

УДК 616.895.7-009.884:616.831-008.46

**К.В. Шевченко-Бітенський**

*ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», м. Одеса*

### **КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ ЗМІШАНОГО ГЕНЕЗУ**

Обстежено 45 пацієнтів зі змішаними деменціями помірного ступеня тяжкості, ускладненими галюцинаторно-параноїдними розладами, – основну групу. Контрольною групою в дослідженні були 36 хворих на змішані деменції помірного ступеня тяжкості без галюцинаторно-параноїдних розладів. Установлено клініко-психопатологічні особливості проявів галюцинаторно-параноїдних розладів, які можуть розглядатися як діагностичні критерії оцінювання клініко-психопатологічної структури галюцинаторно-параноїдних розладів за даної патології.

**Ключові слова:** галюцинаторно-параноїдні розлади, хвороба Альцгеймера, деменція, критерії діагностики.

#### **Вступ**

Провідними світовими психіатричними дослідними центрами проаналізовано захворюваність на психічні розлади та показано інтенсивне зростання психічної патології серед населення як зарубіжних країн світу, так і України [1, 2]. Одним із результатів цього аналізу є виявлене інтенсивне збільшення частоти зустрічальності органічних психічних розладів у осіб від 60 років і старше [3].

У 50–60 % хворих, що страждають на деменцію, спостерігається первинна дегенеративна деменція Альцгеймерівського типу [4]. Тенденція до збільшення тривалості життя людей приводить до подвоєння поширеності хвороби Альцгеймера (ХА) через кожні п'ять років після 65-річного віку [4, 5]. Згідно з оцінками експертів ВООЗ, поширеність тяжкого ступеня слабоумства, що виникає в перебігу ХА, серед осіб старше 65 років становить 10 %, а кумулятивний ризик виникнення тяжких форм слабоумства в осіб 85-річного віку досягає 50 % [6]. Згідно з епідеміологічними

дослідженнями тільки у 2000 році в усьому світі налічувалося близько 12 млн хворих на ХА, ускладнену недоумством того чи іншого ступеня, та кількість таких пацієнтів швидко зростає [4–6].

В Україні за станом психічного здоров'я понад 18 % осіб віком більш ніж 70 років потребують щоденної соціально-побутової допомоги (з них 82 % постійно приймають медикаменти), а серед осіб старше 80 років 20 % необхідна спеціалізована психіатрична допомога внаслідок ХА та судинної деменції. Часто причиною інвалідизації стають змішані деменції (ЗД), генез яких пов'язаний, з одного боку, із нейродегенеративним процесом, а з другого – із судинним [7, 8].

До некогнітивних психопатологічних розладів при ЗД відносять афективні розлади, апатію, розлади особистості й порушення поведінки (блукання, безцільна активність, агресія, розгальмування), психотичні розлади (марення, галюцинації), розлади сну й апетиту [2, 3]. Показано, що один такий симптом або

© К.В. Шевченко-Бітенський, 2018

більше спостерігається у 61–92 % пацієнтів з різними варіантами деменцій, а їхня частота зростає в міру прогресування деменції [9]. Дані психічні порушення значно погіршують якість життя пацієнтів із деменціями, прискорюють когнітивне й функціональне зниження, збільшують кількість госпіталізацій і смертність [8, 10]. Однак на сучасному етапі розвитку медичної науки немає систематизованих уявлень щодо специфіки клініко-психопатологічної структури галюцинаторно-параноїдних розладів при деменціях змішаного генезу, що зумовлює актуальність дослідження в цьому напрямку.

**Мета** дослідження – визначити клініко-психопатологічну структуру галюцинаторно-параноїдних розладів при змішаних деменціях помірного ступеня тяжкості (ПСТ).

#### **Матеріал і методи**

Вивчали клініко-психопатологічну структуру галюцинаторних і параноїдних розладів у 45 хворих на ЗД ПСТ з галюцинаторно-параноїдними розладами – F00.1 (1–2); F01.3 (1–2), які ввійшли в основну групу. Як контрольна група в дослідженні брали участь 36 хворих на ЗД ПСТ без галюцинаторно-параноїдних розладів (F00.1; F01.3).

Використано комплекс методів дослідження, який складався з клініко-психопатологічного методу, доповненого шкалою поведінкових розладів (Bahav-AD), нейропсихіатричним опитувальником (NPI) та некогнітивними секціями шкали оцінювання ХА (ADAS-Non Cog), та методів статистичної обробки отриманих даних.

#### **Результати дослідження**

Результати вивчення психопатологічних і поведінкових розладів у хворих зі ЗД ПСТ, проведеного за допомогою шкали поведінкових розладів Bahav-AD, подано в *табл. 1*.

У хворих на ЗД ПСТ основної групи переважають маревні ідеї такого змісту:

- висловлювання «про нечесність оточуючих хворого осіб» (28,9 % випадків,  $p < 0,01$  відносно контролю). Хворі з цією фабулою маячення були переконані в тому, що їх постійно обманює найближче оточення (діти, близькі родичі, які доглядають осіб, і т. д.);

- висловлювання з приводу «відмови від хворого» (20,0 % випадків,  $p < 0,01$  у порівнянні з контролем). Хворі з такою фабулою були переконані в тому, що від них відмовляються родичі і тому відправляють хворого до медичного стаціонара, намагаються позбутися

нього, влаштувавши його в будинок для людей похилого віку, тощо.

Серед обманів сприйняття у хворих основної групи зі ЗД ПСТ переважали слухові галюцинації (20,0 % випадків,  $p > 0,5$  у порівнянні з контролем). Хворим з цим видом обману сприйняття чулись фрази, монологи, діалоги, іноді нескладні уривки фраз або сполучення слів на рідній, іноземній або нікому не відомій мові.

Установлено, що в групі хворих на ЗД ПСТ параноїдні й параноїяльні розлади (77,7 % випадків,  $p < 0,05$  у порівнянні з контролем) переважали над розладами сприйняття (44,4 % випадків, при  $p < 0,05$  у порівнянні з контролем).

У хворих основної групи систематизовані маячні ідеї спостерігались у 71,4 % хворих з маячними розладами. Нерозгорнуті, несистематизовані та уривчасті маячні ідеї, які мають тенденцію до розширення, реєструвалися у 28,6 % хворих зі ЗД ПСТ.

При синдромальному аналізі поєднання маячних і галюцинаторних розладів у хворих зі ЗД ПСТ продемонстровано, що у 22,1 % пацієнтів поєднуються маячні розлади з розладами сприйняття. Дана обставина визначає характер галюцинаторно-параноїдного синдрому, що перебігає в рамках афективно-параноїдного розладу. У 55,6 % хворих психотичні розлади проявлялись у формі параноїяльних маячних розладів. У 22,3 % пацієнтів психотичні розлади перебігали в формі галюцинозу.

Серед порушень активності у хворих основної групи зі ЗД ПСТ переважало бродяжництво (втеча з дому або від доглядача) (24,4 % випадків,  $p < 0,01$  у порівнянні з контролем). Хворі з цією формою порушення активності йшли з дому в невідомому напрямку, їм здавалося, що вони знають дорогу, знають мету свого відходу з дому і зворотний шлях. Часто, заблукавши, вони потрапляли в поліцію або лікувальний заклад, ставали жертвами дорожньо-транспортних пригод.

Безцільна активність була зафіксована у 35,6 % пацієнтів основної групи, що проявлялось у безцільному і стереотипному пересуванні по приміщенню, виконанні безглузвих дій (відкривають і закривають дверцята шафи, упаковують і розпаковують речі, одягаються й роздягаються, відкривають і закривають ящики столу і т. п.). У контрольній групі безцільна активність спостерігалась тільки в 16,7 % випадків (при  $p < 0,01$ ).

З афективних розладів у хворих основної групи зі ЗД ПСТ було в більшості випадків

Таблиця 1. Особливості психопатологічної симптоматики й поведінкових розладів у хворих зі ЗД ПСТ, % (M±m)

Психопатологічна симптоматика й поведінкові розлади	Група	
	основна	контрольна
<i>Параноїдні і паранойяльні розлади</i>		
Маячні висловлювання: «Крадуть речі»	8,9±1,2	–
Маячні висловлювання: «Будинок не є його будинком»	4,4±0,7	–
Чоловік / дружина (або інший доглядач) є самозванцем	4,4±0,7	–
Маячні висловлювання з приводу відмови від хворого (наприклад, направлення у стаціонар)	20,0±2,2**	–
Маячні висловлювання про нечесність	28,9±3,3*	–
Підозрілість (паранойяльні ідеї) (інші)	–	–
Маячні установки (інші)	11,1±1,4	–
еротичні маячні ідеї	6,7±0,9*	–
іпохондричні маячні ідеї	4,4±0,7	–
<i>Галюцинації</i>		
Зорові	11,1±1,4	–
Слухові	20,0±2,2	–
Нюхові	8,9±1,2	–
Тактильні	4,4±0,7	–
<i>Порушення активності</i>		
Бродяжництво (втеча з дому або від особи, що доглядає)	24,4±2,9**	5,6±1,2
Безцільна активність (когнітивна абулія)	35,6±4,2**	16,7±2,2
Неадекватна поведінка	8,9±1,2	5,6±1,2
<i>Агресивність</i>		
Вербальна агресія	13,3±1,7	16,7±2,2
Загроза фізичної розправи або насильства	17,8±2,0	19,4±2,3
<i>Афективні порушення</i>		
Плаксивість	4,4±0,7	5,6±1,2
Знижений настрій	64,4±7,7*	33,3±3,5
<i>Тривога і фобія</i>		
Тривога з приводу майбутніх подій	13,3±1,7	11,1±1,7
Тривожність	42,2±5,2	38,9±4,1
Інші прояви тривоги	11,1±1,4	13,9±1,9
Страх залишитися одному	31,1±3,8**	11,1±1,7
Інші фобії	6,7±0,9	2,8±0,9
Порушення ритму день / ніч	75,6±8,8	72,2±7,2
<i>Загальна вираженість указаних симптомів</i>		
Не турбують доглядача й безпечні для пацієнта	11,1±1,4	13,9±1,9
Незначно турбують доглядача й безпечні для пацієнта	15,6±1,9	47,2±4,8**
Помірно турбують доглядача й безпечні для пацієнта	55,6±6,6*	30,6±3,3
Значно турбують доглядача і (або) нестерпні для пацієнта	17,8±2,0	8,3±1,4

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

(64,4 %) зафіксовано погіршення настрою, що проявлялось у відчутті відчаю, туги, пригніченого настрою, загальмованості психічної й фізичної діяльності, помірному відчутті провини, невдоволення собою, у зниженій самооцінці, втраті здатності переживати задоволення від раніше приємних занять, зниженні інтересу до навколишнього. Ці афективні розлади у хворих цієї групи проявлялися без явної аутоагресивної поведінки. У пацієнтів контрольної групи погіршення настрою спостерігалось у 33,3 % випадків (p<0,05).

З фобічних і тривожних розладів у хворих на ПСТ з галюцинаторно-параноїдними розладами був виражений страх залишитися одно-

му (у 31,1 % випадків, p<0,01 у порівнянні з контролем). Хворі з цим фобічним розладом боялися залишатися одні в будинку, вимагали, щоб із хворим постійно перебував родич або доглядач. У пацієнтів контрольної групи страх залишитися одному в будинку спостерігався лише в 11,1 % випадків (p<0,01). При цьому у хворих основної групи дані симптоми були виражені настільки, що в 55,6 % випадків помірно тривожили доглядача й були безпечні для хворого (p<0,05). У пацієнтів контрольної групи в 30,6 % випадків симптоми помірно тривожили доглядача й були безпечні для хворого (при p<0,05).

Результати вивчення клінічних характеристик психопатологічних і поведінкових розладів

пацієнтів основної і контрольної груп відображено в *табл. 2*.

Визначено, що в групі хворих на ЗД ПСТ з галюцинаторно-параноїдними розладами достовірніше частіше спостерігалися:

на тиждень до щодня) [(3,6±0,4) бала при  $p<0,05$  у порівнянні з показником контрольної групи]. Аномальна рухова активність спостерігалась у 22,3 % хворих контрольної групи ( $p<0,01$ ).

*Таблиця 2. Клінічні характеристики психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів зі ЗД ПСТ ( $M\pm\sigma$ )*

Психопатологічні й поведінкові розлади	Клінічні характеристики	Група	
		основна	контрольна
Маячні ідеї	Частота	3,6±0,4*	–
	Вираженість	2,4±0,5*	–
Галюцинації	Частота	2,0±0,3	–
	Вираженість	1,4±0,2	–
Порушення (агресія)	Частота	2,1±0,3	2,3±0,3
	Вираженість	1,3±0,2	1,2±0,2
Депресія (дисфорія)	Частота	3,5±0,4*	2,0±0,3
	Вираженість	2,5±0,5*	1,5±0,2
Тривога	Частота	1,6±0,3	1,8±0,4
	Вираженість	1,5±0,2	1,6±0,3
Гіпертимія (піднесений настрій, ейфорія)	Частота	1,4±0,2	1,3±0,1
	Вираженість	1,4±0,3	1,4±0,3
Апатія (байдужість, індіферентність)	Частота	2,0±0,4	1,8±0,3
	Вираженість	2,1±0,4	2,2±0,4
Розгальмування	Частота	1,6±0,3	1,5±0,3
	Вираженість	2,2±0,5	2,2±0,3
Дратівливість	Частота	1,5±0,3	1,4±0,4
	Вираженість	2,1±0,4	2,3±0,3
Аномальна рухова активність (неадекватна рухова поведінка)	Частота	3,6±0,4*	2,0±0,3
	Вираженість	2,5±0,5*	1,3±0,3
Сон і порушення поведінки в нічний час	Частота	3,2±0,2	3,0±0,3
	Вираженість	2,6±0,4	2,4±0,2
Порушення апетиту й харчової поведінки	Частота	1,6±0,3	1,4±0,3
	Вираженість	2,2±0,5	2,0±0,3

\* Відмінності статистично достовірні при  $p<0,05$ .

- маячні розлади (маячні ідеї відносно, відмови від хворого, нечесності по відношенню до хворого) помірного ступеня вираженості [(2,4±0,5) бала при  $p<0,05$  у порівнянні з показником контрольної групи], що спричиняло неспокій хворого й зумовлювало його неадекватну поведінку. Ці стани виникали часто / дуже часто (від кілька разів на тиждень до щодня) [(3,6±0,4) бала при  $p<0,05$  у порівнянні з показником контрольної групи];

- депресивний настрій (64,4 %) помірно-сильного рівня вираженості [(2,5±0,5) бала при  $p<0,05$  у порівнянні з показником контрольної групи], який виникав часто (до кілька разів на тиждень, але не кожен день) [(3,5±0,4) бала при  $p<0,05$  у порівнянні з показником контрольної групи]. У пацієнтів контрольної групи стан зниженого настрою спостерігався у 33,3 % випадків ( $p<0,05$ );

- аномальна рухова активність (переважно бродяжництво й безцільна активність у межах місцеперебування) (60,0 %) помірно-сильного ступеня вираженості [(2,5±0,5) бала при  $p<0,05$  у порівнянні з показником контролю], що виникала часто / дуже часто (від кілька разів

Результати вивчення за шкалою ADAS-Non Cog показали, що в клініці некогнітивних психопатологічних розладів хворих на ЗД ПСТ разом із галюцинаторною симптоматикою (44,4 %) переважали розлади депресивного спектра (64,4 %), відволікання (64,4 %), бродяжництво (24,4 %), тривога (42,2 %) та порушення апетиту (28,9 %). При цьому в порівнянні з показниками контрольної групи статистично значущими некогнітивними психопатологічними розладами у хворих на ЗД ПСТ були розлади депресивного спектра ( $p<0,05$ ) і бродяжництво ( $p<0,01$ ).

Аналіз інформативності виділених за допомогою шкали поведінкових розладів (Bahav-AD) і некогнітивних секцій шкали оцінювання ХА (ADAS-Non Cog) психопатологічних і поведінкових розладів (при  $p<0,05$  і при  $p<0,01$ ) у хворих із ЗД ПСТ основної групи подано в *табл. 3* (значення представлено в порядку зменшення рівня інформативності).

За результатами статистичного аналізу, найбільш інформативними клінічними ознаками, крім галюцинаторних і параноїдних розладів, у хворих із ЗД ПСТ, ускладненою пси-

Таблиця 3. Діагностичні коефіцієнти й міра інформативності виділених психопатологічних і поведінкових розладів у хворих зі ЗД ПСТ

Психопатологічні й поведінкові розлади	Оцінка за шкалою, бали	ДК	МІ
Бродяжництво (втеча з дому або від доглядача)	≥2	-6,43	0,61
Знижений настрій (депресія)	≥2	-2,86	0,45
Страх залишитися одному	≥2	-4,47	0,45
Симптоми, що турбують доглядача й безпечні для пацієнта	= 2	-2,60	0,32
Безцільна активність (когнітивна абулія)	≥2	-3,29	0,31
Сума за сукупністю ознак		19,65	2,14

Примітка. ДК – діагностичний коефіцієнт; МІ – міра інформативності Кульбака.

хозом, були: бродяжництво (втеча з дому або від доглядача) (ДК=-6,43; МІ=0,61 при  $p<0,02$ ); погіршення настрою (депресія) (ДК=-2,86; МІ=0,45 при  $p<0,004$ ); страх залишитися одному (ДК=-4,47; МІ=0,45 при  $p<0,02$ ); симптоми, які турбують доглядача й безпечні для хворого (ДК=-2,60; МІ=0,32 при  $p<0,01$ ); безцільна активність (когнітивна абулія) (ДК=-3,29; МІ=0,31 при  $p<0,03$ ).

#### Висновки

У структурі клініко-психопатологічних проявів галюцинаторно-параноїдних розладів у хворих зі змішаними деменціями помірного ступеня тяжкості переважали: параноїдні й параноїяльні розлади над розладами сприйняття; часті / дуже часті маячні ідеї «про нечесність осіб, оточуючих хворого» і «про відмову від хворого» помірного ступеня вираженості;

систематизовані маячні ідеї над нерозгорнутими, несистематизованими й уривчастими маячними ідеями, які не мають тенденції до розширення; галюцинаторно-параноїдний синдром, що перебігав у рамках афективно-параноїдного розладу, параноїяльного маячного розладу та у формі галюцинозу; поєднання галюцинаторних і параноїдних розладів з частим / дуже частим бродяжництвом і безцільною активністю помірно-сильного ступеня вираженості, частими помірними депресивними проявами та страхом залишитися одному.

#### Перспективність дослідження

Отримані дані слід урахувати при проведенні диференційної діагностики в пацієнтів зі змішаною деменцією помірного ступеня тяжкості, що супроводжується галюцинаторно-параноїдними розладами.

#### Список літератури

1. Демчева Н. К. Распространенность психических расстройств в РФ в 1991–2012 гг. / Н. К. Демчева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2014. – № 5. – С. 3–10.
2. Марута Н. О. Клініко-психопатологічні особливості депресій та їх терапія у осіб похилого віку / Н. О. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 1 (66). – С. 66–72.
3. Rockwood K. What can we expect of health in old age? / K. Rockwood // The Lancet Neurology. – 2016. – Vol. 387. – P. 730–731.
4. Благутина В. В. Болезнь Альцгеймера – новая пандемия / В. В. Благутина // Химия и жизнь – XXI век. – 2014. – № 11. – С. 28–31.
5. Ватолина М. А. Проблемы оценки смертности от болезни Альцгеймера в России / М. А. Ватолина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – Т. 59, № 4. – С. 20–24.
6. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / [І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стадник та ін.]. – Тернопіль: Термограф, 2010. – 431 с.
7. Мудренко І. Г. Клініко-психопатологічні особливості хворих на судинну деменцію з високим ризиком суїциду / І. Г. Мудренко // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 1 (94). – С. 83–87.
8. Чухловина М. Л. Деменция: диагностика и лечение / М. Л. Чухловина. – СПб.: Питер, 2010. – 266 с.
9. Dementia / NICE CG42 (UK) – National Institute for Health and Care Excellence. United Kingdom. – 2015. – 58 p.
10. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making / Y.-T. Wu, L. Fratiglioni, F. E. Matthews [et al.] // The Lancet Neurology. – 2016. – Vol. 15 (1). – P. 116–124.

### References

1. Demcheva N.K. (2014). Rasprostranennost psikhicheskikh rasstroistv v RF v 1991–2012 gg. [The prevalence of mental disorders in the Russian Federation in 1991–2012]. *Vestnik nevrologii, psikiatrii i neirokhirurhii – Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, № 5, pp. 3–10 [in Russian].
2. Maruta N.O., Panko T.V. (2011). Kliniko-psykhopatolohichni osoblyvosti depresii ta yikh terapiia u osib pokhyloho viku [Clinical and psychopathological features of depression and their therapy in the elderly]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, vol. 19, issue 1 (66), pp. 66–72 [in Ukrainian].
3. Rockwood K. (2016). What can we expect of health in old age? *The Lancet Neurology*, vol. 387, pp. 730–731.
4. Blahutina V.V. (2014). Bolezn Altsheimera – novaia pandemiia [Alzheimer's disease – a new pandemic]. *Khimiia i zhizn – XXI vek – Chemistry and Life – XXI Century*, № 11, pp. 28–31 [in Russian].
5. Vatolina M.A. (2015). Problemy otsenki smertnosti ot bolezni Altsheimera v Rossii [Problems of estimating mortality from Alzheimer's disease in Russia]. *Zdravookhraneniie Rossiiskoi Federatsii – Healthcare of the Russian Federation*, vol. 59, № 4, pp. 20–24 [in Russian].
6. Pinchuk I.Ya., Chaikovska V.V., Stadnyk L.A., Levada O.A., Pustovoit M.M., Shyriaieva M.I. (2010). *Aktualni pytannia herontopsykhii: navchalnyi posibnyk [Topical Issues of Gerontopsychiatry: A Handbook]*. Ternopil: Termohraf, 431 p. [in Ukrainian].
7. Mudrenko I.H. (2018). Kliniko-psykhopatolohichni osoblyvosti khvorykh na sudynnu dementsiiu z vysokym ryzykom suitsydu [Clinical and psychopathological features of patients with high-risk suicide dementia]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, vol. 26, issue 1 (94), pp. 83–87 [in Ukrainian].
8. Chukhlovina M.L. (2010). *Dementsiia: diahnostika i lecheniie [Dementia: Diagnosis and Treatment]*. Saint Petersburg: Piter, 266 p. [in Russian].
9. NICE CG42 (UK) – National Institute for Health and Care Excellence. United Kingdom. (2015). *Dementia*. United Kingdom, 58 p.
10. Wu Y.-T., Lobo A., Breteler M.M., Skoog I., Brayne C. (2016). Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. *The Lancet Neurology*, vol. 15 (1), pp. 116–124.

### **К.В. Шевченко-Битенский**

#### **КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕМЕНЦИИ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА**

Обследовано 45 пациентов со смешанной деменцией умеренной степени выраженности, осложненной галлюцинаторно-параноидными расстройствами, – основная группа. Контрольной группой в исследовании были 36 больных с аналогичной патологией без галлюцинаторно-параноидных расстройств. Установлены клинико-психопатологические особенности галлюцинаторно-параноидных расстройств, которые можно рассматривать в качестве диагностических критериев оценки клинико-психопатологической структуры галлюцинаторно-параноидных расстройств при данной патологии.

**Ключевые слова:** галлюцинаторно-параноидные расстройства, болезнь Альцгеймера, деменция, критерии диагностики.

### **K. V. Shevchenko-Bitensky**

#### **CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF HALLUCINATOR-PARANOID DISORDERS DURING MIXED GENESIS**

45 patients with mixed dementia (moderate severity), complicated by hallucinatory-paranoid disorders (main group), were examined. As a control group, 36 patients with similar pathology without hallucinatory-paranoid disorders took part in the study. Clinical-psychopathological features of hallucinatory-paranoid disorders in these patients were identified, which can be considered as diagnostic criteria for assessing the clinical-psychopathological structure of hallucinatory-paranoid disorders in this pathology.

**Keywords:** hallucinatory-paranoid disorders, Alzheimer's disease, dementia, diagnostic criteria.

Надійшла 06.09.18

### **Відомості про автора**

*Шевченко-Бітенський Костянтин Валерійович* – старший науковий співробітник Державної установи «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України» (м. Одеса).

Адреса: 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.

Тел.: +38(063)111-36-94.

E-mail: shevchenko.bitensky.k@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>.