Розлади апетиту	0 (0–12)	22 (22,22)	НЗ	0 (0–12)	22 (22,22)	НЗ	0,9320

Примітка (тут і далі): НЗ – відмінність не значуща.

Таблиця 4

Порівняння виявлених нейропсихіатричних симптомів у стаціонарній та амбулаторній групах при огляді через 6 місяців

Симптоми	Стаціонарна група				Амбулаторна група				Р критерій Манна–Вітні
	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 абс. (%)	Р*	Р**	медіана (мін.-макс.)	NPI>3 абс. (%)	Р*	Р**	
Маячення	0 (0–1)	1 (1,01)	p<0,05	НЗ	0 (0–6)	8 (8,08)	p<0,01	p<0,01	0,0000
Галюцинації	0 (0–12)	8 (8,08)	НЗ	p<0,05	0 (0–6)	12 (12,12)	p<0,01	p<0,01	0,0059
Збудження / Агресія	0 (0–12)	34 (34,34)	НЗ	НЗ	0 (0–12)	24 (24,24)	p<0,01	p<0,01	0,3171

Продовження таблиці 4

Депресія / Дисфорія	0 (0–6)	8 (8,08)	p<0,01	p<0,01	0 (0–12)	7 (7,07)	p<0,01	p=0,013	0,0825
Тривога	2 (0–12)	48 (48,48)	НЗ	НЗ	0 (0–9)	19 (19,19)	p=0,02	p=0,036	0,0000
Піднесений настрій / Ейфорія	0 (0–6)	2 (2,02)	НЗ	НЗ	0 (0–6)	3 (3,03)	НЗ	НЗ	0,6646
Апатія / Байдужість	9 (0–12)	82 (82,83)	p<0,01	p<0,01	2 (0–12)	49 (49,49)	p<0,01	p=0,013	0,0000
Розгальмованість	0 (0–9)	12 (12,12)	p<0,05	НЗ	0 (0–9)	6 (6,06)	p=0,06	НЗ	0,5790
Дратівливість / Лабільність	0 (0–9)	34 (34,34)	НЗ	p<0,05	0 (0–9)	36 (36,36)	p<0,01	НЗ	0,3496
Аномальна рухова активність	6 (0–18)	56 (56,57)	p<0,01	p<0,05	0 (0–15)	31 (31,31)	НЗ	НЗ	0,0004
Розлади сну та поведінки вночі	0 (0–12)	36 (36,36)	p<0,05	НЗ	0 (0–12)	12 (12,12)	p<0,01	p<0,01	0,0000
Розлади апетиту	0 (0–15)	28 (28,28)	p<0,05	p=0,06	0 (0–12)	24 (24,24)	p=0,06	НЗ	0,2156

Примітки: * – динаміка порівняно з ПО за критерієм Вількоксона; ** – динаміка порівняно з третім місяцем за критерієм Вількоксона.

Порівнюючи симптоми, виявлені під час огляду через 3 місяці, із симптомами, виявленими при ПО, клінічно значуще зменшилися симптоми маячення (p<0,05), розладів сну та поведінки вночі (p<0,01); клінічно значуще посилювалися симптоми апатії/байдужості (p<0,01), аномальної рухової активності (p<0,01).

При порівнянні результатів огляду через 6 місяців у СГ із результатами ПО, окрім зниження симптомів маячення (p<0,05) і розладів сну та поведінки вночі (p<0,05), зменшилися прояви депресії/дисфорії (p<0,01), посилювалися симптоми апатії/байдужості (p<0,01), розгальмованості (p<0,05), аномальної рухової активності (p<0,01), розладів апетиту (p<0,05).

У проміжку між 3 та 6 місяцями зменшились галюцинації (p<0,05), симптоми депресії/дисфорії (p<0,01), дратівливості/лабільності (p<0,05) та посилювались симптоми апатії/байдужості (p<0,01), аномальної рухової активності (p<0,05).

З часу ПО до повторного огляду через 3 місяці в АГ клінічно значуще знизилась симптоми маячення (p<0,01), збудження/агресії (p<0,01), депресії/дисфорії (p=0,023), дратівливості/лабільності (p=0,013), розладів сну та поведінки вночі (p<0,01). На противагу, посилювались симптоми апатії/байдужості (p<0,01).

Порівнюючи симптоми, виявлені під час огляду через 6 місяців та ПО, в АГ клінічно значуще зменшилися симптоми маячення (p<0,01), галюцинації (p<0,01), збудження/агресії (p<0,01), депресії/дисфорії (p<0,01), тривоги (p=0,021), дратівливості/лабільності (p<0,01), розладів сну та поведінки вночі (p<0,01), посилювались симптоми апатії/байдужості (p<0,01). Виявлено тенденцію до зниження розгальмованості (p=0,06) і тенденцію до посилення розладів апетиту (p=0,06).

Аналізуючи динаміку симптомів у період 3–6 місяців, спостерігалось зниження симптомів маячення (p<0,01), галюцинацій (p<0,01), збудження/агресії

(p<0,01), а також зниження симптомів депресії/дисфорії (p=0,013), тривоги (p=0,036), розладів сну та поведінки вночі (p<0,01), посилення апатії/байдужості (p=0,013).

Протягом періоду дослідження в АГ клінічно значуще знизилась вираженість нейропсихіатричних симптомів, а в більшості пацієнтів нейропсихіатричні симптоми через 3 та 6 місяців були легкою вираженості. У СГ протягом дослідження клінічно значуще зросла вираженість нейропсихіатричних симптомів (p<0,01) порівняно з ПО. У СГ клінічно значуще зріс дистрес доглядачів при огляді через 3 місяці (p<0,01) та 6 місяців (p<0,05). В АГ зі зменшенням вираженості симптомів знизився і дистрес доглядачів через 3 місяці (p<0,01) та 6 місяців (p<0,01). У таблиці 5 наведено результати дослідження.

У СГ переважали пацієнти з деменцією тяжкого ступеня. З кожним наступним обстеженням спостерігалось клінічно значуще зниження сумарного балу MMSE (<0,001).

В АГ при кожному наступному огляді, так як і в СГ, спостерігалось клінічно значуще зниження сумарного балу за шкалою MMSE (<0,001). В АГ у більшості пацієнтів була деменція помірного ступеня.

Порівнюючи СГ та АГ за ступенем тяжкості деменції між групами, виявлено клінічно значущу різницю (<0,001) при ПО, огляді через 3 та 6 місяців. Дані наведено в таблиці 6.

У проведеному дослідженні оцінено нейропсихіатричні симптоми в пацієнтів із деменцією, які перебували в різних умовах проживання. Пацієнти АГ проживали в громаді, СГ – у медико-соціальних закладах. Виявлено відмінність між нейропсихіатричними симптомами в групах порівняння: під час періоду спостереження в АГ переважали маячення та галюцинації, у СГ – апатія/байдужість, тривога, аномальна рухова активність та розлади сну й поведінки

вночі. Аналізуючи динаміку в кожній групі, встановлено, що у СГ під впливом лікування зменшилися симптоми маячення, розладів сну, депресії/дисфорії; в АГ клінічно значуще зменшилися симптоми маячення, збудження/агресії, депресії/дисфорії, дратівливості/лабільності та розладів сну. Спільним для обох груп стало посилення апатії/байдужості. Клінічно значущою відмінністю було те, що в АГ протягом періоду спостереження знизилася вираженість нейропсихіатричних симптомів і дистрес доглядачів, на відміну від СГ, де вираженість симптомів і дистрес доглядачів із кожним наступним оглядом посилювався. Дані відмінності могли бути пов'язані з тим, що у СГ переважали пацієнти з деменцією тяжкого ступеня, а в АГ – помірного ступеня. З кожним наступним оглядом у більшості пацієнтів спостерігалось клінічно значуще прогресування

когнітивних порушень, що мало вплив на догляд.

Деменція тяжкого ступеня часто асоціюється з апатією, яка, своєю чергою, дуже сильно пов'язана з когнітивним порушенням і функціональним дефіцитом [17]. Існує низка публікацій, у яких підтверджується значущий вплив апатії, типової при деменції [5], на тягар опіки доглядача [15]. Окрім того, доглядач змушений приділяти щодня більше часу на догляд за пацієнтом, пацієнт із симптомом апатії менш емоційно відповідає на зусилля доглядача, тому часто доглядачі відчують деяке розчарування, бо отримують менше любові та вдячності [4]. Найсильнішим фактором, який асоціюється з дистресом доглядача, є частота та вираженість нейропсихіатричних симптомів [22].

Важливим є своєчасне лікування нейропсихіатричних симптомів, оскільки вони приводять до швидкого прогресу тяжкого ступеня деменції та до швидшого настання смерті [19].

Таблиця 5

Зміни загального балу суми NPI та дистресу доглядачів

Періоди огляду		Сума загального балу NPI								Сума дистресу					
		медіана (мін.-макс.)	ниж.-верх. квартиль	<20		20–50		≥50		P*	P**	медіана (мін.-макс.)	ниж.-верх. квартиль	P*	P**
				абс.	%	абс.	%	абс.	%						
ПО	СГ	21 (0–57)	13–32	46	46,46	44	44,45	9	9,09			15 (0–32)	10–22		
	АГ	21 (0–68)	11–30	49	49,49	48	48,48	2	2,02			14 (0–41)	9–22		
Через 3 міс.	СГ	24 (4–58)	17–33	32	32,32	61	61,62	6	6,06	p<0,01		17 (3–34)	12–22	p<0,01	
	АГ	16 (0–61)	10–26	64	64,65	33	33,33	2	2,02	p<0,01		12 (0–41)	7–18	p<0,01	
Через 6 міс.	СГ	26 (1–61)	18–35	32	32,32	59	59,60	8	8,08	p<0,01	p=0,057	17 (1–33)	12–22	p<0,05	НЗ
	АГ	14 (0–52)	8–22	65	65,66	32	32,32	2	2,02	p<0,01	p=0,06	11 (0–34)	7–17	p<0,01	p<0,01

Примітки: * – динаміка порівняно з ПО за критерієм Вількоксона; ** – динаміка порівняно з третім місяцем за критерієм Вількоксона.

Таблиця 6

Порівняння когнітивного статусу пацієнтів в амбулаторній та стаціонарній групах

Сума MMSE	ПО	Через 3 міс.	Через 6 міс.	P0-3	P0-6	P3-6	Порівняння СГ ат АГ, P		
	медіана (мін.-макс.) [25–75%]	медіана (мін.-макс.) [25–75%]	медіана (мін.-макс.) [25–75%]				ПО	3 міс.	6 міс.
СГ	9 (0–24) [5–14]	9 (0–21) [4–12]	7 (0–19) [1–11]	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
АГ	18 (0–30) [10–22]	16 (0–27) [9–21]	15 (0–30) [8–20]	<0,01	<0,01	<0,01			

Висновки

В амбулаторних умовах за допомогою фармакологічних засобів проведено успішну корекцію симптомів маячення, галюцинацій, депресії/дисфорії, при цьому виявлено клінічно значуще зниження їх частоти, вираженості та дистресу доглядача.

Аналіз отриманих при повторних оглядах даних пацієнтів із деменцією, які перебували в медико-соціальних установах, показав, що в них переважали

симптоми апатії/байдужості, тривоги, аномальної рухової активності, розлади сну та поведінки вночі, значно вищим був рівень вираженості та частоти симптомів, а також дистрес доглядачів.

У вибірці між групами були відмінності, оскільки в СГ переважали пацієнти з тяжким ступенем деменції, в АГ – із помірним. Спільним між групами було те, що з кожним наступним оглядом прогресували когнітивні порушення і посилювалась апатія. У СГ, окрім симптому

апатії/байдужості, клінічно значуще посилювалась аномальна рухова активність.

допомоги хворим на деменцію в позалікарняних умовах.

Надання паліативної допомоги в амбулаторних умовах має на меті полегшення доглядачам у опіці, сприяння якнайдовшому проживанню пацієнтів із деменцією в громаді, є важливим із морально-етичної точки зору.

Перспективи подальших досліджень

Перспективним напрямком досліджень є вивчення можливостей подальшого розвитку в Україні паліативної

Література

1. Пінчук І. Я. Актуальні питання надання психіатричної допомоги хворим на деменцію / І. Я. Пінчук, О. М. Мишаківська // *НейроNEWS*. – 2014. – № 3 (58). – С. 20–25.
2. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – Москва : МедиаСфера, 2002. – С. 312.
3. Access mode : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> – Title from screen.
4. *Apathy in Dementia* / R. R. Springer, M. S. Beerl, K. Koifman [et al.] // *Rom. J. Psychopharma.* – 2008. – Vol. 8. – P. 1–14.
5. *Apathy in Dementia* / D. E. Clarke, R. Reekum, M. Simard [et al.] // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2008. – Vol. 20, № 3. – P. 337–347.
6. *Behavioral Problems in Dementia: A Factor Analysis of the Neuropsychiatric Inventory* / P. Aalten, M. E. de Vugt, R. Lousberg [et al.] // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* – 2003. – Vol. 15. – P. 99–105.
7. *Bergh S. The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia* / S. Bergh, G. Selbæk // *Nor. Epidemiol.* – 2012. – Vol. 22, № 2. – P. 225–232.
8. *Cerejeira J. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* / J. Cerejeira, L. Lagarto, E. B. Mukaetova-Ladinska // *Front. Neurol.* – 2012. – Vol. 3, № 3. – P. 73.
9. *Course of Neuropsychiatric Symptoms in Residents with Dementia in Nursing Homes Over 2-Year Period* / R. B. Wetzels, S. U. Zuidema, J. F. M. Jonghe [et al.] // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 18, № 12. – P. 1054–1065.
10. *Cummings J. L. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients* / J. L. Cummings // *Neurology.* – 1997. – Vol. 48. – P. S10–S16.
11. *Dementia: a public health priority* [Electronic resource] / WHO. – 2012. – 112 p. – Access mode : http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en. – Title from screen.
12. *Dementia: Fact sheet* / WHO. – 2016. – Access mode : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> – Title from screen.
13. *Desai A. K. Recognition and Management of Behavioral Disturbances in Dementia* / A. K. Desai, G. T. Grossberg // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 3, № 3. – P. 93–109.
14. *Folstein M. F. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician* / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // *J. Psychiatr. Res.* – 1975. – Vol. 12, № 3. – P. 189–198.
15. *George M. Association between Apathy and Caregiver Burden in Amnesic Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease* / M. George // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2013. – Vol. 84, № 9. – P. 14–15.
16. *Kales H. C. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel* / H. C. Kales, L. N. Gitlin, C. G. Lyketsos // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2014. – Vol. 62, № 4. – P. 762–769.
17. *Landes A. M. Prevalence of Apathy, Dysphoria, and Depression in Relation to Dementia Severity in Alzheimer's Disease* / A. M. Landes, S. D. Sperry, M. E. Strauss // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2005. – Vol. 17, № 3. – P. 342–349.
18. *Mapping scores onto stages: mini-mental state examination and clinical dementia rating* / R. Perneczky, S. Wagenpfeil, K. Komossa [et al.] // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 14, № 2. – P. 139–144.
19. *Neuropsychiatric Symptoms as Predictors of Progression to Severe Alzheimer's Dementia and Death: The Cache County Dementia Progression Study* / M. E. Peters, S. Schwartz, D. Han [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2015. – Vol. 172, № 5. – P. 460–465.
20. *Porsteinsson A. P. Neuropsychiatric Symptoms in Dementia: A Cause or Consequence?* / A. P. Porsteinsson, I. M. Antonsdottir // *Am. J. Psychiatry.* – 2015. – Vol. 172, № 5. – P. 410–411.
21. *Reports by caregivers of behavioral and psychological symptoms of dementia* / F. A. Carvalho Valen, R. Guarnieri, M. Liboni [et al.] // *Dement. Neuropsychol.* – 2007. – Vol. 1. – P. 97–103.
22. *The association between caregiver distress and individual neuropsychiatric symptoms of dementia* / A. Truzzi, L. Valente, E. Engelhardt, J. Laks // *Dement. Neuropsychol.* – 2013. – Vol. 7, № 3. – P. 286–291.
23. *The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period* / G. Selbaek, K. Engedal, J. S. Benth, S. Bergh // *Int. Psychogeriatr.* – 2014. – Vol. 26, № 1. – P. 81–91.

24. World Alzheimer's Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. – Access mode : <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.09.2016 р.

Сравнение нейропсихиатрических нарушений у амбулаторных и стационарных пациентов с деменцией в Украине

Comparison of neuropsychiatric disturbances in outpatients and inpatients dementia in Ukraine

О.М. Мышакивская

О.М. Myshakivska

КУ «Львовская областная клиническая психиатрическая больница», г. Львов, Украина

Lviv Regional Clinical Psychiatric Hospital, Lviv, Ukraine

Цель – представить результаты 6-месячного наблюдения за пациентами с деменцией, которые находились в амбулаторных условиях и медико-социальных учреждениях; изучить динамику нейропсихиатрических симптомов и их влияние на дистресс ухаживающего.

Purpose – to present results supervision during the 6-month period of inpatients, living in long-term care and outpatients with dementia; to study dynamic of neuropsychiatric symptoms and their influence on the caregiver's distress.

Материалы и методы. Проведены отбор и обследование 99 пациентов, проживающих в обычной социальной среде, и 99 пациентов, которые длительно находились в медико-социальных учреждениях. Трижды проведен психиатрический осмотр (первичный осмотр, через 3 и 6 месяцев). С помощью MMSE определены когнитивные нарушения и степень тяжести деменции. Нейропсихиатрические симптомы и дистресс ухаживающего оценены по шкале NPI (версии из 12 пунктов).

Materials and methods. 99 patients living in community and 99 patients living in long-term care facilities were examined three times (first examination, 3rd month and 6th month). Mini-Mental State Examination scores were used to detect cognitive impairment and dementia severity. Neuropsychiatric symptoms and caregiver's distress were evaluated using Neuropsychiatric Inventory scale.

Результаты. В амбулаторной группе пациентов преобладали бред и галлюцинации, в стационарной – апатия/безразличие, тревога, аномальная двигательная активность и расстройства сна и поведения ночью. Общим для обеих групп было усиление апатии/безразличия. Клинически значимым отличием между группами стало то, что в амбулаторной группе в течение периода наблюдения снижалась выраженность нейропсихиатрических симптомов и дистресс ухаживающего, в отличие от стационарной группы, где выраженность симптомов и дистресс ухаживающих с каждым последующим осмотром усиливался. В амбулаторной группе преобладали пациенты с деменцией средней степени, в стационарной – с деменцией тяжелой степени.

Results. The prevalence rates for delusions and hallucinations were observed in outpatient group. In inpatient group dominated the symptoms of apathy/indifference, anxiety, aberrant motor behavior and sleep and night-time behaviour disorders. A common feature for both groups was the strengthening of apathy/indifference. Clinically significant difference between the groups was the fact that during the observation period in outpatient group decreased severity of neuropsychiatric symptoms and distress of carers, unlike in inpatient group where the severity of symptoms and carers distress strengthened with every next examination. In outpatient group prevailed patients with moderate dementia, in inpatient group – with severe.

Выводы. В амбулаторной и стационарной группах в течение периода наблюдения проводилась клинически значимая редукция психотических и аффективных симптомов, нарушений сна, ажитации. В обеих группах наблюдалось значимое усиление апатии/безразличия, с каждым последующим осмотром прогрессировали когнитивные нарушения.

Conclusions. The clinically significant reduction of psychotic and affective symptoms, sleep disturbances, agitation was in the outpatient group and inpatient group during the study. Both groups experienced significant increasing rates of apathy / indifference, cognitive impairment progressed with every next examination.

Ключевые слова: деменция, нейропсихиатрические симптомы, амбулаторные пациенты, стационарные пациенты.

Key words: dementia, neuropsychiatric symptoms, outpatients, inpatients.

Відомості про автора

Мишаківська Ольга Михайлівна – лікар-психіатр КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»; вул. Кульпарківська, 95, м. Львів, 79021, Україна.