



International Science Group

ISG-KONF.COM

X
**INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
"MODERN METHODS OF APPLYING SCIENTIFIC
THEORIES"**

**Lisbon, Portugal
March 14 - 17, 2023**

ISBN 979-8-88896-520-7

DOI 10.46299/ISG.2023.1.10

MODERN METHODS OF APPLYING SCIENTIFIC THEORIES

Proceedings of the X International Scientific and Practical Conference

Lisbon, Portugal
March 14 – 17, 2023

UDC 01.1

The 10th International scientific and practical conference “Modern methods of applying scientific theories” (March 14 – 17, 2023) Lisbon, Portugal. International Science Group. 2023. 481 p.

ISBN – 979-8-88896-520-7

DOI – 10.46299/ISG.2023.1.10

EDITORIAL BOARD

<u>Pluzhnik Elena</u>	Professor of the Department of Criminal Law and Criminology Odessa State University of Internal Affairs Candidate of Law, Associate Professor
<u>Liudmyla Polyvana</u>	Department of Accounting and Auditing Kharkiv National Technical University of Agriculture named after Petr Vasilenko, Ukraine
<u>Mushenyk Iryna</u>	Candidate of Economic Sciences, Associate Professor of Mathematical Disciplines, Informatics and Modeling. Podolsk State Agrarian Technical University
<u>Prudka Liudmyla</u>	Odessa State University of Internal Affairs, Associate Professor of Criminology and Psychology Department
<u>Marchenko Dmytro</u>	PhD, Associate Professor, Lecturer, Deputy Dean on Academic Affairs Faculty of Engineering and Energy
<u>Harchenko Roman</u>	Candidate of Technical Sciences, specialty 05.22.20 - operation and repair of vehicles.
<u>Belei Svitlana</u>	Ph.D., Associate Professor, Department of Economics and Security of Enterprise
<u>Lidiya Parashchuk</u>	PhD in specialty 05.17.11 "Technology of refractory non-metallic materials"
<u>Levon Mariia</u>	Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Scientific direction - morphology of the human digestive system
<u>Hubal Halyna Mykolaivna</u>	Ph.D. in Physical and Mathematical Sciences, Associate Professor

ВЗАЄМОВПЛИВ КОГНІТИВНИХ ТА ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП, ЩО ЗВЕРНУЛИСЬ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ЧЕРЕЗ ЗНИЖЕННЯ ІНТЕЛЕКТУ

Римша Софія Віталіївна,
доктор медичних наук, професор,
завідуюча кафедри психіатрії, наркології та психотерапії
Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова
м. Вінниця, Україна

Лук'янович Ігор Леонідович,
асистент кафедри психіатрії, наркології та психотерапії
Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова
м. Вінниця, Україна

Король Вікторія Анатоліївна,
аспірант кафедри психіатрії, наркології та психотерапії
Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова
м. Вінниця, Україна

Давидюк Вікторія Олегівна,
студентка 5 курсу
Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова
м. Вінниця, Україна

Вступ: Деменція та депресія належать до найчастіших причини порушення когнітивних функцій [1, 2]. Найчастішою причиною суб'єктивних скарг на порушення пам'яті, після деменції, є депресія [3]. Частота виникнення депресивних розладів досягає 5–30% серед даної популяції [3] і частота виникнення деменції досягає 10%, що породжує значні труднощі у відмежуванні депресії та деменції. По даним метааналіза, розповсюдженість клінічно вираженої депресії серед пацієнтів цієї візкової категорії складає 13,5% (Beekman et al., 1999). В дослідженні Кенделла (1974) вказувалось, що в понад 8% випадків, які маніфестувались, як депресивні розлади, в основі лежала деменція [4]. За здійсненим Редінгом [5] аналізом розпізнавання випадків деменції, у 14% пацієнтів, яких трактували як дементних осіб, виступали депресивні розлади. Депресія та деменція можуть бути також окремими розладами, що виступають незалежно [3]. Фейнберг (1984) виділив чотири типи зв'язку між депресією та деменцією: 1) депресія, клінічні прояви якої нагадують деменцію (найбільш близька до псевдодеменції); 2) депресія з вторинним зниженням когнітивних функцій, які зменшуються в міру лікування депресивного розладу; 3) деменція клінічно розпізнана, як депресія; 4) деменція

з вторинно виступаючою депресією [6]. Берріос [7], що займався питанням зв'язку між депресією та деменцією, вивів слюдуючі заключення: 1) результати тестування когнітивних функцій у хворих на депресію знижені і залежать від рівня порушення уваги, нестачі мотивації до виконання завдань чи психопатологічних проявів (рівню тривоги чи іпохондрії), а не від розладів когнітивних функцій; 2) когнітивні розлади є частиною депресії і проходять в стані ремісії, що вказує на безпосередній зв'язок між когнітивними порушеннями та механізмами депресії; 3) депресивні розлади є ранніми проявами деменції (зменшення депресивних проявів не приносить поліпшення когнітивних функцій).

Зв'язок між деменцією та депресією був помічений давно. Скарги на погіршення когнітивних функцій є маскою багатьох хворобливих процесів. За оцінкою наявності симптомів депресії у осіб з когнітивними порушеннями, використання суб'єктивних шкал (шкала самооцінки депресії Цунга чи опитувальник Бека) вкрай утруднено через неможливість адекватної інтерпретації отриманих результатів.

Симптоми депресії, що погіршуються з часом, у людей похилого віку можуть бути ознаками початку розвитку деменції, заявляють вчені з Голландії.

Вони дійшли висновку, що депресія, що поглиблюється, може бути ознакою появи перших симптомів деменції, або старечого недоумства.

Результати дослідження опубліковані у журналі *Lancet Psychiatry* вказують, що симптоми депресії, які погіршуються з часом, вказують на можливість розвитку деменції в пізнішому віці. [8].

Психічні розлади мали більший вплив на якість життя порівняно з хронічними соматичними захворюваннями, причому афективні розлади і розлади адаптації значно погіршували загальне функціонування пацієнтів похилого віку [9].

Мета: Вивчити особливості взаємовпливу когнітивних та емоційних порушень у хворих різних вікових груп.

Матеріали та методи: За методиками MMSE (Mini-Mental State Examination) та Глобальної Шкали Детеріорації (GDS, Global Deterioration Scale) оглянуто 78 осіб, що звернулись за медичною допомогою через наявність когнітивних порушень.

Результати: Середній вік досліджуваних склав $63,17 \pm 13,78$ років. Найбільш представлену частину, 25% досліджуваних, складали особи в віці $80 \pm 10\%$ років. Групи досліджуваних розділились за віком на 5 груп: до 50 років включаючи 50, та аналогічно до 60 років, до 70 років, до 80 років, до 90 років та більше. За результатами обстеження, у осіб, що звернулись за медичною допомогою, 30-90 років, спостерігаються інтелектуально-мнестичні порушення, які тісно поєднуються з емоційними порушеннями і формують психоорганічний та дементний синдроми.

Пятидесятилітні склали групу з 13 осіб з бальним середнім вираженням MMSE $19,15 \pm 5,063$ з модою в 19 балів та коливаннями значень в межах 8-29 балів, $p < 0,05$. Порушення пам'яті, в групі 50 літніх розподілились на легкий когнітивний розлад- 1 випадок (1,28%), легка деменція-4 (5,12%), 6 випадків помірна деменція (7,69%). Важка деменція складала 1 випадок (1,28%).

Група 60 літніх складала 21 особу з бальним середнім вираженням MMSE $18,52 \pm 3,53$ з модою в 19 балів та коливаннями значень в межах 9-24 бала, $p < 0,05$. Порушення пам'яті, в групі 60 літніх розподілились на легкий когнітивний розлад- 3 випадки (3,79%), легка деменція-2 (2,56%), 15 випадків помірна деменція (18,98%). Важка деменція складала 1 випадок (1,28%).

Група 70 літніх складала 21 особу з бальним середнім вираженням MMSE $16,52 \pm 3,1$ з модою в 18 балів та коливаннями значень в межах 8-21 бала, $p < 0,05$. Порушення пам'яті, в групі 70 літніх розподілились на: легка деменція-2 (2,56%), 18 випадків помірна деменція (23,07%). Важка деменція складала 1 випадок (1,28%).

Група 80 літніх складала 15 осіб з бальним середнім вираженням MMSE $15 \pm 4,75$ з модою в 17 балів та коливаннями значень в межах 3-20 бала, $p < 0,05$. Порушення пам'яті, в групі 80 літніх розподілились на: легкий когнітивний розлад- 1 випадок (1,28%), легка деменція-1 (1,28%), 12 випадків помірна деменція (15,18%). Важка деменція складала 2 випадки (2,56%).

Група 90 літніх складала 8 осіб з бальним середнім вираженням MMSE $14,12 \pm 4,32$ та коливаннями значень в межах 8-22 бала, $p < 0,05$. Порушення пам'яті, в групі 90 літніх розподілились на: легка деменція-1 (1,28%), 6 випадків помірна деменція (7,69%). Важка деменція складала 1 випадок (1,28%).

На тлі урбанізації, більше 80% досліджуваних надає перевагу та відмічає у себе зменшення рухової діяльності та потребу в ній, що тісно пов'язують з зниженням пам'яті та наявними ознаками депресії. На депресивні явища вказує як рухове зниження, так і втрата інтересу до життя, сум, відчуття безпорадності, нікчемності. Взаємопоеднаність розладів депресивних розладів з когнітивними розладами тільки підкреслює формування злоякісного кола, що поглиблює проблему та ускладнює і діагностичні заходи, і терапевтичні втручання.

Тісний взаємовплив когнітивних та афективних порушень потребує докладного вивчення стану пацієнта, з визначенням первинного симптомокомплексу, що провокує прояви і маскує когнітивні порушення під депресивні та навпаки.

Таблиця середніх бальних значень за методикою MMSE

Вік/значення	50	60	70	80	90
Середнє значення	19,15	18,52	16,52	15	14,12
Мода	19	19	18	17	-
Стандартне відхилення	5,06	3,35	3,10	4,75	4,32
Кількість	13	21	21	15	8
Найбільше	29	24	21	20	22
Найменше	8	9	8	3	8
Рівень надійності	p>0,0 5	p>0,0 5	p<0,0 5	p>0,0 5	p<0,0 5

Таблиця вираженості когнітивних порушень в залежності від віку.

Порушення/вік	50	60	70	80	90
Легкий когнітивний розлад	1	3	0	1	0
Легка деменція	4	2	2	1	1
Помірна	6	15	18	12	6
Важка деменція	1	1	1	2	1
Всього	12	21	21	16	8
%	15,3	26,9	26,9	20,5	10,25

64 досліджуваних (82,5%) вказують, що мають проблеми з пам'яттю порівняно з іншими людьми, 62 досліджуваних (82,5%) перестали займатися багатьма видами звичної діяльності та втратили до неї інтерес, 63 (80,77%) надає перевагу залишатись вдома, ніж займатись новими справами.

43 досліджуваних вказують (56,13%), що не відчувають радості життя, 42 досліджуваних (52,56%) вказує, що часто сумує, 41 (52,46%) відчувають втрату енергії. 38 досліджуваних (50%) відчуває себе, більшість часу, нещасливими, а 37 (47,44%) часто відчуває себе безпорадними.

38 досліджуваних(48,2%) вважає своє становище менш вигідним, ніж більшості людей, 32 досліджуваних (40,03%) відчуває, що їх життя порожнє, 31 досліджуваний (39,78%) вказують, що не задоволені своїм життям.

31 досліджуваний (39,74%) вказує на відсутність настрою, 32 (41,7%) очікують, що станеться щось погане, 25 досліджуваних (32,05%) вказують, що почувають себе нікчемними, 16 досліджуваних(20,51%) вважає своє становище безнадійним.

Звертання за медичною допомогою відмічаються з 32 років, найчастіший вік звертання 63 роки. Майже 57% всіх звернень припадає на вік 53-73 роки.

Вік (Мода)	42,46	56,33	64,61	77	85,12
Випадки	13	21	21	15	8
%	16,67%	26,92%	26,92%	19,23%	10,26%

Висновок:

Досить раннє звертання, за медичною допомогою через когнітивні та депресивні порушення, формують особи (15%), які починають звертатись з проблемами ще в 32 роки, формуючи стійку групу в 42 роки. Саме тому профілактичні заходи мають починатись рано, адже 16,62 % когнітивних порушень, що поєднуються з афективними, фіксуються при середньому віці 42,5 роки.

Звертання за медичною допомогою, незалежно від віку, спричиняла помірна деменція (73,08%), що супроводжувалась інтелектуальними, мнестичними та емоційними порушеннями.

Високий відсоток грубих інтелектуальних порушень вказує на низьку вчасну виявленість порушень та низьку ефективність лікування, саме через маскування і охоплює вікову групу ще працездатного населення, що складає 42,2 % від всіх звертань.

Заходи мають включати психологічні, фізичні та фармакологічні втручання, що попереджають когнітивні, афективні та поведінкові порушення, не залежно від віку та вираженості цих психічних порушень.

Список літератури:

1. Burvill P.W., Hall W.D., Stampfer H.G., Emmerson J.P.: The prognosis of depression in old age. Brit. J. Psych. 1991, 158, 64–71.
Muller-Spahn F., Hock C.: Clinical presentation of depression in elderly. Gerontology 1994, 40, 10–14.
2. Bilikiewicz A., Barcikowska M., Kądziaława D., Kotapka-Minc S., Leszek J.,
3. Mossakowski M. i wsp.: Stanowisko grupy ekspertów w sprawie zasad diagnozowania i leczenia otępienia w Polsce (IGERO). Rocznik Psychogeriatryczny 1999, 1/II, 105–151.

4. Bidzan L.: Różnicowanie pomiędzy zespołem depresyjnym a otępiennym. Psychiatr. Pol. 1987, 6, 525–532.
5. Reding M., Haycox J., Blass J.: Depression in patients referred to a dementia clinic: a three -year prospective study. Arch. Neurol. 1985, 42, 894–896.
6. Feinberg T., Goodman B.: Affective illness, dementia and pseudodementia. J. Clin. Psychiatry 1984, 45, 99–103.
7. Berrios G.E.: "Depressive pseudodementia" or "Melancholic dementia": a 19th century view. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1985, 48, 393–400.
8. https://www.bbc.com/science/2016/04/160430_depression_and_dementia_risk
9. А.Е. Дубенко, В.И. Коростий, «Депрессия и деменция: коморбидность, дифференциальная диагностика и тактика ведения пациентов» .Невроnews 2-1, 2014 , 22-27
10. О. Левада: «Эмоциональная реактивность и регулирование – это ключ к пониманию положительных аффективных изменений в пожилом возрасте» Невроnews 2-1, 2016 , 4-7
11. Сухарева Л. : «Людині похилого віку важливо знати, що вона не є тягарем для оточення» Невроnews 1, 2017 , 6-9
12. О.С. Чабан, О.О. Хаустова, «Психосоматична коморбідність і якість життя у пацієнтів похилого віку» Невроnews2-1, 2016, 8-12