

<https://doi.org/10.35339/msz.2019.85.04.13>
УДК 616.895.1-616.895.6

Ю.І. Мисула

*Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України*

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН У КОГНІТИВНІЙ СФЕРІ ХВОРИХ ІЗ ПЕРВИННИМ ЕПІЗОДОМ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ

Проведено дослідження 153 хворих із первинним епізодом біполярного афективного розладу з використанням тесту Рея–Остерріца. Виявлено в них порушення когнітивного функціонування, структура й вираженість яких пов'язані з клінічним варіантом первинного епізоду. При депресивному варіанті спостерігалось рівномірне погіршення показників виконання тесту за всіма векторами оцінювання. При маніакальному варіанті виявлено найнижчі показники щодо повноти, точності, акуратності та старанності при виконанні тесту, нестійкість показників за більшістю векторів оцінювання. У хворих зі змішаним варіантом мали місце поліморфність когнітивних порушень та складні тенденції, пов'язані зі швидкою зміною фаз і наявністю протилежних афективних проявів. Загальними порушеннями, притаманними хворим усіх груп, були спотворення цілісності й симетрії фігури, контамінація елементів фігури та пропуск другорядних деталей. Розбіжності між чоловіками та жінками за структурою і вираженістю когнітивних порушень статистично незначущі.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, первинний епізод, когнітивні порушення.

Вступ

Біполярний афективний розлад (БАР) вважається однією з найбільш складних і актуальних проблем сучасної психіатричної науки і практики. Захворювання на БАР характеризується хронічним перебігом, вираженою коморбідністю, підвищеною залежністю від психоактивних речовин, скороченням тривалості життя хворих, високим рівнем смертності від супутніх соматичних захворювань і нещасних випадків, а також високим рівнем суїцидальної активності пацієнтів [1–4].

Виняткове значення для повноцінного і якісного лікування хворих із БАР має своєчасна діагностика захворювання на ініціальному його етапі. Особливості клінічного перебігу БАР значною мірою визначаються характе-

ристиками його первинного епізоду (ПЕ), причому особливості ПЕ можуть розглядатись як предиктори тяжкості захворювання, функціональних наслідків та відповіді на лікування [5–7]. Водночас особливості ПЕ БАР залишаються недостатньо вивченими, а низька прогностична цінність предикторів потребує вдосконалення інструментів продромальної ідентифікації [8].

Останніми роками особлива увага приділяється дослідженню особливостей когнітивного функціонування за БАР. Когнітивні розлади розглядаються як важлива складова психопатологічних змін за БАР, вони наявні і в маніакальній, і в депресивній фазі, а також у період інтермісії [9–11]. Спектр несприятливих когнітивних змін за БАР включає пору-

© Ю.І. Мисула, 2019

шення формальних характеристик мислення та його змісту, виконавських функцій, уваги та пам'яті [12–15].

Матеріал і методи

На підставі інформованої згоди та з дотриманням принципів біомедичної етики клінічно обстежено 153 хворі (65 чоловіків та 88 жінок) із первинним епізодом БАР, які перебували на лікуванні в Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні в період 2011–2016 років.

Серед обстежених чоловіків і жінок виділено три групи залежно від клінічного варіанта перебігу ПЕ БАР:

- із переважанням депресивної симптоматики (депресивний варіант) – 119 осіб, середній вік – (21,4±6,4) року (медіана 19,0 років, інтерквартильний діапазон 17,0–23,0 роки), середній вік звернення по медичну допомогу – (21,5±6,4) року (19,0 років, 17,0–23,0 роки): 44 чоловіки, середній вік – (20,9±6,3) року (18,0 років, 17,0–23,0 роки), середній вік звернення по медичну допомогу – (21,0±6,2) року (18,0 років, 17,0–23,5 року), та 75 жінок, середній вік – (21,7±6,5) року (19,0 років, 18,0–23,0 роки), середній вік звернення по медичну допомогу – (21,8±6,5) року (19,0 років, 18,0–23,0 роки);

- із переважанням маніакальної або гіпоманіакальної симптоматики (маніакальний варіант) – 23 особи, середній вік – (20,5±7,5) року (18,0 років, 17,0–20,0 років), середній вік звернення по медичну допомогу – (20,6±7,6) року (18,0 років, 17,0–20,0 років): 15 чоловіків, середній вік – (19,2±3,8) року (18,0 років, 17,0–20,0 років), середній вік звернення по медичну допомогу – (19,2±3,8) року (18,0 років, 17,0–20,0 років), та 8 жінок, середній вік – (23,1±11,8) року (19,5 року, 18,5–20,5 року), середній вік звернення по медичну допомогу – (23,1±11,8) року (19,5 року, 18,5–20,5 року);

- з одночасною депресивною та маніакальною симптоматикою або зі швидкою зміною фаз (змішаний варіант) – 11 осіб, середній вік – (21,4±5,4) року (19,0 років, 18,0–26,0 років), середній вік звернення по медичну допомогу – (21,6±5,2) року (19,0 років, 18,0–26,0 років): 6 чоловіків, середній вік – (20,8±6,7) року (18,5 року, 17,0–21,0 рік), середній вік звернення по медичну допомогу – (21,2±6,4) року (18,5 року, 18,0–21,0 рік), та 5 жінок, середній вік – (22,2±4,0) роки (20,0 років, 19,0–26,0 років), середній вік звернення по медичну допомогу – (22,2±4,0) роки (20,0 років, 19,0–26,0 років).

Когнітивні функції вивчали за допомогою тесту Рея–Остеррейца (Rey–Osterreith Complex Figure Test, M.D. Lezak et al., 2004) [15].

Статистичний аналіз розбіжностей проводили за допомогою непараметричних методів: тесту Манна–Уїтні та точного критерію Фішера. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95 % ($p < 0,05$).

Результати досліджень

При депресивному варіанті ПЕ БАР середній показник оцінки наявності частин малюнка при копіюванні становив (2,61±1,19) бала, при негайному згадуванні – (2,23±1,20) бала, при відтермінованому згадуванні – (2,18±1,33) бала; точності відтворення малюнка – відповідно (2,78±0,86), (2,36±1,01) та (2,25±1,16) бала; копіювання – відповідно (2,34±1,09), (2,03±1,10) та (1,94±1,18) бала; фрагментації – відповідно (2,12±0,98), (1,82±1,04) та (1,71±1,09) бала; планування – відповідно (1,95±0,88), (1,82±1,01) та (1,52±1,02) бала; акуратності – відповідно (2,82±1,17), (2,14±1,14) та (2,34±1,34) бала; вертикального розширення – відповідно (3,19±0,68), (2,67±0,78) та (2,80±0,81) бала; горизонтального розширення – відповідно (3,19±0,75), (2,66±0,84) та (2,80±0,87) бала; зменшення – відповідно (2,02±0,78), (1,60±0,76) та (1,62±0,91) бала; ротації – відповідно (2,85±0,99), (2,38±1,03) та (2,45±1,09) бала; старанності – відповідно (2,44±0,95), (1,89±0,82) та (2,03±1,05) бала; конфабуляції – відповідно (3,15±0,85), (2,79±1,02) та (2,76±1,00) бал. Такі характеристики відображають загальне зниження когнітивних функцій унаслідок брадипсихізму, моторної загальмованості та швидкої втомлюваності, притаманних депресивному стану.

У чоловіків і жінок показники є близькими, розбіжності між ними статистично незначущі ($p > 0,05$). У чоловіків середній показник наявності частин малюнка при копіюванні становив (2,59±1,23) бала, при негайному згадуванні – (2,23±1,20) бала, при відтермінованому згадуванні – (2,09±1,27) бала; точності – відповідно (2,80±1,00), (2,43±1,11) та (2,18±1,23) бала; копіювання – відповідно (2,41±1,19), (2,07±1,11) та (1,95±1,20) бала; фрагментації – відповідно (2,18±0,95), (1,93±1,04) та (1,64±1,10) бала; планування – відповідно (2,02±1,00), (1,89±1,10) та (1,55±1,07) бала; акуратності – відповідно (2,77±1,24), (2,07±1,15) та (2,20±1,36) бала; вертикального розширення – відповідно (3,11±

0,78), (2,59±0,84) та (2,64±0,87) бала; горизонтального розширення – відповідно (3,09±0,86), (2,55±0,90) та (2,61±0,89) бала; зменшення – відповідно (2,07±0,90), (1,66±0,83) та (1,59±0,95) бала; ротації – відповідно (2,75±1,06), (2,34±1,06) та (2,27±1,11) бала; старанності – відповідно (2,36±1,04), (1,91±0,86) та (1,91±0,98) бала; конфабуляції – відповідно (3,20±0,85), (2,84±1,03) та (2,73±1,00) бал. У жінок із депресивним варіантом ПЕ БАР середній показник наявності частин малюнка при копіюванні дорівнював (2,63±1,18) бала, при негайному згадуванні – (2,23±1,20) бала, при відтермінованому згадуванні – (2,23±1,36) бала; точності – відповідно (2,77±0,76), (2,32±0,95) та (2,29±1,12) бала; копіювання – відповідно (2,29±1,04), (2,00±1,10) та (1,93±1,18) бала; фрагментації – відповідно (2,08±1,01), (1,75±1,04) та (1,75±1,09) бала; планування – відповідно (1,91±0,81), (1,77±0,95) та (1,51±1,01) бала; акуратності – відповідно (2,84±1,14), (2,19±1,14) та (2,41±1,34) бала; вертикального розширення – відповідно (3,24±0,61), (2,72±0,75) та (2,89±0,76) бала; горизонтального розширення – відповідно (3,25±0,68), (2,73±0,79) та (2,91±0,84) бала; зменшення – відповідно (1,99±0,71), (1,56±0,72) та (1,64±0,90) бала; ротації – відповідно (2,91±0,95), (2,40±1,01) та (2,56±1,07) бала; старанності – відповідно (2,48±0,91), (1,88±0,80) та (2,09±1,09) бала; конфабуляції – відповідно (3,12±0,85), (2,76±1,02) та (2,77±1,01) бала.

Середній показник наявності частин малюнка при копіюванні в усіх хворих із маніакальним варіантом ПЕ БАР становив (2,39±1,31) бала, при негайному згадуванні – (0,87±0,97) бала, при відтермінованому згадуванні – (0,83±0,94) бала; точності – відповідно (0,83±0,83), (2,70±1,29) та (2,65±1,23) бала; копіювання – відповідно (2,91±0,90), (1,61±1,34) та (1,61±1,47) бала; фрагментації – відповідно (1,78±1,31), (1,17±1,11) та (1,17±1,07) бала; планування – відповідно (1,26±1,14), (0,26±0,45) та (0,17±0,39) бала; акуратності – відповідно (0,30±0,47), (1,52±1,38) та (1,35±1,27) бала; вертикального розширення – відповідно (1,52±1,20), (1,13±1,06) та (0,96±0,98) бала; горизонтального розширення – відповідно (1,04±1,11), (2,78±1,35) та (2,70±1,29) бала; зменшення – відповідно (3,17±0,78), (3,00±0,90) та (2,91±1,08) бала; ротації – відповідно (3,17±0,83), (0,74±0,86) та (0,78±0,85) бала; старанності – відпо-

відно (0,61±0,84), (1,35±1,47) та (1,39±1,47) бала; конфабуляції – відповідно (1,65±1,47), (0,65±0,78) та (0,65±0,78) бала. Як і за депресивного варіанта, розбіжності показників чоловіків та жінок статистично незначущі ($p>0,05$). Так, середнє значення показника наявності частин малюнка при копіюванні в чоловіків становило (2,60±1,24) бала, при негайному згадуванні – (1,07±0,88) бала, при відтермінованому згадуванні – (1,00±0,85) бала; точності – відповідно (1,00±0,85), (2,87±1,25) та (2,73±1,16) бала; копіювання – відповідно (2,93±1,03), (1,40±1,40) та (1,33±1,45) бала; фрагментації – відповідно (1,60±1,35), (1,20±1,08) та (1,13±1,06) бала; планування – відповідно (1,20±1,08), (0,20±0,41) та (0,13±0,35) бала; акуратності – відповідно (0,27±0,46), (1,47±1,36) та (1,40±1,35) бала; вертикального розширення – відповідно (1,67±1,23), (1,13±1,06) та (1,07±1,03) бала; горизонтального розширення – відповідно (0,93±1,10), (2,87±1,41) та (2,73±1,33) бала; зменшення – відповідно (3,27±0,80), (3,13±0,92) та (3,00±1,13) бала; ротації – відповідно (3,27±0,88), (0,73±0,80) та (0,73±0,80) бала; старанності – відповідно (0,73±0,88), (1,60±1,45) та (1,60±1,45) бала; конфабуляції – відповідно (1,87±1,41), (0,67±0,82) та (0,67±0,82) бала. Середнє значення показника наявності частин малюнка при копіюванні дорівнювало (2,00±1,41) бала, при негайному згадуванні – (0,50±1,07) бала, при відтермінованому згадуванні – (0,50±1,07) бала; точності – відповідно (0,50±0,76), (2,38±1,41) та (2,50±1,41) бала; копіювання – відповідно (2,88±0,64), (2,00±1,20) та (2,13±1,46) бала; фрагментації – відповідно (2,13±1,25), (1,13±1,25) та (1,25±1,16) бала; планування – відповідно (1,38±1,30), (0,38±0,52) та (0,25±0,46) бала; акуратності – відповідно (0,38±0,52), (1,63±1,51) та (1,25±1,16) бала; вертикального розширення – відповідно (1,25±1,16), (1,13±1,13) та (0,75±0,89) бала; горизонтального розширення – відповідно (1,25±1,16), (2,63±1,30) та (2,63±1,30) бала; зменшення – відповідно (3,00±0,76), (2,75±0,89) та (2,75±1,04) бала; ротації – відповідно (3,00±0,76), (0,75±1,04) та (0,88±0,99) бала; старанності – відповідно (0,38±0,74), (0,88±1,46) та (1,00±1,51) бала; конфабуляції – відповідно (1,25±1,58), (0,63±0,74) та (0,63±0,74) бала.

Середнє значення показника наявності частин малюнка при копіюванні в усіх хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР становило

(3,00±0,89) бала, при негайному згадуванні – (1,64±1,12) бала, при відтермінованому згадуванні – (1,73±1,19) бала; точності – відповідно (2,18±1,25), (2,82±0,98) та (2,82±0,87) бала; копіювання – відповідно (2,45±1,04), (1,55±0,82) та (1,55±0,93) бала; фрагментації – відповідно (2,00±0,45), (1,55±0,82) та (1,64±0,81) бала; планування – відповідно (1,82±0,75), (1,09±0,83) та (1,18±0,87) бала; акуратності – відповідно (2,09±1,30), (2,18±0,98) та (2,18±1,08) бала; вертикального розширення – відповідно (2,45±1,04), (1,82±1,25) та (1,91±1,30) бала; горизонтального розширення – відповідно (2,09±1,38), (2,64±1,12) та (2,64±1,03) бала; зменшення – відповідно (2,55±0,82), (1,91±0,94) та (1,91±1,04) бала; ротації – відповідно (2,82±0,75), (2,00±1,00) та (2,09±1,04) бала; старанності – відповідно (1,64±1,12), (1,64±1,03) та (1,55±0,93) бала; конфабуляції – відповідно (2,45±1,04), (1,82±1,17) та (1,91±1,30) бала. У хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР відмінності показників чоловіків та жінок також статистично незначущі ($p>0,05$). Так, середнє значення показника наявності частин малюнка при копіюванні в чоловіків дорівнювало (3,17±0,75) бала, при негайному згадуванні – (2,00±1,26) бала, при відтермінованому згадуванні – (2,33±1,21) бала; точності – відповідно (2,33±1,21), (2,50±1,05) та (2,67±0,82) бала; копіювання – відповідно (2,17±0,98), (1,17±0,75) та (1,33±1,03) бала; фрагментації – відповідно (1,83±0,41), (1,17±0,75) та (1,50±0,84) бала; планування – відповідно (1,50±0,84), (1,00±0,89) та (1,33±1,03) бала; акуратності – відповідно (2,17±1,33), (2,00±1,10) та (2,17±1,33) бала; вертикального розширення – відповідно (2,33±1,21), (1,67±1,37) та (2,00±1,55) бала; горизонтального розширення – відповідно (2,00±1,55), (2,33±1,37) та (2,50±1,22) бала; зменшення – відповідно (2,50±0,84), (1,50±0,55) та (1,67±0,82) бала; ротації – відповідно (2,50±0,84), (1,83±1,17) та (2,17±1,33) бала; старанності – відповідно (1,17±1,17), (1,17±1,17) та (1,17±1,17) бала; конфабуляції – відповідно (2,50±1,38), (2,00±1,26) та (2,33±1,37) бала. Середнє значення показника наявності частин малюнка при копіюванні в жінок становило (2,80±1,10) бала, при негайному згадуванні – (1,20±0,84) бала, при відтермінованому згадуванні – (1,00±0,71) бала; точності – відповідно (2,00±1,41), (3,20±0,84) та (3,00±1,00) бал; копіювання – відповідно (2,80±1,10), (2,00±0,71) та (1,80±0,84) бала;

фрагментації – відповідно (2,20±0,45), (2,00±0,71) та (1,80±0,84) бала; планування – відповідно (2,20±0,45), (1,20±0,84) та (1,00±0,71) бала; акуратності – відповідно (2,00±1,41), (2,40±0,89) та (2,20±0,84) бала; вертикального розширення – відповідно (2,60±0,89), (2,00±1,22) та (1,80±1,10) бала; горизонтального розширення – відповідно (2,20±1,30), (3,00±0,71) та (2,80±0,84) бала; зменшення – відповідно (2,60±0,89), (2,40±1,14) та (2,20±1,30) бала; ротації – відповідно (3,20±0,45), (2,20±0,84) та (2,00±0,71) бала; старанності – відповідно (2,20±0,84), (2,20±0,45) та (2,00±0,00) бал; конфабуляції – відповідно (2,40±0,55), (1,60±1,14) та (1,40±1,14) бала.

Проаналізовано відмінності між показниками в пацієнтів груп із різними клінічними варіантами ПЕ БАР. Щодо копіювання фігури значущі розбіжності виявлено при порівнянні всіх хворих груп із депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАР за усіма показниками, крім наявності, фрагментації та ротації ($p<0,01$), у пацієнтів із депресивним і змішаним варіантами – за вертикальним і горизонтальним розширенням ($p<0,01$), старанністю ($p<0,05$) та конфабуляцією ($p<0,05$), у хворих із маніакальним і змішаним варіантами – за точністю ($p<0,01$), акуратністю ($p<0,01$), вертикальним і горизонтальним розширенням ($p<0,05$), зменшенням ($p<0,05$) та старанністю ($p<0,05$). У чоловіків значущі розбіжності виявлено при порівнянні груп із депресивним і маніакальним варіантами за всіма показниками, крім наявності, розташування, фрагментації та ротації (за плануванням $p<0,05$, за рештою показників $p<0,01$); при порівнянні груп із депресивним і змішаним варіантами – за вертикальним розширенням ($p<0,05$) і старанністю ($p<0,05$); при порівнянні груп із маніакальним і змішаним варіантами – за точністю ($p<0,05$) і акуратністю ($p<0,01$). У жінок виявлено значущі розбіжності при порівнянні груп із депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАР за всіма показниками, крім наявності, розташування, фрагментації, ротації та планування ($p<0,01$); при порівнянні груп із депресивним і змішаним варіантами – за горизонтальним розташуванням ($p<0,05$); при порівнянні груп із маніакальним і змішаним варіантами – за акуратністю ($p<0,05$), вертикальним розширенням ($p<0,05$) та старанністю ($p<0,01$).

При негайному відтворенні фігури тесту Рея–Остерріца значущі розбіжності виявлено

в усіх хворих при порівнянні груп із депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАР за всіма показниками, крім точності, розташування та горизонтального розширення (за фрагментацією, акуратністю і старанністю $p < 0,05$, за рештою показників $p < 0,01$); при порівнянні груп із депресивним і змішаним варіантами – за плануванням ($p < 0,05$), вертикальним розташуванням ($p < 0,05$) та конфабуляцією ($p < 0,05$); при порівнянні груп із маніакальним і змішаним варіантами – за плануванням ($p < 0,01$), зменшенням ($p < 0,01$), ротацією ($p < 0,01$) та конфабуляцією ($p < 0,01$). У чоловіків значущі розбіжності мали місце при порівнянні груп із депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАР за всіма показниками, крім точності, розташування, горизонтального розширення, акуратності та старанності (для фрагментації $p < 0,05$, для решти показників $p < 0,01$); при порівнянні груп із маніакальним і змішаним варіантами ПЕ БАР – за плануванням ($p < 0,05$), зменшенням ($p < 0,01$), ротацією ($p < 0,05$) та конфабуляцією ($p < 0,05$). У жінок значущі розбіжності виявлено при порівнянні груп із депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАР за наявністю ($p < 0,01$), плануванням ($p < 0,01$), вертикальним розширенням ($p < 0,01$), зменшенням ($p < 0,01$), ротацією ($p < 0,01$), старанністю ($p < 0,01$) та конфабуляцією ($p < 0,01$); при порівнянні груп із депресивним і змішаним варіантами – за конфабуляцією ($p < 0,05$); при порівнянні груп із маніакальним і змішаним варіантами – за ротацією ($p < 0,05$).

При аналізі відмінностей показників у пацієнтів із різними клінічними варіантами ПЕ БАР значущі розбіжності виявлено між усіма хворими груп із депресивним і маніакальним варіантами за наявністю ($p < 0,01$), фрагментацією ($p < 0,05$), плануванням ($p < 0,01$), акуратністю ($p < 0,01$), вертикальним розширенням ($p < 0,01$), зменшенням ($p < 0,01$), ротацією ($p < 0,01$), старанністю ($p < 0,05$) та конфабуляцією ($p < 0,01$); при порівнянні груп із депресивним і змішаним варіантами – за вертикальним розширенням ($p < 0,05$) і конфабуляцією ($p < 0,05$); при порівнянні груп із маніакальним і змішаним варіантами – за наявністю ($p < 0,05$), плануванням ($p < 0,01$), вертикальним розширенням ($p < 0,05$), зменшенням ($p < 0,05$), ротацією ($p < 0,01$) та конфабуляцією ($p < 0,01$). У чоловіків значущі розбіжності спостерігались при порівнянні груп із депресивним і маніакаль-

ним варіантами ПЕ БАР за наявністю ($p < 0,01$), плануванням ($p < 0,01$), вертикальним розширенням ($p < 0,01$), зменшенням ($p < 0,01$), ротацією ($p < 0,01$) та конфабуляцією ($p < 0,01$); при порівнянні груп із маніакальним і змішаним варіантами – за наявністю ($p < 0,05$), плануванням ($p < 0,01$), зменшенням ($p < 0,05$), ротацією ($p < 0,05$) та конфабуляцією ($p < 0,05$). У жінок значущі розбіжності виявлено при порівнянні груп із депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАР за наявністю ($p < 0,01$), плануванням ($p < 0,01$), акуратністю ($p < 0,05$), вертикальним розширенням ($p < 0,01$), зменшенням ($p < 0,01$), ротацією ($p < 0,01$), старанністю ($p < 0,05$) та конфабуляцією ($p < 0,05$); при порівнянні груп із депресивним і змішаним варіантами – за наявністю ($p < 0,05$), вертикальним розширенням ($p < 0,05$) і конфабуляцією ($p < 0,05$).

Порівнявши показники за тестом Рея–Остерріца в чоловіків і жінок із різними клінічними варіантами ПЕ БАР при виконанні першої частини тесту (копіювання) у динаміці спостереження, ми встановили, що для хворих із депресивним варіантом ПЕ БАР характерні найбільш виражені зміни між копіюванням і негайним відтворенням фігури, а також між копіюванням і відтермінованим відтворенням фігури (для всіх показників $p < 0,01$), тоді як значущі розбіжності при порівнянні показників негайного й відтермінованого відтворення фігури мали місце лише для планування (у всіх хворих $p < 0,01$, у чоловіків $p < 0,05$ та в жінок $p < 0,05$) і для фрагментації (у чоловіків $p < 0,05$).

При маніакальному варіанті ПЕ БАР розбіжності виражені суттєво менше: вони є значущими при порівнянні показників при копіюванні й негайному відтворенні та при копіюванні й відтермінованому відтворенні – для всіх хворих за наявністю ($p < 0,01$), точністю ($p < 0,01$), розташуванням ($p < 0,01$), фрагментацією ($p < 0,05$), плануванням ($p < 0,01$), акуратністю ($p < 0,05$), горизонтальним розширенням ($p < 0,01$), ротацією ($p < 0,01$) та конфабуляцією ($p < 0,01$); для чоловіків – за наявністю ($p < 0,01$), точністю ($p < 0,01$), розташуванням ($p < 0,01$), плануванням ($p < 0,05$), горизонтальним розширенням ($p < 0,01$), ротацією ($p < 0,01$) та конфабуляцією ($p < 0,01$); для жінок – за наявністю ($p < 0,05$) і ротацією ($p < 0,05$).

Найменш виражені відмінності показників за тестом Рея–Остерріца в динаміці при змішаному варіанті ПЕ БАР: виявлено лише зна-

чущі розбіжності наявності елементів фігури, розташування та ротації для всіх хворих при порівнянні показників при копіюванні й негайному відтворенні ($p < 0,05$), а також планування й конфабуляції для всіх хворих при порівнянні показників при копіюванні й негайному відтворенні ($p < 0,05$).

У хворих із депресивним варіантом ПЕ БАР у структурі порушень переважали спотворення цілісності фігури (у 82,4 % хворих, у 79,5 % чоловіків і 84,0 % жінок, $p > 0,05$), спотворення симетрії фігури (відповідно у 84,0; 79,5 та 86,7 %, $p > 0,05$), пропуск деталей фігури (відповідно у 79,8; 77,3 та 81,3 %, $p > 0,05$), дублювання й персеверація елементів фігури (відповідно у 76,5; 70,5 та 80,0 %, $p > 0,05$), трохи рідше спостерігалась контамінація елементів фігури (відповідно у 62,2; 59,1 та 64,0 %, $p > 0,05$) і найрідше – додавання зайвих деталей (відповідно у 21,0; 20,5 та 21,3 %, $p > 0,05$).

У хворих із маніакальним варіантом ПЕ БАР найбільш поширеними помилками були пропуск деталей фігури (у 91,3 % хворих, 93,3 % чоловіків та 87,5 % жінок, $p > 0,05$), спотворення цілісності фігури (відповідно у 82,6; 86,7 та 75,0 %, $p > 0,05$), спотворення симетрії фігури (відповідно у 78,3; 80,0 та 75,0 %, $p > 0,05$), додавання зайвих деталей (56,5; 60,0 та 50,0 %, $p > 0,05$), контамінація елементів фігури (відповідно у 52,2; 53,3 та 50,0 %, $p > 0,05$), а найменш поширеними – дублювання й персеверація елементів фігури (відповідно у 39,1; 40,0 та 37,5 %, $p > 0,05$).

У хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР структура порушень трохи відрізнялась від такої за інших варіантів: найчастіше виявлялись спотворення цілісності фігури і пропуск деталей фігури (у 81,8 % усіх хворих, 83,3 % чоловіків та 80,0 % жінок, $p > 0,05$), спотворення симетрії фігури (відповідно у 72,7; 66,7 та 80,0 %, $p > 0,05$), рідше були наявні дублювання й персеверація елементів фігури (відповідно у 63,6; 66,7 та 60,0 %, $p > 0,05$), а найрідше – контамінація елементів фігури (відповідно у 54,5; 50,0 та 60,0 %, $p > 0,05$) і додавання зайвих деталей (відповідно у 45,5; 50,0 та 40,0 %, $p > 0,05$).

Значущі розбіжності виявлено при порівнянні груп хворих із депресивним і маніакальним варіантами ПЕ БАР за дублюванням і персеверацією елементів фігури – для всіх хворих ($p < 0,01$), чоловіків ($p < 0,05$) та жінок ($p < 0,01$); за додаванням зайвих деталей – для всіх хворих ($p < 0,01$), чоловіків ($p < 0,01$) та жінок

($p < 0,05$), а також при порівнянні груп хворих із депресивним і змішаним варіантами ПЕ БАР – за додаванням зайвих деталей – у всіх хворих ($p < 0,05$).

Обговорення результатів досліджень

У хворих із депресивним варіантом ПЕ БАР виявлено приблизно рівномірне погіршення показників виконання тесту за всіма векторами оцінювання, при цьому при відтворенні (негайному й відтермінованому) спостерігалось синхронне погіршення показників, причому ступінь погіршення характеристик між копіюванням і негайним відтворенням є більшим, аніж між негайним і відтермінованим відтворенням.

При маніакальному варіанті ПЕ БАР показники виконання тесту Рея–Остерріца суттєво відрізняються від таких при депресивному варіанті. Хворі з маніакальним варіантом продемонстрували найнижчі показники наявності окремих елементів фігури, точності, акуратності та старанності. При цьому показники за більшістю векторів оцінювання є нестійкими, змінюючись при негайному й відтермінованому відтворенні без певної систематичності. Такі особливості свідчать про вплив на когнітивні функції маніакального стану з притаманними йому прискоренням швидкості мислення, його хаотичністю, нестійкістю уваги, труднощами зосередження та нездатністю до продуктивної діяльності.

У хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР показники за тестом Рея–Остерріца відображають складні суперечливі тенденції змін в афективній сфері, пов'язані зі швидкою зміною фаз і наявністю одночасно протилежних афективних проявів. Кількісні значення показників у хворих цієї групи займають проміжне положення між показниками хворих із депресивним та маніакальним варіантами.

У цілому, проаналізувавши виконання хворими з ПЕ БАР тесту Рея–Остерріца, ми змогли виявити численні порушеннями. Загальними порушеннями, притаманними хворим усіх груп, були спотворення цілісності й симетрії фігури, контамінація елементів фігури та пропуск другорядних деталей фігури.

Висновки

У хворих із первинним епізодом біполярного афективного розладу при всіх клінічних варіантах: депресивному, маніакальному та змішаному – спостерігаються когнітивні порушення. При депресивному варіанті виявлено

рівномірне зниження когнітивних функцій за всіма векторами оцінювання, при маніакальному – переважання дисфункцій уваги та порушень мислення, а при змішаному – суперечливі тенденції й поліморфність когнітивних порушень.

Перспективність подальших досліджень

За одержаними даними, системні порушення когнітивного функціонування можна виявити на ранніх етапах розвитку біполярного

афективного розладу, що дає можливість раннього терапевтичного втручання, зменшення ризику тяжких наслідків, запобігання порушенням психічного і соціального функціонування хворих. Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою на підставі одержаних даних комплексних програм лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів за біполярного афективного розладу.

Список літератури

1. Crump C., Sundquist K., Winkleby M.A., Sundquist J. (2013). Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*, vol. 70 (9), pp. 931–939, DOI 10.1001/jamapsychiatry.2013.1394.
2. Forty L., Ulanova A., Jones L., Jones I., Gordon-Smith K., Fraser C. et al. (2014). Comorbid medical illness in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, vol. 205, pp. 465–472, DOI 10.1192/bjp.bp.114.152249.
3. Hayes J.F., Miles J., Walters K., King M., Osborn D.P.J (2015). A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 131, pp. 417–425, PMID 24939858, DOI 10.1111/acps.12408.
4. Sam S.P., Nisha A., Varghese P.J. (2019). Stressful life events and relapse in bipolar affective disorder: a cross-sectional study from a tertiary care center of Southern India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, vol. 41 (1), pp. 61–67.
5. Baldessarini R.J., Tondo L., Visioli C. (2014). First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 129, pp. 383–392, DOI <https://doi.org/10.1111/acps.12204>.
6. Faedda G.L., Serra G., Marangoni C., Salvatore P., Sani G., Vazquez G.H. et al. (2014). Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, vol. 168, pp. 314–321, DOI 10.1016/j.jad.2014.07.013.
7. Salvatore P., Baldessarini R.J., Khalsa H.M., Vazquez G., Perez J., Faedda G.L. et al. (2014). Antecedents of manic versus other first psychotic episodes in 263 bipolar I disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 129, pp. 275–285, DOI 10.1111/acps.12170.
8. Rowland T.A., Marwaha S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, vol. 8 (9), pp. 251–269, DOI 10.1177/2045125318769235.
9. Zhu Y., Womer F.Y., Leng H., Chang M., Yin Zh., Wei Y. et al. (2019). The relationship between cognitive dysfunction and symptom dimensions across schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder. *Front Psychiatry*, vol. 10, pp. 253, DOI 10.3389/fpsy.2019.00253.
10. Sole B., Jimenez E., Torrent C., Reinares M., del Mar Bonnin C., Torres I. et al. (2017). Cognitive impairment in bipolar disorder: treatment and prevention strategies. *Int. J. Neuropsychopharmacol.*, vol. 20 (8), pp. 670–680, DOI 10.1093/ijnp/pyx032.
11. Lima I.M.M., Peckham A.D., Johnson S.L. (2015). Cognitive deficits in bipolar disorders: Implications for emotion. *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 59, pp. 126–136, DOI 10.1016/j.cpr.2017.11.006.
12. Chakrabarty T., Alamian G., Kozicky J.M., Torres I.J., Yatham L.N. (2018). Cognitive functioning in first episode bipolar I disorder patients with and without history of psychosis. *Journal of Affective Disorders*, vol. 227, pp. 109–116, DOI <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.003>.
13. Sanches M., Bauer I.E., Galvez J.F., Zunta-Soares G.B., Soares J.C. (2015). The management of cognitive impairment in bipolar disorder: current status and perspectives. *Am. J. Ther.*, vol. 22 (6), pp. 477–486, DOI 10.1097/MJT.0000000000000120.
14. Murri B.M., Respino M., Proietti L., Bugliani M., Pereira B., D'Amico E. et al. (2019). Cognitive impairment in late life bipolar disorder: Risk factors and clinical outcomes. *Journal of Affective Disorders*, vol. 257, pp. 166–172.
15. Lezak M.D. (1995). *Neuropsychological assessment*. (3d ed.). New York: Oxford University Press, 426 p.

Ю.И. Мисула

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ В КОГНИТИВНОЙ СФЕРЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ЭПИЗОДОМ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Проведено исследование 153 больных с первичным эпизодом биполярного аффективного расстройства с использованием теста Рея–Остеррица. Выявлены у них нарушения когнитивного функционирования, структура и выраженность которых связаны с клиническим вариантом первичного эпизода. При депрессивном варианте наблюдалось равномерное ухудшение показателей выполнения теста по всем векторам оценки. При маниакальном варианте выявлены низкие показатели полноты, точности, аккуратности и тщательности при выполнении теста, неустойчивость показателей по большинству векторов оценки. У больных со смешанным вариантом имели место полиморфность когнитивных нарушений и сложные тенденции, связанные с быстрой сменой фаз и наличием противоположных аффективных проявлений. Общими нарушениями, характерными для больных всех групп, были искажения целостности и симметрии фигуры, контаминация элементов фигуры и пропуск второстепенных деталей. Расхождения между мужчинами и женщинами по структуре и выраженности когнитивных нарушений статистически незначимы.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, первичный эпизод, когнитивные нарушения.

Yu.I. Mysula

FEATURES OF CHANGES IN THE COGNITIVE SPHERE OF PATIENTS WITH A PRIMARY EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

153 patients with primary episode of bipolar affective disorder were divided to three groups: with prevalence of depressive symptomatology (44 men and 75 women), with prevalence of manic symptoms (15 men and 8 women) and with simultaneous presence of depressive and manic symptomatology or with rapid or severe manic symptoms (6 men and 5 women) and were examined using the Rey–Osterrieth test. It was found that they had impaired cognitive functioning whose structure and severity were related to the clinical type of the primary episode. In patients with depressive variant revealed approximately equal deterioration of test performance across all assessment vectors, while reproduction (immediate and delayed) observed synchronous deterioration of indicators, with the degree of deterioration of characteristics between copying and immediate and retarded reproduction. In the manic variant the performance of test is significantly different from the depressive variant. Patients with a manic variant showed the lowest indicators in the presence of individual elements of the figure, accuracy and diligence. At the same time, indicators for most estimation vectors are unstable, varying with immediate and delayed reproduction without some systematicity. Such features reflect on the cognitive functions of the maniac state with its acceleration of the speed of thinking, its chaos, instability of attention, difficulties of concentration and inability to productive activity. In patients with mixed episode, the Rey–Osterrieth test scores reflect complex contradictory tendencies of changes in the affective area, related to the rapid phase change and the presence of opposite affective manifestations. Quantitative values of indicators in patients of this group has an intermediate position between indicators of patients with depressive and manic variants. Common disorders inherent in patients of all groups were distortion of the integrity and symmetry of the figure, contamination of the elements of the figure and the omission of minor details. The differences in the structure and severity of cognitive impairment between men and women are not statistically significant.

Keywords: bipolar affective disorder, primary episode, cognitive impairment.

Надійшла 05.11.19

Відомості про автора

Мисула Юрій Ігорович – кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України.

Адреса: 46001, м. Тернопіль, вул. Майдан Волі, 1, Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського.

Тел.: +38(098)243-99-01.

E-mail: yuramysula@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>.