

Ю. І. Мисула

**СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ВАРІАНТАМИ ПЕРВИННОГО ЕПІЗодУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ**

Ю. И. Мисула

**Социально-демографическая характеристика больных с различными клиническими вариантами первичного эпизода биполярного аффективного расстройства**

Yu. Mysula

**Socio-demographic characteristics of patients with different clinical variants of the primary episode of bipolar affective disorder**

Аналіз медичної документації 402 хворих з первинним епізодом біполярного афективного розладу виявив ранній початок захворювання, низький освітній, професійний та соціальний рівень хворих, а також високу поширеність серед них аддиктивної поведінки. Характеристики цих змін залежать від клінічного варіанту первинного епізоду і є найгіршими у хворих зі змішаним та манакальним варіантами і відносно кращими — у хворих з депресивним варіантом первинного епізоду. Протягом життя рівень професійної, соціальної та сімейної реалізації хворих залишається низьким, водночас найгіршими соціальні наслідки захворювання є у хворих з манакальним та змішаним варіантом первинного епізоду, а відносно задовільними — у хворих з депресивним варіантом. Ці особливості треба брати до уваги під час розроблення діагностичних, лікувальних та профілактичних підходів.

**Ключові слова:** біполярний афективний розлад; первинний епізод; соціально-демографічні особливості

Анализ медицинской документации 402 больных с первичным эпизодом биполярного аффективного расстройства выявил раннее начало заболевания, низкий образовательный, профессиональный и социальный уровень больных, а также высокую распространенность среди них аддиктивного поведения. Характеристики этих изменений зависят от клинического варианта первичного эпизода и являются наихудшими у больных со смешанным и маниакальным вариантами и относительно благоприятными — у больных с депрессивным вариантом первичного эпизода. В течение жизни уровень профессиональной, социальной и семейной реализации больных остается низким, при этом худшими социальные последствия заболевания являются у больных с маниакальным и смешанным вариантом первичного эпизода, а относительно удовлетворительными — у больных с депрессивным вариантом. Эти особенности должны учитываться при разработке диагностических, лечебных и профилактических подходов.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство; первичный эпизод; социально-демографические особенности

The analysis of the medical records of 402 patients with a primary episode of bipolar affective disorder revealed early onset of the disease, low educational, occupational and social levels of patients, as well as high affection by their addictive behavior. Characteristics of these changes depend on the clinical variant of the initial episode and are the worst in patients with mixed and manic variants, and relatively better — in patients with depressive variant of the initial episode. During life, the level of professional, social and family implementation of patients remains low, with the worst social consequences of the disease in patients with a manic and mixed variant of the initial episode, and relatively better — in patients with depressive variant. These features should be taken into account when developing diagnostic, therapeutic and prophylactic approaches.

**Keywords:** bipolar affective disorder; primary episode; socio-demographic features

Проблема біполярного афективного розладу (БАР) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної психіатрії. На думку Н. О. Марути, БАР є патологією з одними з найбільш значущих медико-соціальних наслідків, оскільки проявляється у молодому віці і супроводжується вираженими медичними та соціальними наслідками: хронічним перебігом, високим ступенем соціальної дезадаптації, чималою втратою працездатності та погіршенням якості життя, коморбідною залежністю від психоактивних речовин, надзвичайно високим суїцидальним ризиком, зниженням тривалості життя в середньому на 10 років і потребою в тривалій терапії [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, БАР уражено від 0,6 % до 1,0 % популяції [2], водночас вважається, що захворюваність на БАР залишається відносно стабільною протягом тривалого часу [3]. Сучасними дослідженнями встановлено наявність системних порушень психічної діяльності у хворих на БАР в усіх ключових сферах (Н. А. Марута, Г. М. Вербенко, 2016; Chakrabarty T. et al., 2018) [4, 5]. Водночас діагностика БАР на ініціальному етапі захворювання є недостатньою внаслідок поліморфізму категорії біполярності, високого рівня коморбідності та недосконалості діагностичних підходів (Н. О. Марута, 2011) [6]; тоді як аналіз первинного епізоду (ПЕ) має надзвичайно велике значення для прогнозування та довгострокового

планування при БАР [7—10]. Усе це зумовлює потребу ґрунтовного вивчення особливостей ПЕ БАР з метою пошуку предикторів ранньої діагностики та прогнозування особливостей перебігу захворювання.

Ми проаналізували особливості перебігу ПЕ БАР у пацієнтів із встановленим діагнозом БАР, ґрунтуючись на медичній документації (історії хвороби, амбулаторні карти, епікризи, виписки, консультаційні висновки, інші медичні документи). Всього проаналізовано 402 випадки захворювань на БАР: 180 чоловіків (44,8 %) та 222 жінки (55,2 %). Середній вік хворих на момент ПЕ складав  $24,2 \pm 10,9$  років (чоловіків —  $23,7 \pm 10,8$  років, жінок —  $24,5 \pm 11,0$  років,  $p > 0,05$ ). Середній вік на момент проведення цього дослідження склав  $36,8 \pm 9,8$  років (чоловіків —  $37,1 \pm 10,0$  років, жінок —  $36,6 \pm 9,6$  років).

Виокремлено три основні варіанти перебігу ПЕ БАР: з переважанням депресивної симптоматики (депресивний варіант) — 319 осіб (79,4 %), з переважанням манакальної або гіпоманакальної симптоматики (манакальний варіант) — 63 особи (15,7 %), та з одночасною наявністю депресивної та манакальної симптоматики або зі швидкою зміною фаз (змішаний варіант) — 20 осіб (4,9 %). Середній вік на момент виникнення ПЕ у хворих з депресивним варіантом складав  $25,3 \pm 10,8$  років, з манакальним варіантом —  $20,8 \pm 10,2$  років, зі змішаним варіантом —  $16,8 \pm 10,1$  років. Різниця між усіма групами статистично значущі ( $p < 0,01$ ). Тривалість захворювання на БАР на момент дослідження у хворих з депресивним

варіантом ПЕ склала  $12,2 \pm 5,1$  років, з маніакальним —  $14,1 \pm 5,9$  років, зі змішаним —  $15,3 \pm 5,1$  років. Різниця статистично значущі ( $p < 0,05$ ) при порівнянні груп хворих з депресивним та маніакальним і депресивним та змішаним варіантами ПЕ БАР.

Статистичний аналіз різниць проводили з використанням непараметричних методів (критерій Фішера, тест Манна — Уїтні).

Аналіз особливостей освітнього рівня виявив переважання осіб з неповною середньою освітою серед хворих зі змішаним варіантом ПЕ (90,0 %); серед хворих з маніакальним варіантом ПЕ їх було 47,6 %, а з депресивним — 16,0 % ( $p < 0,01$ ) (табл. 1). Серед хворих з депресивним варіантом ПЕ переважали особи з середньою (24,5 %), середньою спеціальною (22,3 %) та незакінченою вищою (22,6 %) освітою; найменшою була частка хворих з професійно-технічною (8,2 %) та вищою (6,4 %) освітою. Хворим з маніакальним варіантом ПЕ притаманний нижчий рівень освіти на час

первинного епізоду: 14,3 % мали середню освіту, 15,9 % — середню спеціальну, 14,3 % — незакінчену вищу, 4,8 % — професійно-технічну, 3,1 % — вищу; а хворим зі змішаним — найнижчий рівень освіти: по 5,0 % мали середню спеціальну і незакінчену вищу освіту. У подальшому найбільш високого освітнього рівня вдалося досягти хворим з депресивним варіантом ПЕ: 14,1 % здобули вищу освіту, 27,3 % — незакінчену вищу, 25,7 % — середню спеціальну, 7,8 % — професійно-технічну, 24,8 % — середню, 0,3 % — неповну середню. У хворих з маніакальним варіантом освітній рівень на момент дослідження був нижчим: у 4,8 % була вища освіта, у 22,2 % — незакінчена вища, у 15,9 % — середня спеціальна, у 4,8 % — професійно-технічна, у 44,4 % — середня, у 7,9 % — неповна середня. Найнижчим виявився освітній рівень у хворих зі змішаним варіантом ПЕ: по 5,0 % здобули вищу та незакінчену вищу освіту, по 15,0 % — середню спеціальну та професійно-технічну і 55,0 % — середню освіту.

Таблиця 1. Особливості освітнього рівня та соціального стану обстежених хворих

Період обстеження	Варіації	Варіант ПЕ захворювання						$p^*$	$p^{**}$	$p^{***}$
		депресивний ( $n = 319$ )		маніакальний ( $n = 63$ )		змішаний ( $n = 20$ )				
		абс.	%	абс.	%	абс.	%			
<b>Освіта</b>										
На момент ПЕ	Неповна середня	51	16,0	30	47,6	18	90,0	< 0,01	< 0,01	< 0,01
	Середня	78	24,5	9	14,3	0	0,0	> 0,05	< 0,01	> 0,05
	Професійно-технічна	26	8,2	3	4,8	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Середня спеціальна	71	22,3	10	15,9	1	5,0	> 0,05	< 0,05	> 0,05
	Незакінчена вища	72	22,6	9	14,3	1	5,0	> 0,05	< 0,05	> 0,05
	Вища	21	6,4	2	3,1	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
На момент дослідження	Неповна середня	1	0,3	5	7,9	1	5,0	< 0,01	> 0,05	> 0,05
	Середня	79	24,8	28	44,4	11	55,0	< 0,01	< 0,01	< 0,01
	Професійно-технічна	25	7,8	3	4,8	3	15,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Середня спеціальна	82	25,7	10	15,9	3	15,0	> 0,05	< 0,01	> 0,05
	Незакінчена вища	87	27,3	14	22,2	1	5,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Вища	45	14,1	3	4,8	1	5,0	< 0,05	> 0,05	> 0,05
<b>Соціальний стан</b>										
На момент ПЕ	Школяр	51	16,0	30	47,6	18	90,0	< 0,01	< 0,01	< 0,01
	Робітник	27	8,5	8	12,7	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Службовець	30	9,4	3	4,8	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Фізична особа — підприємець	15	4,7	1	1,6	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Студент	40	12,5	7	11,1	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Безробітний	146	45,8	13	20,6	2	10,0	< 0,01	< 0,01	> 0,05
	Пенсіонер	10	3,1	1	1,6	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
На момент дослідження	Робітник	16	5,0	3	4,8	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Службовець	38	11,9	4	6,3	1	5,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Фізична особа — підприємець	16	5,0	2	3,2	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Безробітний	214	67,1	44	69,8	17	85,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Пенсіонер за віком	12	3,8	2	3,2	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Інвалід	23	7,2	8	12,7	2	10,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Примітка. Тут і далі:  $p^*$  — рівень статистичної значущості різниць при порівнянні хворих на БАР з депресивним та маніакальним варіантами ПЕ;  $p^{**}$  — рівень статистичної значущості різниць при порівнянні хворих на БАР з депресивним та змішаним варіантами ПЕ;  $p^{***}$  — рівень статистичної значущості різниць при порівнянні хворих на БАР з маніакальним та змішаним варіантами ПЕ

Аналіз особливостей соціального статусу виявив, що на час ПЕ більша частина хворих з депресивним варіантом ПЕ були безробітними (45,8 %), суттєво менша — школярами (16,0 %), студентами (12,5 %), службовцями (9,4 %), робітниками (8,5 %), підприємцями (4,7 %) та пенсіонерами (3,1 %). Серед хворих з маніакальним варіантом ПЕ переважали школярі (47,8 %) та безробітні (20,6 %), менше було робітників (12,7 %), студентів (11,1 %), службовців (4,8 %) та пенсіонерів (1,6 %). Натомість, серед хворих зі змішаним варіантом ПЕ переважали школярі (90,0 %), решта (10,0 %) були безробітними. В подальшому більша частина хворих стають безробітними (відповідно 67,1 %, 69,8 % і 85,0 %). Інвалідами стають 7,2 % хворих з депресивним варіантом ПЕ, 12,7 % хворих з маніакальним, і 10,0 % хворих зі змішаним варіантом ПЕ, зокрема II групи —

відповідно 1,3 %, 4,8 % та 5,0 %, III групи — відповідно 6,0 %, 7,9 % та 5,0 % ( $p > 0,05$ ).

Аналіз сімейного стану свідчить, що на час ПЕ найбільша частка одружених і розлучених була у групі з депресивним варіантом ПЕ (40,1 % та 3,1 % відповідно), менша — з маніакальним (22,2 % та 1,6 % відповідно), найменша — зі змішаним (10,0 % та 0,0 % відповідно), неодружених — навпаки (відповідно 55,8 %, 76,2 % та 90,0 %). В подальшому чималій частині хворих не вдається створити власну сім'ю, найбільше це стосується хворих зі змішаним варіантом (90,0 %), менше — з маніакальним (61,9 %), і найменше — з депресивним (38,2 %). Найбільша частка розлучених — серед хворих з депресивним варіантом (32,0 %), менша — з маніакальним (15,9 %), і немає розлучених (0,0 %) — серед хворих зі змішаним варіантом ПЕ (табл. 2).

Таблиця 2. Особливості сімейного стану хворих на БАР з урахуванням варіанту ПЕ

Період обстеження	Варіації	Варіант ПЕ захворювання						p*	p**	p***
		депресивний		маніакальний		змішаний				
		абс.	%	абс.	%	абс.	%			
<b>Сімейний стан</b>										
На момент ПЕ	Одружений	128	40,1	14	22,2	2	10,0	< 0,01	< 0,01	> 0,05
	Не був одружений	178	55,8	48	76,2	18	90,0	< 0,01	< 0,01	> 0,05
	Розлучений	10	3,1	1	1,6	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Вдовий	3	1,0	0	0,0	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
На момент дослідження	Одружений	90	28,2	14	22,2	2	10,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Не був одружений	122	38,2	39	61,9	18	90,0	< 0,01	< 0,01	< 0,05
	Розлучений	102	32,0	10	15,9	0	0,0	< 0,01	< 0,01	> 0,05
	Вдовий	5	1,6	0	0,0	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
<b>Кількість дітей</b>										
На момент ПЕ	Немає	244	76,5	55	87,3	18	90,0	< 0,05	> 0,05	> 0,05
	Одна	51	16,0	4	6,3	1	5,0	< 0,05	> 0,05	> 0,05
	Двоє	16	5,0	3	4,8	1	5,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Троє і більше	8	2,5	1	1,6	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
На момент дослідження	Немає	200	62,7	46	73,1	19	90,0	< 0,01	< 0,01	< 0,05
	Одна	83	26,0	12	19,0	1	5,0	> 0,05	< 0,05	> 0,05
	Двоє	28	8,8	4	6,3	1	5,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Троє і більше	8	2,5	1	1,6	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
<b>Особливості проживання</b>										
На момент ПЕ	Самотньо	21	6,6	2	3,2	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	З батьками	172	53,9	48	76,2	19	95,0	< 0,01	> 0,05	> 0,05
	З подружжям	117	36,7	13	20,6	1	5,0	< 0,01	< 0,01	> 0,05
	З іншими родичами	1	0,3	0	0,0	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	З іншими особами	8	2,5	0	0,0	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
На момент дослідження	Самотньо	89	27,9	17	27,0	3	15,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	З батьками	46	14,4	12	19,0	6	30,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	З подружжям	67	21,0	10	15,9	1	5,0	> 0,05	< 0,05	> 0,05
	З іншими родичами	19	6,0	4	6,3	0	0,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	З іншими особами	98	30,7	20	31,8	10	50,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Найбільша частка бездітних на час виникнення захворювання була серед хворих зі змішаним варіантом ПЕ (90,0 %), дещо менша — з маніакальним (87,3 %), і найменша — з депресивним (76,5 %). У 16,0 % хворих з депресивним варіантом, у 6,3 % з маніакальним, і у 5,0 % зі змішаним є по одній дитині, у 5,0 %, 4,8 % та 5,0 % відповідно — по двоє дітей, і у 2,5 %, 1,6 % та 0,0 % відповідно — по троє і більше. В подальшому хворі здебільшого залишаються бездітними: 90,0 % — зі змішаним варіантом ПЕ, 73,1 % з маніакальним, і 62,7 % з депресивним.

Особливості мікросоціального оточення хворих на БАР також міцно пов'язані з наявністю психічного захворювання. Зокрема, на час первинного епізоду захворювання хворі здебільшого проживали з батьками: 53,9 % хворих з депресивним варіантом ПЕ, 76,2 % з маніакальним та 95,0 % зі змішаним; з подружжям — відповідно 36,7 %, 20,6 % та 5,0 %, самотньо — 6,6 %, 3,2 % і 0,0 %; з іншими родичами — 0,3 % хворих з депресивним варіантом, з іншими особами — 2,5 % хворих з депресивним варіантом ПЕ.

За аналізом особливостей аддиктивної поведінки на час ПЕ виявлено, що серед хворих з різними варіантами ПЕ найбільша кількість курців була у групі з маніакальним (57,1 %) та змішаним (55,0 %) варіантами, дещо менша — з депресивним (35,4 %). Різниця значущі при порівнянні хворих з депресивним та маніакальним варіантами ДЕ ( $p < 0,01$ ). 28,8 % хворих з депресивним варіантом первинного епізоду, 42,9 % з маніакальним та 35,0 % зі змішаним варіантом первинного епізоду палять до 10 сигарет на добу; 6,0 % хворих з депресивним варіантом первинного епізоду, 14,2 % з маніакальним та 15,0 % зі змішаним варіантом первинного епізоду — від 10 до 20 сигарет на день, 0,6 % хворих з депресивним варіантом первинного епізоду та 5,0 % зі змішаним — понад 20 сигарет на день. Різниця між групами статистично не значущі ( $p > 0,05$ ).

Не вживали алкоголь на момент ПЕ 48,9 % хворих з депресивним варіантом, 41,3 % з маніакальним і 35,0 % зі змішаним ( $p > 0,05$ ); вживали епізодично — відповідно 42,9 %, 38,1 % і 50,0 % ( $p > 0,05$ ), зловживали алкоголем — відповідно 8,2 %, 20,6 % і 15,0 % (різниця значущі при порівнянні груп хворих з депресивним та маніакальним варіантами ПЕ,  $p < 0,01$ ).

Отже, хворим з різними клінічними варіантами ПЕ БАР притаманні певні соціально-демографічні особливості. Для хворих з депресивним варіантом ПЕ характерні відносно більш пізній початок захворювання і пов'язаний з цим вищий освітній рівень, краща соціальна реалізація та найбільша частка одружених серед усіх груп; водночас, хворі з депресивним варіантом ПЕ в подальшому частіше проживають самотньо, що свідчить про формальний характер шлюбу у чималій кількості пацієнтів. У хворих з маніакальним варіантом ПЕ захворювання починається в середньому на 5 років раніше, їм притаманні здебільшого нижчий рівень освіти, гірша соціальна та сімейна реалізація; у цих хворих також найвищий рівень інвалідизації серед усіх досліджених груп. Хворі зі змішаним варіантом ПЕ характеризуються найбільш раннім дебютом захворювання, найнижчим освітнім рівнем і найгіршою

сімейною та соціальною реалізацією. Цієї групі притаманні найбільша частка безробітних, неодружених та бездітних; такі хворі також найчастіше перебувають і далі під опікою батьків. Поширеність тютюнопаління та алкоголізації є найбільшою у хворих з маніакальним та змішаним варіантами ПЕ, цим же групам притаманні і найважчі форми аддикцій.

Виявлені закономірності слід розглядати у контексті загального патодинамічного паттерну різних клінічних варіантів БАР. Їх треба брати до уваги під час розроблення методів ранньої діагностики, лікування та профілактики біполярного афективного розладу.

#### Список літератури

1. Марута Н. А. Биполярное аффективное расстройство: диагностика, терапия, профилактика // *НейроNews*. 2011. № 8 (35). С. 46—52.
2. Mental health: strengthening our response // *Information Bulletin of World Health Organisation*. Geneva : WHO, 2018. P. 1—28. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
3. Rowland T. A., Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder // *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2018. Vol. 8(9). P. 251—269. DOI: 10.1177/2045125318769235.
4. Марута Н. О., Вербенко Г. М. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад (клініка, діагностика, терапія) // *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, вип. 3 (88). С. 5—10.
5. Cognitive functioning in first episode bipolar I disorder patients with and without history of psychosis / Chakrabarty T., Alamian G., Kozicky J. M. [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 227. P. 109—116. DOI: 10.1016/j.jad.2017.10.003.
6. Марута Н. А. Диагностика біполярного афективного расстройства // *НейроNews*. 2011. № 4 (31). С. 57—60.
7. Delays before diagnosis and initiation of treatment in patients presenting to mental health services with bipolar disorder / Patel R., Shetty H., Jackson R. [et al.] // *PLoS One*. 2015. Vol. 10. P. 126—129. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.012653>.
8. Baldessarini R. J., Tondo L., Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014. Vol. 129. Issue 5. P. 383—392. URL: <https://doi.org/10.1111/acps.12204>.
9. Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies / Faedda G. L., Serra G., Marangoni C. [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol. 168. P. 314—321. DOI: 10.1016/j.jad.2014.07.013.
10. Marwaha S., Durrani A., Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013. Vol. 128. P. 179—193. URL: <https://doi.org/10.1111/acps.12087>.

Надійшла до редакції 03.04.2019 р.

**МИСУЛА Юрій Ігорович**, кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства освіти України», м. Тернопіль, Україна; e-mail: [yuramysula@gmail.com](mailto:yuramysula@gmail.com)

**MYSULA Yuriy**, MD, PhD, Assistant of Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the State Higher Educational Institution "I. Ya. Horbachevskyi's Ternopil State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine", Ternopil, Ukraine; e-mail: [yuramysula@gmail.com](mailto:yuramysula@gmail.com)