

(8.33%), combination of AH and IHD – in 35 (29.2%) students. Respondents noted sudden death among relatives in 9 (4.6%) cases, stroke – in 40 (20.6%) cases. Low physical activity (21.3%) and smoking (19.1%) were the main modified risk factors among medical students. Tobacco smoking amounted to 85.7%, the use of electronic «cigarettes» – to 14.3%. Most respondents understand the negative effects of smoking and prefer to quit smoking. A high level of awareness about risk factors for cardiovascular diseases has been established among medical students. Our findings indicate the need for preventive work organization either during the educational process and in everyday life. It's very important to introduce cigarettes and electronic «cigarettes» use restrictions in public places and to organize educational events to raise the awareness among young people about the risks associated with the use of electronic «cigarettes».

**Key words:** student, risk factors, cardiovascular diseases, low physical activity, smoking, e-cigarette.

*Рецензент – проф. Катеринчук І. П.*

*Стаття надійшла 23.09.2019 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-1-153-169-173

УДК 616.895.7-009.884:616.831-008.46

*Шевченко-Бітенський К. В.*

### СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННИХ ДЕМЕНЦІЯХ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ

ДУ «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 0117 У 004309).

**Вступ.** Деменція є однією з найбільш актуальних проблем сучасної клінічної медицини. Важливість даної проблеми обумовлена декількома факторами. Перш за все, це значне зростання серед населення осіб похилого та старечого віку, серед яких поширеність деменції є особливо великою. Епідеміологічні дослідження свідчать про те, що поширеність деменції у людей похилого віку в залежності від вікової групи коливається від 5 до 15 %. Сьогодні в світі проживає 47,47 млн. осіб з деменцією. За прогнозами у 2020 році їх кількість складатиме 75,63 млн., а в 2050 році – 135,46 млн. [1,2,3,4].

У структурі всіх деменцій судинна деменція (СД) – друга за частотою серед осіб похилого віку. Так, за даними експертів, СД займає 16 % в структурі всіх деменцій у людей похилого віку. Захворюваність СД становить 6-12 випадків на 1 тис. населення у віці старше 70 років. За даними офіційної статистики МОЗ України, в країні зареєстровано 25,5 тис. осіб з СД, а захворюваність становить 4600 нових випадків на рік [5,6,7,8].

Важливість проблеми деменції полягає і в глобальному тягарі захворювання. Деменція є причиною 11,2 % років, прожитих з обмеженою функціональною спроможністю серед осіб 60 і старше років. Цей показник перевищує такі для інсульту (9,5 %), захворювань опорно-рухового апарату (8,9 %), серцево-судинних хвороб (5 %) та раку (2,4 %) [9,10,11,12,13].

З деменцією пов'язані величезні економічні витрати. Щорічно тільки в США на лікування і реабілітацію хворих з деменцією виділяється 317 млрд. доларів, а на одного хворого – від 13 500 до 24 000 доларів. Крім того, що деменція представляє дуже серйозну проблему з точки зору кількості пацієнтів

і пов'язаних з цим витрат, патологія обумовлює надзвичайно сильний вплив на самих пацієнтів, на їх сім'ї і на тих, хто здійснює за ними догляд, – в медичному, психологічному та емоційному відношенні. Поведінкові і психологічні симптоми, пов'язані з СД, впливають на якість життя хворих на деменцію, суттєво знижуючи їх соціальне функціонування [14,15,16,17,18].

**Мета дослідження.** Усе вищевикладене визначило мету дослідження – вивчити особливості соціального функціонування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при СД.

**Об'єкт і методи дослідження.** Вивчення особливостей соціального функціонування (СФ) хворих з СД тяжкого ступеню вираженості (ТСВ) було проведено на вибірці 34 пацієнтів з СД ТСВ зі змішаною корково-підкірковою дисфункцією з галюцинаторно-параноїдними симптомами – F01.3 (1-2) (основна група). В якості контрольної групи в дослідженні брали участь 29 пацієнта з СД ТСВ (F01.3) без психотичних розладів.

В дослідженні був використаний комплексний підхід, що реалізовувався за допомогою клініко-психопатологічного метода, доповненого використанням психометричних шкал (Монреальська шкала когнітивної оцінки (Montreal Cognitive Assessment) (MoCa); шкала глобального функціонування (Global Assessment Functionally) (GAF); шкала обмеження життєдіяльності (Psychiatric Disability Assessment Schedule – WHO DAS); Брістольська шкала активності в повсякденному житті (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL)) і математико-статистичного метода [19-22].

У хворих з ГПР при СД ТСВ були зафіксовані порушення когнітивних функцій (**рис. 1**).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно з результатами, представленими на **рисунку 1**, у хворих з ГПР при СД ТСВ, серед когнітивних порушень, в порівнянні з хворими СД ТСВ без психотичних розладів, переважали: порушення зорово-конструктивних навичок ( $88,2 \pm 9,1$  % випадків, при  $p < 0,05$ ), зниження стійкості (інертність) уваги ( $88,2 \pm 9,1$  % випадків, при  $p < 0,05$ ); помилки повторення фраз ( $91,2 \pm 9,7$  % випадків, при  $p < 0,05$ ); порушення

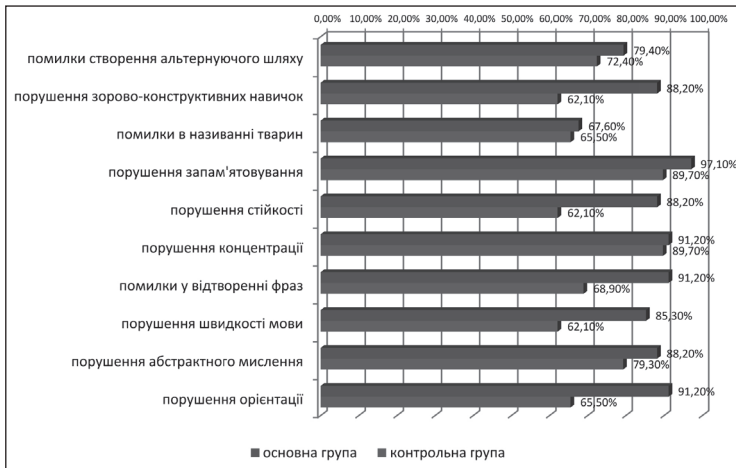


Рисунок 1 – Особливості когнітивних функцій у пацієнтів з ГПР при СД ТСВ (за результатами МоСа).

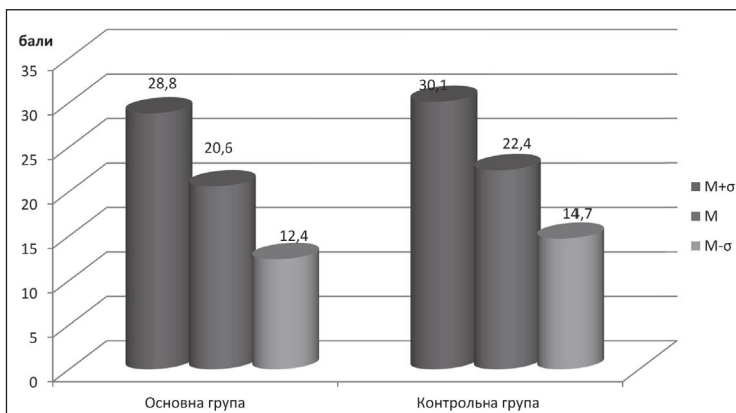


Рисунок 2 – Особливості СФ у пацієнтів з ГПР при СД ТСВ.

швидкості мови (85,3 ± 8,8 % випадків, при p < 0,05); порушення орієнтації в просторі та місці знаходження (91,2 ± 9,7 % випадків, при p < 0,05). Тобто, при ГПР при ТСВ СД характеризуються наростанням частоти когнітивних порушень праксису, гнозису, уваги, мови і орієнтації (в 70,6-91,2 % випадків, при p < 0,05).

Особливості глобального СФ хворих з ГПР при СД ТСВ, в порівнянні з хворими контрольної групи, представлені на **рисунку 2**.

Як свідчать дані, представлені дані у хворих з ГПР при СД ТСВ, середня величина глобального функціонування становить 20,6 ± 8,2 бали [12,4-28,8] (при P > 0,5), а в контрольній групі – 22,4 ± 7,7 бали [14,7-30,1] (при P > 0,5), характеризується погіршенням функціонування в соціальній і професійній сферах в межах від нездатності функціонування в окремих сферах життєдіяльності – до потреби в спостереженні для підтримки мінімальної особистої життєдіяльності. Цей факт свідчить про те, що у хворих з ГПР при СД ТСВ на рівень загального соціального функціонування в більшій мірі впливає вираженість когнітивного дефіциту, який за силою впливу на соціальне і професійне функціонування хворих цієї групи переважає вплив психотичних розладів.

Аналіз результатів, отриманих за допомогою шкали Psychiatric Disability Assessment Schedule – WHO (DAS), дозволив визначити основні фак-

тори обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ТСВ (**табл. 1**).

Згідно з результатами вивчення факторів обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ТСВ, в порівнянні з хворими без психотичних розладів, слід констатувати, що у хворих основної групи найбільш порушеними були наступні види життєдіяльності:

- функція самообслуговування (запущений догляд за собою відповідно до соціальних норм і правил поведінки, ухилення від загальноприйнятих норм особистої гігієни і фізичного зовнішнього вигляду і т. п.) (76,5 %), в контрольній групі дисфункція самообслуговування спостерігалась в 55,2 % випадків (ДК = 1,42, MI = 0,15, при p < 0,04);

- ефективність і потреба діяльності в сім'ї і побуті (низькі можливості, швидкість і потреба в самостійному виконанні різних сімейних і побутових завдань) (79,4 %), в контрольній групі хворих – 58,6 % випадків (ДК = 1,32, MI = 0,14, при p < 0,05);

- ефективність і рівень участі в домашніх справах (низький рівень участі пацієнта в прийнятті сімейних рішень, в спілкуванні з близькими родичами і рідними, в участі в спільних соціальних і побутових справах) (79,4 %), у той коли в контрольній групі – в 55,2 % випадків (ДК = 1,58, MI = 0,19, при p < 0,03);

- ефективність і потреба у виконанні сімейної ролі (відсутність потреби в емоційних взаєминах з рідними, в сімейному спілкуванні, в увазі і взаємопідтримці) (79,4 %), в контрольній групі – в 58,2 % випадків (ДК = 1,32, MI = 0,14, при p < 0,05).

Таблиця 1 – Фактори обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ТСВ, ускладненою ГПР

Фактори обмеження життєдіяльності	Основна група (n=34)	Контрольна група (n=29)
	% ± m%	
1	2	3
<b>Шкала «Загальні поведінкові дисфункції»</b>		
Самообслуговування	76,5 ± 7,8 *	55,2 ± 5,8
Інтереси та зайнятість	85,3 ± 8,8	82,8 ± 8,8
Діяльність в сім'ї і побуті	79,4 ± 8,0 *	58,6 ± 6,0
Спілкування і ізоляція	82,4 ± 8,4	79,3 ± 8,3
<b>Шкала «Виконання соціальних ролей»</b>		
Участь в домашніх справах	79,4 ± 8,0 *	55,2 ± 5,8
Виконання сімейної ролі	79,4 ± 8,0 *	58,6 ± 6,0
Виконання шлюбної ролі	70,6 ± 7,2	68,9 ± 7,0
Виконання шлюбної ролі поза шлюбом	20,6 ± 2,1	17,2 ± 1,3
Виконання батьківської ролі	85,3 ± 8,8	79,3 ± 8,3
Соціальні контакти	82,4 ± 8,4	79,3 ± 8,3
Виконання професійної ролі 1	-	-
Виконання професійної ролі 2	91,2 ± 9,7	86,2 ± 9,5
Зацікавленість і поінформованість	82,4 ± 8,4	79,3 ± 8,3
Поведінка в нестандартних і складних умовах	85,3 ± 8,8	82,8 ± 8,8
<b>Умовні позначення:</b> * – відмінності статистично достовірні при p < 0,05; ** – відмінності статистично достовірні при p < 0,01.		

Результати вивчення, проведеного за допомогою шкали BADL, факторів обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ТСВ представлені в таблиці 2.

Згідно з отриманими результатами, слід зазначити, що у хворих на СД ТСВ з ГПР виявлені порушення навичок вживання їжі (порушення в діапазоні від можливості самостійного вживання їжі – до потреби в сторонньому годуванні) ( $2,7 \pm 0,3$  бали), при цьому в контрольній групі ці порушення були виражені в меншій мірі ( $1,5 \pm 0,3$  бали, при  $p < 0,05$ ). Також було встановлено, що в основній групі пацієнтів порушені навички вмивання (порушення в діапазоні від можливості вмиватися самостійно при нагадуванні кожного з етапів і під наглядом – до неможливості вмиватися самостійно і потреби в сторонньої допомоги) ( $2,6 \pm 0,4$  бали), у той час коли в контрольній групі ці порушення відповідали функціональним діапазону в  $1,7 \pm 0,2$  бали ( $p < 0,05$ ); У хворих основної групи також спостерігались обмеження життєдіяльності у вигляді порушень навичок прийняття ванни / душу (порушення в діапазоні від потреби в нагляді та спонукання до прийняття ванни / душа – до повної залежності і підтримки) ( $2,7 \pm 0,2$  бали), а в контрольній групі ці порушення відповідали функціональному діапазону в  $1,8 \pm 0,5$  балів ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів основної групи відзначалося зниження орієнтації в місці (в діапазоні від порушення орієнтації в межах свого будинку, потреби в нагадуваннях – до не впізнання свого будинку і спроб його покинути) ( $2,7 \pm 0,3$  бали), в контрольній групі порушення орієнтації в місці були менш вираженими та відповідали функціональним діапазону в  $1,7 \pm 0,3$  бали ( $p < 0,05$ ). У хворих основної групи спостерігались обмеження життєдіяльності у вигляді порушень навичок роботи по дому / саду (порушення в діапазоні від обмеженої участі в домашній роботі, навіть під наглядом, – до нездатності / небажання брати участь в домашній роботі) ( $2,7 \pm 0,3$  бали), у той час коли в контрольній групі ці порушення були встановлені на рівні  $1,7 \pm 0,6$  бали (при  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Результати дослідження особливостей СФ серед пацієнтів з ГПР при СД ТСВ, дозволили зробити наступні висновки:

1. Когнітивні порушення пацієнтів з ГПР при СД ТСВ, відрізнялись більшою вираженістю порушень практики (порушення зорово-конструктивних навичок), уваги (стійкості), мови (помилки повторення фраз і порушення швидкості мови) і орієнтації в просторі та місці знаходження.

Таблиця 2 – Фактори обмеження життєдіяльності хворих з ГПР при СД ТСВ

Фактори обмеження життєдіяльності	Основна група (n=34)	Контрольна група (n=29)
	M ± σ	
1	2	3
Приготування їжі	2,7 ± 0,3	2,7 ± 0,2
Вживання їжі	2,7 ± 0,3 *	1,5 ± 0,3
Приготування напоїв	2,6 ± 0,3	2,5 ± 0,2
Вживання напоїв	1,7 ± 0,2	1,6 ± 0,2
Одягання	2,4 ± 0,4	2,2 ± 0,3
Умивання	2,6 ± 0,4 *	1,7 ± 0,2
Чистка зубів	2,5 ± 0,3	2,3 ± 0,3
Прийняття ванни / душа	2,7 ± 0,2 *	1,8 ± 0,5
Користування туалетом	2,3 ± 0,3	2,0 ± 0,4
Пересування	1,4 ± 0,4	1,3 ± 0,4
Ходьба	2,3 ± 0,4	2,1 ± 0,5
Орієнтація в часі	2,4 ± 0,2	2,3 ± 0,4
Орієнтація в місці	2,7 ± 0,3 *	1,7 ± 0,3
Комунікація	2,7 ± 0,3	2,2 ± 0,2
Користування телефоном	2,4 ± 0,5	2,3 ± 0,5
Домашня робота / саду	2,7 ± 0,3 *	1,7 ± 0,6
Здатність робити покупки	2,6 ± 0,4	2,3 ± 0,5
Розпорядження фінансами	2,6 ± 0,4	2,2 ± 0,4
Ігри / хобі	2,4 ± 0,4	2,3 ± 0,4
Користування транспортом	2,7 ± 0,3	2,3 ± 0,3

Умовні позначення: \* – відмінності статистично достовірні при  $p < 0,05$ .

2. Встановлений виражений негативний вплив ГПР на функцію самообслуговування, ефективність і потребу діяльності в сім'ї і побуті та виконанні сімейної ролі.

3. Визначений виражений вплив психотичних розладів на формування у хворих цієї групи обмежень їх життєдіяльності в орієнтації в місці, в навичках вживання їжі, самообслуговуванні, роботи по дому / саду.

Таким чином, отримані дані щодо СФ пацієнтів з ГПР при СД ТСВ, дозволяють визначити основні проблеми їх соціально-побутового функціонування і розробити персоналізовану програму психосоціальної реабілітації пацієнтів з психотичними розладами при деменції.

**Перспективи подальших досліджень** включають розробку комплексної персоналізованої програми психосоціальної реабілітації пацієнтів з ГПР при СД, що базується на отриманих даних щодо специфіки когнітивних порушень, соціально-побутового функціонування та чинників обмеження життєдіяльності.

## Література

1. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Geneva: World Health Organization; 2015. WHO/MSD/MER/15.3 [Internet]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_epidemiology.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf)
2. Pinchuk IYa, Chaykovs'ka VV, Stadnyk LA, Levada OA, Pustovoyt MM, Shyryayeva MI. Aktual'ni pytannya herontopsykhatriyi: navchal'nyy posibnyk. Ternopil': Termohraf; 2010. 431 s. [in Ukrainian].
3. Council of the European Union. Supporting people living with dementia: improve care policies and practice – council conclusions. Brussels; 2015 [Internet]. Available from: [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/docs/councilconclusions\\_1505515\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/councilconclusions_1505515_en.pdf)
4. Myshchenko TS. Kohnytyvnye narusheniya v praktyke semeynogo vracha (aktual'nost' problemy, faktory ryska, patohenez, vozmozhnosta lecheniya u profylaktyky). Semeynaya medytsyna. 2017;1(69):21-4. [in Russian].
5. Sahathevan R, Brodtmann A, Donnan GA. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. Int. J. Stroke. 2012;7(1):61-73.
6. Levyn OS. Dyahnostyka y lechenye dementsyy v klynycheskoy praktyke. M.: 2014. 256 s. [in Russian].
7. Jokinen H, Gouw AA, Madureira S. Incident lacunes influence cognitive decline: the LADIS study. Neurology. 2011;76(22):1872-8. DOI: 10.1212/WNL.0b013e31821d752f
8. Havrylyuk AO, redactor. Unifikovanyy klinichnyy protokol pervynnoyi, vtorynnoyi (spetsializovanoi), tretynnoyi (vysokospetsializovanoi) ta paliatyvnoyi medychnoyi dopomohy. Dementsiya. K.: 2016. 57 s. [in Ukrainian].

9. Skoogl N, Korczyn A, Guekht A. Neuroprotection in vascular dementia: A future path. J. Neurol. Sci. 2012 Nov. 15;322(1-2):232-6. DOI: 10.1016/j.jns.2012.02.013
10. Zaklady okhorony zdorov'ya ta zakhvoryuvanist' naselennya Ukrayiny u 2011 rotsi: Statystychnyy byuletten'. K.: Derzhavna sluzhba statystyky Ukrayiny; 2012. 89 s. [in Ukrainian].
11. Maruta NA. Vosstanovlenye sotsyal'noho funktsyonyrovannya – osnovnaya tsel' terapiy depressyy. Neyro News: psikhonevrolohiya y neyropsykhyyatryya. 2013. s. 16-9. [in Russian].
12. Boholepova AN. Osvedomlennost' naselennya o probleme dementsyy. Zhurnal nevrolohiy y psykhyatryy ym. S.S. Korsakova. 2015;6:97-102. [in Russian].
13. Korol' HM. Mul'tymodal'nyy pidkhid do diahnozyky ta likuvannya sudynnoyi dementsiyi. Mizhnarodnyy nevrolohichnyy zhurnal. 2014;6(68):62-8. [in Ukrainian].
14. Al'zhanova DS, Zhusupova AS, Al'makhanova KK, Askarova ShN, Kayrylykyzy A, Sadykova DR. Problema vozrastnoy dementsyy v Astane. Zhurnal «Neyrokhyrurhiya y nevrolohiya Kazakhstana». 2017;4(49). [Internet]. Citirovano [2019 8 iyunya]. Dostupno: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-vozrastnoy-dementsii-v-astane> [in Russian].
15. Raspopova NY. Dementsyya u lyts pozhyloho vozrasta (dyahnostyka, terapiya y profylaktyka): ucheb. posobyе. Almaty: KazNMU ym. S.D. Asfendyyarova; 2016. 108 s. [in Russian].
16. Pruszyński J. Non-cognitive symptoms of dementia. Medyczyn. 2015;7:477-81.
17. Myshchenko TS, Myshchenko VN. Sosudystaya dementsyya. Bolezny pozhyloho y starcheskooho vozrasta. 2011;2-1. [Internet]. Dostupno: <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-452/Sosudistaya-demenciya#gsc.tab=0> [in Russian].
18. Common core principles for supporting people with dementia: a guide to training the social care and health workforce. Leeds, Skills for Care & Skills for Health. 2011 [Internet]. Available from: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_127587.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_127587.pdf)
19. Lutova NB. Metod prohnozyrovannya medykamentoznoho komplayensa v psykhyatryy: metodycheskye rekomendatsyy. SPb.: NYPNY ym. V.M. Bekhtereva; 2007. 24 s. [in Russian].
20. Havrylyuk AO, redactor. Unifikovanyy klinichnyy protokol pervynnoyi, vtorynnoyi (spetsializovanoi), tretynnoyi (vysokospetsializovanoi) ta paliatyvnoyi medychnoyi dopomohy. Dementsiya. K.: 2016. 57 s. [in Ukrainian].
21. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. Geneva: WHO; 1988. 96 p.
22. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V. The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J. Am. Geriatr. Soc. 2005;53(4):695-9.

### СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННИХ ДЕМЕНЦІЯХ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ

Шевченко-Бітенський К. В.

**Резюме.** В дослідженні особливостей соціального функціонування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при судинній деменції (СД) тяжкого ступеня вираженості (ТСВ), прийняло участь 63 пацієнти. 34 хворих з ГПР склали основну групу та 29 хворих без психотичних розладів увійшли в контрольну групу. Когнітивні порушення пацієнтів з ГПР при СД ТСВ відрізнялись більшою вираженістю порушень праксису (порушення зорово-конструктивних навичок), уваги (стійкість), мови (помилки повторення фраз і порушення швидкості мови) і орієнтації в просторі та місці знаходження. Встановлений виражений негативний вплив ГПР на функцію самообслуговування, ефективність і потребу діяльності в сім'ї і побуті та виконанні сімейної ролі. Визначений виражений вплив психотичних розладів на формування у хворих цієї групи обмежень їх життєдіяльності в орієнтації на місці.

**Ключові слова:** судинна деменція, галюцинаторні розлади, параноїдні розлади, соціальне функціонування, тяжкого ступеня вираженості деменції.

### СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

Шевченко-Битенский К. В.

**Резюме.** В исследовании особенностей социального функционирования пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при сосудистой деменции тяжелой степени выраженности, приняло участие 63 пациента. 34 больных с ГПР составили основную группу и 29 больных без психотических расстройств вошли в контрольную группу. Когнитивные нарушения пациентов с ГПР при СД ТСВ отличались большей выраженностью нарушений праксиса (нарушение зрительно-конструктивных навыков), внимания (устойчивость), речи (ошибки повторение фраз и нарушение скорости речи) и ориентации в пространстве и месте нахождения. Установлено выраженное негативное влияние ГПР на функцию самообслуживания, эффективность и необходимость деятельности в семье и быту и выполнении семейной роли. Определенное выраженное влияние психотических расстройств на формирование у больных этой группы ограничений их жизнедеятельности в ориентации на месте.

**Ключевые слова:** сосудистая деменция, галлюцинаторные расстройства, параноидные расстройства, социальное функционирование, тяжелой степени выраженности деменции.

### SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS IN SEVERE VASCULAR DEMENTIA

Shevchenko-Bitensky K. V.

**Abstract.** In a study of the features of the social functioning of patients with hallucinatory-paranoid disorders in severe vascular dementia, 63 patients took part. 34 patients with HPD (main group) and 29 patients without hallucinatory-paranoid disorders (control group).

The study was applied a comprehensive approach that was implemented with help a clinical and psychopathological method, supplemented with using of psychometric scales (Montreal Cognitive Assessment (MoCa) scale, Global

Assessment Functionally (GAF) scale, life limitation scale Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO DAS), Bristol Activity Daily Life Scale (BADL) and mathematical-statistical method.

Cognitive impairments of patients with hallucinatory-paranoid disorders in severe vascular dementia were characterized by greater severity of praxis disorders (impaired visual-constructive skills), attention (stability), speech (error repetition of phrases and impaired speech speed) and orientation in space and location.

The great negative impact of the hallucinatory-paranoid disorders on the self-care function, the effectiveness and necessity of activities in the family and at home, and the fulfillment of the family role has been established. It was defined pronounced effect of psychotic disorders on the formation in patients of this group of restrictions on their vital functions in orientation on the spot.

Also it was established influence of psychotic disorders on the formation in patients of this group of limitations of their life activity in orientation in the place, in the skills of eating, self-care, work at home / garden.

Obtained data on the social functioning of patients with hallucinatory-paranoid disorders in severe vascular dementia, allow to identify the main problems of their social and everyday functioning and to develop a personalized program of psychosocial rehabilitation of patients with psychotic disorders in dementia.

**Key words:** vascular dementia, hallucinatory-paranoid disorders, social functioning, severe severity of dementia.

*Рецензент – проф. Скрипніков А. М.*

*Стаття надійшла 23.09.2019 року*