

УДК 616.89-008.454:616.89-008.441.44]-053-055:316.343/.346

*І. Г. Мудренко*

## РОЛЬ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ТА КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ЧИННИКІВ У ФОРМУВАННІ СУІЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЇ

*І. Г. Мудренко*

Роль социально-демографических и клинико-анамнестических факторов в формировании суицидального поведения у больных с деменцией

*I. H. Mudrenko*

### The role of socio-demographic and clinical anamnestic factors in the formation of suicidal behavior in patients with dementia

Метою дослідження є визначення клініко-анамнестичних та соціально-демографічних предикторів суїцидальної поведінки (СП) у хворих з різними клінічними варіантами деменцій. Обстежено 213 пацієнтів клініко-анамнестичним методом, з них 75 — з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера, 50 — з судинною, та 60 — зі змішаним типом. Хворі за чинником наявності ознак СП (намірів, спроб, думок, висловлювань) були поділені на основну та контрольну групи.

До соціально-демографічних предикторів СП при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера належать: чоловіча стать; низький рівень освіти; самотність, відсутність шлюбу протягом життя. При судинній деменції: чоловіча стать; вік 78—88 років; самотність, відсутність шлюбу протягом життя. При деменції змішаного типу: старечий вік 78—88 років. До факторів антиризку суїциду при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера відносять: жіночу стать; вищу освіту; перебування в шлюбі. При судинній деменції: перебування з чоловіком/дружиною в шлюбі та сумісне проживання. При деменції змішаного типу: вік —40—55 років та 67—77 років.

Нами визначені клініко-анамнестичні фактори ризику суїциду у хворих з різними клінічними формами деменцій. При деменції внаслідок хвороби Альцгеймера: гетерогенність супутньої соматичної патології у формі цукрового діабету, хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ), деформуючий остеоартроз; травматичні події (черепно-мозкова травма (ЧМТ) та переломи кісток тулуба та кінцівок) та хронічна алкогольна інтоксикація в анамнезі; суїцидальні спроби в минулому; суїцидальна історія та алкоголізм в родині. При судинній деменції: поєднання з кардіальною патологією; травматичні події протягом життя: ЧМТ, оперативні втручання, суїцидальні спроби. При змішаній деменції: поєднання з цукровим діабетом; дія травматичних впливів (ЧМТ, суїцидальні спроби) протягом життя; гостре порушення мозкового кровообігу по геморагічному типу в анамнезі; спадкова обтяженість когнітивними порушеннями.

**Ключові слова:** суїцидальна поведінка, хвороба Альцгеймера, судинна деменція, змішана деменція, клініко-анамнестичні предиктори, соціально-демографічні предиктори

Цель исследования — определить клинико-анамнестические и социально-демографические предикторы суицидального поведения у пациентов с различными типами деменции. Обследовано 213 пациентов с помощью клинико-анамнестического метода, 75 из них с деменцией вследствие болезни Альцгеймера, 50 — с сосудистой деменцией, 60 — со смешанной деменцией. По признаку наличия или отсутствия симптомов суицидального поведения (намерения, попытки, мысли, высказывания) все пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную.

Социально-демографические предикторы суицидального риска при деменции вследствие болезни Альцгеймера включают: мужской пол; низкий уровень образования; одиночество, отсутствие брака на протяжении всей жизни. При сосудистой деменции: мужской пол; возраст 78—88 лет; одиночество, отсутствие брака на протяжении всей жизни. При деменции смешанного типа: возраст 78—88 лет. К факторам антириска при деменции вследствие болезни Альцгеймера: женский пол; высшее образование; пребывание в браке. При сосудистой деменции: пребывание в браке и совместное проживание с супругом. При смешанной деменции: возраст 40—55 лет и 67—77 лет.

В процессе исследования были определены клинико-анамнестические факторы суицидального риска у пациентов с различными типами деменции: при деменции, вызванной болезнью Альцгеймера: гетерогенность сопутствующих соматических расстройств в виде диабета, хронических обструктивных заболеваний легких, деформирующего остеоартроза; травматические события (черепно-мозговые травмы, переломы костей туловища и конечностей) и хронический алкоголизм в анамнезе; суицидальные попытки в прошлом; суицидальная история и алкоголизм в семье. При сосудистой деменции: сопутствующая цереброваскулярная патология; травматические события на протяжении всей жизни: черепно-мозговые травмы; хирургические вмешательства; суицидальные попытки. При смешанной деменции: сопутствующий сахарный диабет; травматические события (черепно-мозговые травмы, суицидальные попытки) на протяжении всей жизни; острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе; наследственная обтяженность когнитивными расстройствами.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, смешанная деменция, клинико-анамнестические предикторы, социально-демографические предикторы

The objective of the research is to define the clinico-anamnestic and socio-demographic predictors of suicidal behavior in patients with different types of dementia.

A total of 213 patients were examined with the help of the clinico-anamnestic method, 75 of them had the dementia caused by Alzheimer's disease, 50 patients had vascular dementia and 60 patients suffered from mixed dementia. According to the presence of suicidal behavior symptoms (intentions, attempts, thoughts, utterances) all the patients were divided into two groups: the main and the control one.

The socio-demographic predictors of suicidal risk in dementia caused by Alzheimer's disease include: male sex; low level of education; loneliness, lack of marriage throughout life. In vascular dementia: male sex; age 78—88 years; loneliness, lack of marriage throughout life. In dementia of mixed type: the aged age of 78—88 years. The factors of suicide anti-risk in dementia caused by Alzheimer's disease: female sex; higher education; stay in marriage. In vascular dementia: stay with a spouse in marriage and joint residence. In mixed dementia: younger age 40—55 years old and 67—77 years.

In the process of the research the clinico-anamnestic factors of suicidal risk in patients with different types of dementia were defined: In dementia caused by Alzheimer's disease: heterogeneity of the coexistent somatic disorders in the form of the diabetes, COPD, osteoarthritis deforming; traumatic events (craniocerebral traumas, fractures of the body and limb bones) and chronic alcoholism within the medical history; suicidal attempts in the past; suicidal history and alcoholism in the family. In vascular dementia: coexistence with cardiac disorders; traumatic events throughout life: craniocerebral traumas; surgery; suicidal attempts. In mixed dementia: coexistence with diabetes; traumatic events (craniocerebral traumas, suicidal attempts) throughout life; acute cerebrovascular haemorrhagic disorders within the medical history; hereditary cognitive disorders load.

**Key words:** suicidal behavior, Alzheimer's disease, vascular dementia, mixed dementia, clinical anamnestic predictors, socio-demographic predictors

Суїцидальна поведінка (СП) є головною проблемою психіатричної спільноти. Люди похилого віку піддають-

© Мудренко І. Г., 2018

ся низці негативних впливів, що сприяють формуванню СП. Передусім, це втрата соціального статусу у зв'язку з виходом на пенсію, втрата подружжя, певні соціальні

та фізичні обмеження, приєднання соматичних хвороб. Відомо про значущу роль родини у формуванні та підтримці психологічного здоров'я людини, вона зазвичай виступає в ролі антисуїцидального чинника [1]. Втрата подружжя в похилому віці на тлі когнітивних розладів є психотравмуючим чинником, що провокує виникнення суїцидальних проявів. Окрім того, послаблення ментального контролю у хворих на деменції, внаслідок інтелектуально-мнестичної неспроможності, є підґрунтям для формування СП у цієї категорії хворих. Відповідно до інтегративної моделі, до ключових детермінант СП відносять біологічні, клінічні та особистісно-психологічні [2]. В теперішній час отримані дані генетичних та біохімічних досліджень. Суїцид розглядають як генетично зумовлений паттерн поведінки, зокрема мутаціями генів, що кодують серотонінову, дофамінову та норадренергічну нейротрансмітерні системи [3]. Серед клінічних тригерів перше місце займають психічні розлади. Відомо, що при депресіях ризик суїциду зростає у 30 разів, при шизофренії — у 20 разів, при алкоголізмі — у 10 разів. Аналіз літератури вказує, що тяжка соматична патологія є фактором ризику суїциду. За даними літератури, 50 % суїцидентів за життя страждали одним або декількома соматичними захворюваннями. До найпоширеніших захворювань, які суттєво впливають на суїцидальний ризик, вчені відносять, насамперед, захворювання системи кровообігу, новоутворення, ендокринні захворювання та проблеми з дихальною системою. Передусім у відповідь на тяжке соматичне захворювання розвивається депресивна реакція, що і зумовлює підвищення суїцидального ризику (СП). Самі по собі соматичні захворювання суїцидогенної дії не мають [4, 5].

Особливе місце займають цереброваскулярні захворювання в патогенезі деменцій та коморбідних депресивних станів. Відомо, що артеріальна гіпертензія призводить до когнітивної дисфункції та судинної деменції. Результати нейропсихологічного дослідження хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) свідчать про вегетативну дисфункцію, тривожні та депресивні розлади, погіршення якості життя та порушення циркадного ритму [5—7].

Враховуючи високу спорідненість соматичної та психічної патології, нам вдається за потрібне вивчити особливості спадкової обтяженості та тягаря соматичних хвороб у хворих з різними патогенетичними варіантами деменцій (судинною, змішаною, внаслідок хвороби Альцгеймера) з урахуванням вираженості СП.

Отже, метою нашого дослідження стало визначення соціально-демографічних та клініко-анамнестичних предикторів суїцидальної поведінки у хворих з різними клінічними формами деменцій.

У дослідженні брали участь 213 хворих на деменцію, які були поділені на три групи за типом деменції: 75 пацієнтів з хворобою Альцгеймера (F00), 73 хворих на судинну деменцію (F01) та 60 хворих зі змішаним типом деменції (F00, F01). Обстеження проводили на базі КЗ СОР «Сумський геріатричний пансіонат для ветеранів війни та праці», КЗ СОР «Сумський обласний клінічний госпіталь для ветеранів війни», КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 4», КЗ СОР «Сумський обласний клінічний психоневрологічний диспансер ім. Співака».

Використовували такі методи дослідження: клініко-анамнестичний (збирання скарг, анамнезу від хворого та його родичів), психометричний: спосіб визначення вираженості суїцидального ризику (СВСР) (В. Л. Гавенко та співавт., 2001).

Усі хворі були поділені на 2 групи за чинником наявності чи відсутності суїцидального ризику. Для визначення предикторів суїцидальної поведінки досліджували особливості пацієнтів з високим ризиком суїциду за даними методики СВСР (більш ніж 23 бали) та наявністю суїцидальної поведінки під час клініко-анамнестичного обстеження (враховували наявність суїцидальних думок, антивітальних висловлювань, намірів, реальних спроб самогубства). Ці пацієнти увійшли в основну групу (з високим суїцидальним ризиком), а пацієнти без ознак суїцидальної поведінки (спроб, суїцидальних думок, висловлювань, намірів) та з результатом методики СВСР менш ніж 23 бали — в контрольну. Зокрема, у групі пацієнтів з хворобою Альцгеймера основну групу склали 36 хворих, контрольну групу — 39 хворих; при судинних деменціях 39 осіб увійшли у основну групу та 34 — у контрольну групу; при змішаних деменціях 30 пацієнтів склали основну групу та 30 — контрольну групу. Всі хворі дали усвідомлену згоду на лікування. Діагностику психічних розладів проводили відповідно до критеріїв МКХ-10, ґрунтуючись на даних результатів нейровізуалізаційного та клінічного обстеження. Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою точного методу Стьюдента — Фішера.

Нами проаналізовано вікові відмінності, рівень освіти, соціальний та сімейний статус в порівнюваних групах (з високим СП та без СП) (табл. 1).

Таблиця 1. Соціально-демографічні особливості хворих з різними типами деменцій

Найменування показника	Деменція при хворобі Альцгеймера (n = 75)			Судинна деменція (n = 73)			Змішана деменція (n = 60)		
	Основна група (n = 36)	Контрольна група (n = 39)	t-критерій Стьюдента	Основна група (n = 39)	Контрольна група (n = 34)	t-критерій Стьюдента	Основна група (n = 30)	Контрольна група (n = 30)	t-критерій Стьюдента
<b>Стать</b>									
чоловіки	58,3 ± 8,33*	38,7 ± 5,66*	2,67	64,1 ± 7,78	55,9 ± 8,64	0,70	50 ± 9,28	50 ± 9,28	0,0
жінки	41,7 ± 8,33*	61,5 ± 5,66*	2,69	35,9 ± 7,78	44,1 ± 8,64	0,70	50 ± 9,28	50 ± 9,28	0,0
<b>Вік, років</b>									
менш ніж 40	0 ± 0	0 ± 0	0,0	0 ± 0	5,88 ± 4,1	1,43	0 ± 0	0 ± 0	0,0
40—55	11,1 ± 5,31	15,4 ± 5,85	0,54	7,69 ± 4,32	2,94 ± 2,94	0,30	0 ± 0	20 ± 7,43*	2,69
56—66	30,6 ± 7,79	30,8 ± 7,49	0,0	20,5 ± 6,55	38,2 ± 8,46	1,65	16,7 ± 6,92	20 ± 7,43	0,32
67—77	19,4 ± 6,69	30,8 ± 7,49	1,14	20,5 ± 6,55	29,4 ± 7,93	0,86	0 ± 0	30 ± 8,51**	3,52

Найменування показника	Деменція при хворобі Альцгеймера (n = 75)			Судинна деменція (n = 73)			Змішана деменція (n = 60)		
	Основна група (n = 36)	Контрольна група (n = 39)	t-критерій Стьюдента	Основна група (n = 39)	Контрольна група (n = 34)	t-критерій Стьюдента	Основна група (n = 30)	Контрольна група (n = 30)	t-критерій Стьюдента
78—88	38,9 ± 8,24	23,1 ± 6,83	1,47	43,6 ± 8,04***	17,6 ± 6,64***	2,49	83,3 ± 6,92**	30 ± 8,51**	4,85
89—99	0 ± 0	0 ± 0	0,0	7,69 ± 4,32	5,88 ± 4,1	0,30	0 ± 0	0 ± 0	0,0
<i>Освіта</i>									
неповна середня	0 ± 0	0 ± 0	0,0	15,4 ± 5,85	2,94 ± 2,94	1,90	00 ± 00	0 ± 0	0,0
повна середня	66,7 ± 7,97	46,2 ± 8,09	1,80	48,7 ± 8,11	38,2 ± 8,46	0,89	66,7 ± 8,75	50 ± 9,28	1,30
середня технічна	11,1 ± 5,31	7,69 ± 4,32	0,49	7,69 ± 4,32	17,6 ± 6,64	1,25	00 ± 00	10 ± 5,57	1,79
середня спеціальна	11,1 ± 5,31	15,4 ± 5,85	0,54	15,4 ± 5,85	29,4 ± 8,93	1,31	10 ± 5,57	20 ± 7,43	1,07
вища	11,1 ± 5,31***	30,8 ± 7,49***	2,49	12,8 ± 5,42	11,8 ± 5,61	0,12	10 ± 5,57	20 ± 7,43	1,07
<i>Сімейний стан</i>									
Одружений	11,1 ± 5,31**	46,2 ± 8,09**	3,62	28,2 ± 7,3***	52,9 ± 8,69***	2,17	66,7 ± 8,75	50 ± 9,28	1,30
Розлучений	11,1 ± 5,31	7,69 ± 6,83	0,39	7,69 ± 4,32	8,82 ± 4,94	0,17	00 ± 00	0 ± 0	0,0
Вдівець	33,3 ± 7,97	38,5 ± 7,89	0,46	15,4 ± 5,85	29,4 ± 7,93	1,42	16,7 ± 6,92	30 ± 8,51	1,21
Самотній	44,4 ± 8,4**	7,69 ± 4,32**	3,88	48,7 ± 8,11**	8,82 ± 4,94**	4,19	16,7 ± 6,92	20 ± 7,43	0,32

Примітка. Тут і далі дані наведено у форматі (% ± m %). Вірогідність розбіжностей на рівні \* —  $p \leq 0,01$ ; \*\* —  $p \leq 0,001$ ; \*\*\* —  $p \leq 0,05$

Серед хворих на деменцію внаслідок хвороби Альцгеймера проведений статистичний аналіз рівня освіти продемонстрував переважання в основній групі (з СР) осіб з середньою освітою над тими, що мали середню спеціальну, професійну або вищу освіту ( $t = 5,8$ ;  $p < 0,001$ ), а в групі порівняння (без СР) 46,2 ± 8,09 % склали пацієнти з середньою освітою та 30,8 ± 7,49 % — з вищою, вірогідних розбіжностей за рівнем освіти між хворими всередині групи не встановлено, однак закономірністю є переважання в контрольній групі осіб з вищою освітою, над кількістю хворих, що мали вищу освіту, в основній групі ( $t = 3,28$ ;  $p < 0,01$ ) (див. табл. 1).

Аналізуючи сімейний стан пацієнтів порівнюваних груп, з'ясували, що серед пацієнтів з високим СР переважали самотні, що не вступали у шлюб протягом життя ( $t = 3,88$ ;  $p < 0,001$ ), серед хворих без СР — одружені, що проживали з сім'єю ( $t = 3,62$ ;  $p < 0,001$ ). Кількість розлучених та овдовілих в групах порівняння вірогідно не відрізнялась.

Соціально-демографічні характеристики хворих з судинним типом дементного процесу продемонстрували переважання в основній групі кількості чоловіків 64,1 ± 7,78 %, над часткою осіб жіночої статі 35,9 ± 7,78 % ( $t = 2,56$ ;  $p < 0,05$ ), осіб у віковій категорії 78—88 років 43,6 ± 8,04 % в основній порівняно з 17,6 ± 6,64 % в контрольній групі ( $t = 2,49$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Хворі основної групи (з СР) за віком розподілились так: з неповною середньою освітою — 15,4 ± 5,85 %, з повною середньою — 48,7 ± 8,11 %, з професійно-технічною — 7,69 ± 4,32 %, з середньою спеціальною — 15,4 ± 5,85 %, з вищою 12,8 ± 5,42 %. Кількість пацієнтів з повною середньою освітою була вірогідно більша, ніж пацієнтів з іншим рівнем здобутої освіти ( $p < 0,01$ ).

У групі порівняння (без СР) вірогідних розбіжностей за рівнем освіти між хворими встановлено не було (див. табл. 1).

Вивченням сімейного статусу хворих на судинну деменцію встановлено, що відповідно в основній та контрольній групах було самотніх осіб 48,7 ± 8,11 % та 8,82 ± 4,94 %, одружених — 28,2 ± 7,3 % та 52,9 ± 8,69 %, вдівців — 15,4 ± 5,85 % та 29,4 ± 7,93 %, розлучених — 7,69 ± 4,32 % та 8,82 ± 4,94 % відповідно. Статистичний аналіз продемонстрував переважання в основній групі самотніх хворих, що протягом життя не перебували в шлюбі ( $t = 4,19$ ;  $p < 0,001$ ), а в контрольній — одружених ( $t = 2,17$ ;  $p < 0,05$ ).

У підгрупі хворих зі змішаним типом деменції вірогідних розбіжностей за статтю між пацієнтами основної та контрольної груп не встановлено.

В основній групі (з СР) розподіл за віком був таким: більшість хворих (83,3 ± 6,92 %) були у віці 78—88 років, решта 16,7 ± 6,92 % — у віці 40—55 років. Кількість хворих у віковій категорії 77—88 років в основній групі переважала над часткою таких в контрольній ( $t = 4,85$ ;  $p < 0,001$ ).

В контрольній групі встановлено переважання хворих у віковій категорії 40—55 років ( $t = 2,69$ ;  $p < 0,01$ ) та 67—77 років ( $t = 3,52$ ;  $p < 0,001$ ).

За результатами клініко-анамнестичного методу обстеження вивчено супутню соматичну патологію, анамнестичні події та спадкову обтяженість у хворих з високим СР та без СР в групах з різними клінічними варіантами деменцій (при хворобі Альцгеймера, судинній та змішаній) (табл. 2).

На ґрунті проведеного статистичного аналізу встановлено вірогідні розбіжності по клініко-анамнестичним ознакам між основною та контрольною групою, що стали відповідними предикторами ризику та антиризиків СР у хворих з різними типами деменцій.

Супутня соматична патологія у хворих з деменціями альцгеймерівського типу в основній групі (з високим СР) була представлена у 33,3 ± 7,97 % ГХ та віковою катарактою, по 11,1 ± 5,31 % — ХОЗЛ та цукровим діабетом, 55,6 ± 8,7 % мали ДЕП та 22,2 ± 7,03 % — ІХС.

Таблиця 2. Клініко-анамнестична характеристика хворих з різними типами деменцій

Найменування захворювання	Деменція при хворобі Альцгеймера (n = 75)			Судинна деменція (n = 73)			Змішана деменція (n = 60)		
	Основна група (n = 36)	Контрольна група (n = 39)	t-критерій Стьюдента	Основна група (n = 39)	Контрольна група (n = 34)	t-критерій Стьюдента	Основна група (n = 30)	Контрольна група (n = 30)	t-критерій Стьюдента
<i>Супутня соматична патологія</i>									
Гіпертонічна хвороба	33,3 ± 7,97	23,1 ± 6,83	0,97	56,4 ± 8,04	61,8 ± 8,46	0,46	50 ± 9,28*	86,7 ± 6,31*	3,27
Дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕП)	55,6 ± 8,7	22,2 ± 7,03	1,01	41 ± 7,98	52,9 ± 8,69	1,00	50 ± 9,28*	86,7 ± 6,31*	3,27
Цукровий діабет	11,1 ± 5,31***	0 ± 0	2,09	5,88 ± 1,4	5,88 ± 1,4	0,0	50 ± 9,28	0 ± 0	5,38
Вікова катаракта	33,3 ± 7,97	15,4 ± 5,85	1,81	15,4 ± 5,85	11,8 ± 5,61	0,44	16,7 ± 6,92	10 ± 5,57	0,75
Ішемічна хвороба серця (ІХС)	22,2 ± 7,03	11,1 ± 5,31	1,25	46,2 ± 8,09**	2,94 ± 2,94**	5,025	33,3 ± 8,75***	60 ± 9,1***	2,11
Хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ)	11,1 ± 5,31***	0 ± 0	2,09	7,69 ± 4,32	5,88 ± 1,4	0,39	0 ± 0	0 ± 0	0
Артрози великих суглобів	11,1 ± 5,31	0 ± 0	2,09	28,2 ± 7,3	38,2 ± 8,46	0,89	0 ± 0	0 ± 0	0
<i>Анамнестичні події</i>									
Алкоголізм	11,1 ± 5,31***	0 ± 0	2,09	15,4 ± 5,85	11,8 ± 5,61	0,44	16,7 ± 6,92	23,3 ± 7,85	0,62
Переломи кісток тулуба та кінцівок	11,1 ± 5,31***	0 ± 0	2,09	7,69 ± 4,32	5,88 ± 1,4	0,39	0 ± 0	0 ± 0	0
Черепно-мозкова травма (ЧМТ)***	11,1 ± 5,31	0 ± 0	2,09	41 ± 7,98*	11,8 ± 5,61*	2,99	16,7 ± 6,92***	0 ± 0	2,41
Оперативні втручання	44,4 ± 8,4	43,6 ± 8,04	0,06	35,9 ± 7,78**	2,94 ± 2,94**	3,96	16,7 ± 6,92	30 ± 8,51	1,21
Суїцидальні спроби	33,3 ± 7,97**	0 ± 0	4,17	28,2 ± 7,3*	5,88 ± 1,4*	3,00	16,7 ± 6,92***	0 ± 0	2,41
Інфаркт мозку				20,5 ± 6,55	41,2 ± 8,57	1,91	16,7 ± 6,92	23,3 ± 7,85	0,62
Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) по геморагічному типу				7,69 ± 4,32	23,5 ± 7,38	1,84	16,7 ± 6,92***	0 ± 0	2,41
Інфаркт міокарду**				5,88 ± 1,4**	0 ± 0	4,2			
<i>Спадкова обтяженість</i>									
Суїцидальні спроби	11,1 ± 5,31***	0 ± 0	2,09	7,69 ± 4,32	0 ± 0	1,78	0 ± 0	0 ± 0	0
Завершені суїциди	0 ± 0	0 ± 0	0	0 ± 0	0 ± 0	0	0 ± 0	0 ± 0	0
Алкоголізм	11,1 ± 5,31***	0 ± 0	2,09	0 ± 0	0 ± 0	0	0 ± 0	23,3 ± 7,85*	2,96
Когнітивні порушення	22,2 ± 7,03	15,4 ± 5,85	0,74	15,4 ± 5,85	8,82 ± 4,94	0,85	16,7 ± 6,92***	0 ± 0	2,41
Цереброваскулярна патологія	0 ± 0	0 ± 0	0	12,8 ± 5,42	23,5 ± 7,38	1,16	0 ± 0	43,3 ± 9,2**	4,70
Шизофренія	0 ± 0	0 ± 0	0				0 ± 0	10 ± 5,57	1,79

Примітка. Вірогідність розбіжностей на рівні \* —  $p \leq 0,01$ ; \*\* —  $p \leq 0,001$ ; \*\*\* —  $p \leq 0,05$

Серед обстежуваних контрольної групи (без СР) переважали пацієнти з ГХ та ДЕП (23,1 ± 6,83 % та 22,2 ± 7,03 % відповідно). Вікову катаракту було діагностовано у 15,4 ± 5,85 %, ІХС — у 11,1 ± 5,31 % хворих.

Встановлено вірогідні розбіжності між основною та контрольною групою щодо типології соматичних захворювань. Зокрема, у хворих з високим СР при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера вірогідно частіше спостерігались цукровий діабет, ХОЗЛ та артрози великих суглобів ( $t = 2,09$ ;  $p < 0,05$ ).

Анамнестичні події у хворих основної групи з хворобою Альцгеймера були виражені алкоголізмом, ЧМТ та переломами кісток кінцівок та тулуба в 11,1 ± 5,31 % випадків, в 44,4 ± 8,4 % — оперативними втручаннями, в 33,3 ± 7,97 % — суїцидальними спробами в анамнезі.

В анамнезі хворих групи порівняння (без СР) виявлені лише оперативні втручання у 43,6 ± 8,04 % випадків.

Результати порівняльного аналізу профілю анамнестичних подій між хворими основної та контрольної груп підтвердили наявність вірогідних розбіжностей. Зокрема,

хворі з високим ризиком суїциду в минулому частіше піддавалися впливу травматичних подій (ЧМТ, переломи кінцівок) ( $t = 2,09; p < 0,05$ ), хронічній інтоксикації алкоголем ( $t = 2,09; p < 0,05$ ) та мали суїцидальні спроби ( $t = 4,17; p < 0,001$ ).

Аналіз спадкової обтяженості у хворих з деменцією при хворобі Альцгеймера продемонстрував переважання серед пацієнтів з високим СР родичів з суїцидальними спробами та хронічним алкоголізмом ( $t = 2,09; p < 0,05$ ).

Аналізуючи анамнестичні дані хворих з судинною формою дементного процесу, з'ясували, що супутня соматична патологія у них проявлялася переважно цереброваскулярним ураженням у формі ГХ та ДЕП ( $56,4 \pm 8,04\%$  та  $41 \pm 7,98\%$  в основній групі та  $61,8 \pm 8,46\%$  та  $52,9 \pm 8,69\%$  — в контрольній). Вірогідних розбіжностей між групами щодо частоти зустрічаємості цих захворювань не було.

Аналіз результатів показав, що для  $46,2 \pm 8,09\%$  пацієнтів з високим СР при судинній деменції є характерною кардіальна патологія у формі ІХС, а у пацієнтів групи порівняння (без СР) захворювання серця спостерігалися рідко загалом, у  $2,94 \pm 2,94\%$  випадків ( $t = 5,025; p < 0,001$ ).

Аналіз преморбиду хворих з судинною деменцією встановив переважання в анамнезі мозкових катастроф у вигляді інфаркту головного мозку та ГПМК по геморагічному типу, як в основній ( $20,5 \pm 6,55\%$  та  $7,69 \pm 4,32\%$ ) так і в контрольній групі ( $41,2 \pm 8,57\%$  та  $23,5 \pm 7,38\%$  відповідно). Отримані дані вірогідно не різнились у порівнюваних групах, тому що судинне ураження головного мозку є підґрунтям для формування когнітивного дефіциту незалежно від ризику суїциду.

Проте, аналіз перенесених негативних життєвих подій у хворих з судинною деменцією продемонстрував вірогідне переважання в основній групі (з СР) ЧМТ —  $41 \pm 7,98\%$  проти  $11,8 \pm 5,61\%$  в контрольній ( $t = 2,99; p < 0,01$ ); оперативних втручань —  $35,9 \pm 7,78\%$  в основній групі проти  $2,94 \pm 2,94\%$  в контрольній ( $t = 3,96; p < 0,001$ ); суїцидальних спроб в анамнезі —  $28,2 \pm 7,3\%$  та  $5,88 \pm 1,4\%$  відповідно ( $t = 3,00; p < 0,01$ ).

Спадкова обтяженість проявлялася як в основній, так і в контрольній групі переважно когнітивними порушеннями в поєднанні з цереброваскулярною патологією. Відмінності між досліджуваними групами щодо рівня спадкової обтяженості не встановлено.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що у хворих зі змішаним типом дементного процесу (нейродегенеративного та судинного) в порівнюваних групах здебільшого була наявна поліморфна соматоневрологічна патологія у формі ГХ ( $50 \pm 9,28\%$  в основній та  $86,7 \pm 6,31\%$  в контрольній групі), ДЕП ( $50 \pm 9,28\%$  та  $86,7 \pm 6,31\%$ ), цукрового діабету ( $50 \pm 9,28\%$  та  $0 \pm 0\%$ ), вікової катаракти ( $16,7 \pm 6,92\%$  та  $10 \pm 5,57\%$ ), ІХС ( $33,3 \pm 8,75\%$  та  $60 \pm 9,1\%$  відповідно).

У групі без проявів СР пацієнтів з діагностованою цереброваскулярною патологією (ГХ, ДЕП) та ІХС було менше ніж в основній (вірогідність розбіжностей на рівні  $t = 3,27; p < 0,01$  та  $t = 2,11; p < 0,05$  відповідно).

Хворі з високим ризиком суїциду вірогідно частіше протягом життя піддавалися дії травматичних впливів (ЧМТ, суїцидальні спроби) та мали ГПМК по геморагічному типу, порівняно з групою контролю (без СР) ( $16,7 \pm 6,92\%$  та  $0 \pm 0\%$  відповідно) ( $t = 2,4; p < 0,05$ ).

Аналіз профілю спадкових захворювань встановив переважання серед родичів хворих з високим ризи-

ком суїциду осіб з когнітивними порушеннями ( $t = 2,4; p < 0,05$ ), в групі порівняння (без СР) — осіб з алкоголізмом та цереброваскулярною патологією ( $t = 2,96; p < 0,01$  та  $t = 4,70; p < 0,001$ ) (див. табл. 2).

Отже, до диференційованих прогностичних соціально-демографічних чинників та клініко-анамнестичних чинників, що сприяють формуванню СП, належать:

*При деменції внаслідок хвороби Альцгеймера:*

— чоловіча стать ( $t = 2,67; p \leq 0,01$ );

— низький рівень освіти ( $t = 5,8; p < 0,001$ );

— самотність, відсутність шлюбу протягом життя ( $t = 3,88; p < 0,001$ );

— гетерогенність супутньої соматичної патології у формі цукрового діабету, ХОЗЛ, деформуючий остеоартроз ( $t = 2,09; p < 0,05$ );

— травматичні події (ЧМТ та переломи кісток тулуба та кінцівок) та хронічна алкогольна інтоксикація в анамнезі ( $t = 2,09; p < 0,05$ );

— суїцидальні спроби в минулому ( $t = 4,17; p < 0,001$ );

— суїцидальна історія та алкоголізм в родині ( $t = 2,09; p < 0,05$ ).

*При судинній деменції:*

— чоловіча стать ( $t = 2,56; p < 0,05$ );

— вік 78—88 років ( $t = 2,49; p \leq 0,05$ );

— самотність, відсутність шлюбу протягом життя ( $t = 4,19; p < 0,001$ );

— поєднання з кардіальною патологією ( $t = 5,025; p < 0,001$ );

— травматичні події протягом життя: ЧМТ ( $t = 2,99; p < 0,01$ ); оперативні втручання ( $t = 3,96; p < 0,001$ ); суїцидальні спроби ( $t = 3,96; p < 0,001$ ).

*При деменції змішаного типу (альцгеймерівського та судинного генезу):*

— старечий вік 78—88 років ( $t = 4,85; p < 0,001$ );

— закономірностей щодо істотного значення статі, рівня освіти, сімейного стану у формуванні СП у хворих з змішаною деменцією не встановлено;

— поєднання з цукровим діабетом ( $t = 5,38; p < 0,001$ );

— дія травматичних впливів (ЧМТ, суїцидальні спроби) протягом життя ( $t = 2,4; p < 0,05$ );

— ГПМК по геморагічному типу в анамнезі ( $t = 2,4; p < 0,05$ );

— спадкова обтяженість когнітивними порушеннями ( $t = 2,4; p < 0,05$ ).

До факторів антиризиків суїциду відносять:

*При деменції внаслідок хвороби Альцгеймера:*

— жіночу стать ( $t = 2,69; p \leq 0,01$ );

— вищу освіту ( $t = 3,28; p < 0,01$ );

— закономірностей щодо істотного значення віку у формуванні СП у хворих з деменцією при хворобі Альцгеймера не встановлено;

— перебування з чоловіком/дружиною в шлюбі та сумісне проживання ( $t = 3,62; p < 0,001$ ).

— при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера та судинній деменції факторів, що запобігають формуванню СП, за клініко-анамнестичними даними не визначено.

*При судинній деменції:*

— перебування з чоловіком/дружиною в шлюбі та сумісне проживання ( $t = 2,17; p < 0,05$ );

— закономірностей щодо істотного значення віку, статі, рівня освіти у формуванні СП у хворих з судинною деменцією не встановлено;

*При деменції змішаного типу (альцгеймерівського та судинного генезу):*

— більш молодий вік 40—55 років ( $t = 2,69; p < 0,01$ ) та 67—77 років ( $t = 3,52; p < 0,001$ );

— приєднання цереброваскулярної (ГХ, ДЕП) ( $t = 3,27$ ;  $p < 0,01$ ) та кардіальної патології (ІХС) ( $t = 2,11$ ;  $p < 0,05$ );  
 — спадкова обтяженість алкоголізмом ( $t = 4,70$ ;  $p < 0,001$ ) та/або цереброваскулярною патологією ( $t = 4,70$ ;  $p < 0,001$ ).

#### Список літератури

1. Maruta N. A., Mudrenko I. H. Factors of a suicidal behavior in patients with dementia (age, gender aspects, psychotraumatic factors) // 26<sup>th</sup> European congress of psychiatry // European Psychiatry. 2018. 48S 429.
2. Зыков В. В., Мальцев А. Е. Значение соматических заболеваний в возникновении соматических болезней // Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15, № 4. С. 5—6.
3. Положий Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т. 6, № 1 (18). С. 3—7.
4. Мудренко І. Г. Сучасні погляди на соціально-психологічні, клініко-психопатологічні закономірності суїцидогенезу при деменціях та методи медико-соціальної допомоги // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2017. Т. 4, № 2 (8). С. 33—39.

5. Мудренко І. Г. Клініко-психопатологічні особливості хворих на судинну деменцію з високим ризиком суїциду // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 83—88.

6. Detection of silent cerebrovascular disease refines risk stratification of hypertensive patients / Henskens L. H., van Oostenbrugge R. J., Kroon A. A. [et al.] // J Hypertens 2009; 27 (4): 846—853. doi: 10.1097/HJH.0b013e3283232c96.

7. Blood pressure and treatment of persons with hypertension as it relates to cognitive outcomes including executive function / Gorelick P. B., Nyenhuis D., American Society of Hypertension Writing Group. // J Am Soc Hypertens. 2012; 6 (5): 309—315.

Надійшла до редакції 15.03.2018 р.

**МУДРЕНКО Ірина Григорівна**, кандидат медичних наук, асистент кафедри нейрохірургії та неврології Сумського державного університету, медичний інститут, м. Суми, Україна; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

**МУДРЕНКО Iryna**, MD, PhD, Assistant of the Department of Neurosurgery and Neurology of Sumy State University, Medical Institute, Sumy, Ukraine; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

УДК 616.895.8:616.89-008.47

## Є. В. Опря ПСИХОПАТОЛОГІЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Е. В. Опря  
Психопатология эмоциональной сферы у больных шизофренией с соматическими заболеваниями

Ye. V. Oprya  
Psychopathology of the emotional sphere in patients with schizophrenia with somatic diseases

В статті подано результати дослідження особливостей функціонування емоційної сфери хворих на шизофренію, що поєднана з соматичними розладами, зокрема, серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом та ожирінням. Досліджено наявність, характер та вираженість розладів емоційних реакцій та настрою у хворих на шизофренію за групами соматичних розладів. Виявлено, що при поєднанні шизофренії з соматичними розладами в структурі емоційної патології хворих переважають емоційні розлади депресивного спектра (гіпотимії у хворих з серцево-судинними захворюваннями та дистимії у хворих з цукровим діабетом 2 типу та ожирінням), до яких у хворих з серцево-судинними захворюваннями додається тривога з її соматичними та поведінковими проявами при наявності емоційної відчуженості; у хворих з цукровим діабетом 2 типу виявлена експлозивність емоційних реакцій та превалювання дисфоричних розладів настрою; у хворих з ожирінням — емоційна відчуженість з дисфоричними розладами настрою.

**Ключові слова:** шизофренія, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ожиріння, емоційні розлади

В статье представлены результаты исследования особенностей функционирования эмоциональной сферы больных шизофренией, сочетанной с соматическими расстройствами, в частности, сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом и ожирением. Изучено наличие, характер и выраженность расстройств эмоциональных реакций и настроения у больных шизофренией по группам соматических расстройств. Выявлено, что при сочетании шизофрении с соматическими расстройствами в структуре эмоциональной патологии больных преобладают эмоциональные расстройства депрессивного спектра (гипотимии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и дистимии у больных с сахарным диабетом 2 типа и ожирением), к которым у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями добавляется тревога с ее соматическими и поведенческими проявлениями при наличии эмоциональной отчужденности; у больных с сахарным диабетом 2 типа выявлена эксплозивность эмоциональных реакций и преобладание дисфорических расстройств настроения; у больных с ожирением — эмоциональная отчужденность с дисфорическими расстройствами настроения.

**Ключевые слова:** шизофрения, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2 типа, ожирение, эмоциональные расстройства

The article presents the results of the investigation of peculiarities of the emotional sphere functioning in patients with schizophrenia combined with somatic disorders, in particular, with cardiovascular diseases, diabetes mellitus and obesity. The presence, character, and significance of emotional and mood disorders in patients with schizophrenia on groups of somatic disorders were studied. It was revealed that in the combination of schizophrenia and somatic disorders, emotional disorders of the depressive spectrum (hypothymia in patients with cardiovascular diseases and dysthymia in patients with diabetes mellitus II and obesity) predominated in the structure of emotional pathology. To this disorders anxiety with its somatic and behavioral manifestations and presence of emotional alienation were added in patients with cardiovascular diseases; an explosiveness of emotional reactions and a prevalence of dysphoric mood disorders were revealed in patients with diabetes mellitus II; an emotional alienation with dysphoric mood disorders were added in patients with obesity.

**Key words:** schizophrenia, cardiovascular diseases, diabetes mellitus II, obesity, emotional disorders

За даними сучасних досліджень наголошується значна поширеність коморбідності шизофренії та соматичних розладів, найбільш частими з яких визнаються серцево-

судинні захворювання, метаболічні та ендокринні порушення, зокрема цукровий діабет та ожиріння [1, 3, 5, 6, 9, 11—13]. Саме з соматичними розладами пов'язують зниження тривалості життя хворих на шизофренію, яка на 10—25 років є меншою, ніж загалом в популяції.