

E.J. Bakanda C, Birungi J, Chan K, Ford N, Cooper CL, Nachega JB, Dybul M, Hogg RS. Source \University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada. *Ann Intern Med.* 2011 Aug 16;155(4):209-16. Epub 2011 Jul 18.

21. Mallory O. Johnson, Ph.D., Edwin Charlebois, Ph.D., Stephen F. Morin, Ph.D., Robert H., Remien, Ph.D., Margaret A. Chesney, Ph.D., and The NIMH Healthy Living Project - Effects of a behavioral intervention on antiretroviral medication adherence among people living with HIV: The Healthy Living Project randomized controlled study - USA - *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007 December 15; 46(5): 574-580.

22. Milton L. Wainberg, Karen McKinnon, Katherine S. Elkington, Paulo E. Mattos, Claudio Gruber Mann, Diana de Souza Pinto, Laura Otto-Salaj, Francine Cournos - HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil. USA - *World Psychiatry* - vol.7 - №3 - October 2008 - p. 166 - 171.

23. Pence B. W., Miller W. C., Whetten K., Eron J.J., Gaynes B.N.

Mental Disorders Common Among HIV-Infected Patients. The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2006;42:298-306.

24. Semple, S.J., Strathdee, S.A., Zians, J., McQuaid, J., & Patterson, T.L. Correlates of obsessive-compulsive disorder in a sample of HIV-positive, methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS & Behavior*, 15(6), 2011. 1153-1160.

25. Seth Himelhoch, John F. McCarthy, Dara Ganoczy, Deborah Medoff, Ph.D., Lisa B. Dixon, Frederic C. Blow. - Understanding Associations Between Serious Mental Illness and HIV Among Patients in the VA Health System - Psychiatric Services, *A Journal of the American Psychiatric Association* - USA - September 2007 Vol. 58 No. 9 - p. 1165 - 1172

26. Sidney Zisook, Katherine Shear - Grief and bereavement: what psychiatrists need to know - USA - *World Psychiatry* - vol.2 - June 2009 - p. 67 - 72.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.Г. Пшук, Н.П. Кирилук, Л.В. Стукан

В статье описаны клинико-психопатологические особенности пациентов, инфицированных ВИЧ, дан обзор современных данных о распределении пограничных, психотических и связанных с органическим генезом психических расстройств. Показана необходимость всестороннего изучения психического состояния ВИЧ-инфицированных пациентов для обеспечения их необходимой медико-психологической и социальной поддержкой.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, психопатологические синдромы, психогенный фактор, органическое поражение ЦНС, антиретровирусная терапия

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PATIENTS

N.G. Pshuk, N.P. Kirilyuk, L.V. Stukan

This article describes the psychopathological features of patients infected with HIV; the review of recent data on the distribution of non-psychotic, psychotic and associated with organic diseases of the CNS disorders in these patients was done. The need for a comprehensive study of the mental state of HIV-infected patients has been shown to provide them the necessary medical, psychological and social support.

Keywords: HIV, psychiatric syndromes, psychogenic factors, organic CNS disease, antiretroviral therapy

УДК616.89-008.44/47-053.81/85:616.1/4

Г.М. Кожина, В.І. Коростій, В.Б. Михайлов, О.Л. Товажнянська, І.А. Григорова КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ТА ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ХВОРИХ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Харківський національний медичний університет

Ключові слова: когнітивні розлади, соматичні захворювання, працездатний вік

Важливою проблемою сучасної науки є збільшення поширеності серед населення когнітивних порушень, уже в середньому, працездатному віці. обумовлене тенденцією до зростання поширеності хронічних соматичних захворювань. У більшості хворих з органічними та симптоматичними психічними розладами, які виникають на тлі цереброваскулярної, серцево-судинної та ендокринної патології відмічаються когнітивні порушення різного ступеню [1; 4; 8; 9; 11; 13].

Когнітивні порушення при соматичних розладах знаходяться у тісному взаємозв'язку зі станом емоційної сфери. Багато дослідників відзначають «невротизацію» хворих із цереброваскулярними, серцево-судинними та ендокринними захворюваннями, формування у них непсихотичних психічних розладів на тлі когнітивних порушень [2; 7; 16; 18]. Поширеність порушень психічної сфери та дезадаптивних форм реагування на захворювання досягає серед цих хворих 70 - 100% [2; 6; 7]. Розлади психічної діяльності та негативні психо-

логічні фактори утруднюють перебіг захворювання, відновлювано-реабілітаційні процеси, є однією з головних причин тимчасової непрацездатності й інвалідності пацієнтів у понад 50% випадків [5; 13; 14; 16; 17]. Численні дослідження показали, що більш ніж 50% випадків помірних когнітивних порушень переходять в той чи інший варіант деменції [4; 9; 10; 12; 15; 17]. Актуальною ця проблема є і на Україні [2; 7; 9]. Проте в літературі більшість досліджень когнітивних розладів проведені у осіб, старших 60 років і практично немає робіт, присвячених вивченню когнітивних розладів у осіб працездатного віку [3; 10; 12; 14; 18].

Метою дослідження було вивчення клінічної структури та особливостей синдромогенезу когнітивних розладів серед хворих працездатного віку з соматичними захворюваннями.

Матеріал та методи дослідження. Для досягнення зазначеної мети проведено поглиблене клініко-психопатологічне, клініко-неврологічне, психодіагностичне,

нейропсихологічне дослідження 60 хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок церебро-васкулярних та серцево-судинних захворювань (30 хворих, які перенесли інфаркт міокарду, та 30 хворих, які перенесли ішемічний мозковий інсульт) та 344 хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок ендокринних захворювань (63 хворих з цукровим діабетом другого типу та 281 хворий з первинним гіпотиреозом), віком від 36 до 59 років.

Використовувалися коротка шкала оцінки психічного стану (MMSE), Адденбрукська шкала оцінки пізнавальних здібностей, реєстрація когнітивних визваних потенціалів головного мозку P₃₀₀.

Реєстрація ендогенних (когнітивних) визваних потенціалів головного мозку P₃₀₀ здійснювалася за допомогою комп'ютерного міографа «Нейро-МВП» фірми «Нейрософт».

Статистична обробка даних проводилася відповідно правил обробки медико-біологічної інформації після створення комп'ютерної бази даних у програмі Microsoft® Excel та за допомогою пакету комп'ютерних програм „STATISTICA 7.0” for Windows (Stat Soft Inc., USA). Дані наведено як $M \pm m$, де M – середнє значення, m – стандартна похибка середнього значення.

Результати дослідження. Оцінка клінічної картини психічних порушень при соматичних розладах проводилася з позицій системного підходу, з урахуванням всього комплексу біопсихосоціальних факторів, які впливають на стан пацієнта.

Аналіз психопатологічної симптоматології в осіб, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ) і ішемічний мозковий інсульт (МІ), дозволив нам виділити провідні психопатологічні синдроми, особливості їх клінічної структури і динаміки. У гострому періоді мозкового інсульту у всіх хворих первинним було порушення рівня свідомості (переважно поверхневих форм - сомноленції, обнуліяції, оглушення). Після виходу з синдрому порушеного свідомості у пацієнтів базисними були: синдром когнітивних порушень (83,3%), астеничний, больовий синдроми (66,6%). У частини хворих астеничний синдром мав депресивні (26,6%), іпохондричні (3,3%), тривожні (3,3%) риси. Синдром когнітивних порушень характеризувався дефіцитарністю мнестичних, інтелектуальних функцій та емоційної сфери. Для астеничного синдрому, характерно було підвищення стомлюваності дратівливості, загальна слабкість, зниження працездатності, нестійкість настрою. Больовий синдром характеризувався головними болями, болями в епігастрії, кардиалгіями.

У відновлювальному періоді (3 місяці після перенесеного МІ) представленість і вираженість когнітивних порушень (66,6%), больового синдрому (53,3%) зменшувалася, на перше місце виходили психо-емоційні розлади. У 13,3% хворих виявлялися анозогностичні розлади, які проявлялися відсутністю сприйняття і усвідомлення хвороби (хворі заявляли, наприклад, що не можуть встати, тому, що втомилися), від-

мовою від лікування, порушенням процесу впізнавання близьких родичів, медичного персоналу, втратою тимчасової орієнтування. Виразність анозогностичних розладів корелювала з тяжкістю МІ і з виразністю когнітивного дефіциту.

Таким чином, отримані результати показали динаміку психопатологічних синдромів у обстежуваних хворих були протягом періодів дослідження. У хворих з ІМ в гострому періоді провідним був больовий синдром, який приводив до виражених психо-емоційних розладів. Надалі первинний психоемоційний, вітально обумовлений, компонент йшов, і формувалися особистісно-реактивні реакції невротичного рівня з домінуванням тривожно-депресивної симптоматики. У гострому періоді МІ у всіх хворих первинним було порушення рівня свідомості з подальшими когнітивними розладами. Базисними також були астеничний і больовий синдроми. Надалі представленість і вираженість когнітивних порушень зменшувалася, на перше місце виходили психоемоційні розлади. Базисним залишався астеничний синдром, які набував іпохондричного, депресивного, тривожного, істероформного забарвлення.

Клінічне обстеження пацієнтів з цукровим діабетом другого типу (ЦД) показало, що найбільш часто (- в 95 % випадків) у пацієнтів с ЦД відмічається зниження пам'яті слухоречевої та зорової модальності, погіршення інтелектуальних здібностей, уповільнення мислення, недостатність уваги та опрацювання інформації, у подальшому виникають порушення праксису, гнозису, мовних функцій, а також порушення міжпівкульових взаємин. Окрім когнітивних порушень у хворих із дисметаболічною енцефалопатією при ЦД 2 типу спостерігалися головні болі (у 98,2 % випадків), запаморочення (у 85,5 %), хиткість при ходьбі (у 74,6 %), емоційна лабільність (у 63,6 %), астенія (у 38,2 %), порушення сну (у 69,1 %).

У всіх досліджених хворих спостергалися дифузні зміни спонтанної біоелектричної активності головного мозку у вигляді дезорганізації основних ритмів, зглаженості зональних розподілів ритмів, підвищення індексу повільнохвильової активності. Ультразвукова доплерографія визначала уповільнення швидкості кровотоку та підвищення судинного тону в артеріях екстра- та інтракраніального рівнів, у 34,6 % відсотків пацієнтів були діагностовані стенози сонних та/або хребцевих артерій більш ніж 50 % діаметру судини, у 16,4 % – гемодинамічне значимі звитості хребцевих артерій.

Середній бал за шкалою MMSE у обстежених хворих із діабетичною енцефалопатією становив 26-28 балів (при I ступені захворювання), 24-27 балів (при II ступені) та 24-18 балів (при третій стадії енцефалопатії). Розширене нейропсихологічне дослідження виявило зниження загальної когнітивної продуктивності по Адденбрукською шкалою оцінки пізнавальних здібностей до 78 ± 7 балів (при нормі 100 балів). При цьому у пацієнтів з діабетичною енцефалопатією характерним було поєднання зниження бальної оцінки по доменах

«увага і орієнтація» (11,8 %), «пам'ять» (36,8 %) і «швидкість мови» (25,6%) з нормальними показниками по областях «зорово-просторова орієнтація» і «мова». Така характеристика когнітивного дефіциту згідно Аденбрукського когнітивного опитувальника відповідає м'яким та помірним когнітивним порушенням та відображає розлад функціональної діяльності лобово-підкіркових співвідношень та нейродинаміки когнітивних процесів, пов'язаних із стовбурово-підкірковими структурами, поєднуючи в собі риси хвороби Альцгеймера та фронто-темпоральної деменції.

Проведення тесту на запам'ятовування 10 слів у хворих з ЦД виявило зниження здатності до концентрації уваги, сприйняття на слух і запам'ятовування інформації (до 7 слів). Недостатнє відстрочене у часі відтворення завчених слів (5-6 слів) відображало погіршення роботи "оперативної пам'яті" у даної групи хворих.

Оцінка даних коректурної проби свідчила про значне зниження при ЦД здатності до концентрації уваги, підвищення стомлюваності, зниження толерантності до навантажень (середній показник 158,3 знака). Максимальна концентрація уваги в середньому по групі відзначена на другій хвилині дослідження (278,6 знаків). У подальшому спостерігалася реакція стомлювання зі зниженням бальної оцінки до 161,5 знаків в середньому на 7 хвилині. При виконанні коректурної проби у хворих з ЦД виявилися помилки, найбільша кількість яких спостерігалася на першій хвилині дослідження, найменша – на другій хвилині (за рахунок «спрацьовування»). Подальше зростання кількості помилок до 7 хвилини обстеження свідчило про зниження здатності до концентрації уваги і втому мозку.

Вивчення показників довголатентних викликаних потенціалів у хворих з дисметаболічною енцефалопатією на тлі ЦД виявило затягування латентності піку P300 до 359 ± 13 мс ($p < 0,05$) щодо контролю (320 ± 18 мс). Крім того, результуюча хвиля ендogenous ВП, отримана методом когерентного накопичення відповідей після 100 стимулів (30 з яких значимі), у групі хворих з первинним гіпотиреозом була часто згладжена, а амплітуда досліджуваного піку P300 знижена. Подібна негативація викликанної активності була нейрофізіологічним корелятом стомлення мозку в гіпотиреодних умовах.

Таким чином, когнітивна дисфункція є частим ускладненням цукрового діабету 2 типу, що пов'язане як із віковим аспектом захворювання, так й з патологічним дисметаболічним каскадом, який становить основу патогенезу розвитку діабетичної енцефалопатії. Когнітивне зниження при ЦД 2 типу має змішаний (судино-дегенеративний) характер та характеризується наявністю симптомів лобової дисфункції та зацікавленістю скронево-тім'яних відділів головного мозку. Розвиток когнітивної дисфункції при цукровому діабеті поєднується із порушеннями в емоційно-вольовій сфері та формуванням астеничного та депресивного синдромів.

У хворих з первинним гіпотиреозом (ПГ) органічні психічні порушення з когнітивними розладами легкого

та помірного ступеня виявлялися в 79,4 % випадків та проявлялися зниженням пам'яті, концентрації уваги, розсіяністю, неможливістю зосередитися, уповільненням мислення, іноді зниженням інтелекту. Клініко-неврологічне обстеження хворих з ПГ виявило багаторівневий характер ураження нервової системи, а також цілий ряд неврологічних синдромів, характерних для даної патології. Основною формою неврологічного дефіциту у обстежених хворих була гіпотиреодна енцефалопатія, що зустрічалася практично у всіх досліджених хворих. У 30,9 % випадків дисметаболічна енцефалопатія спостерігалася як ізольований синдром, у 69,1 % хворих вона поєднувалася із поліневропатичним та мієлітичним синдромами.

Порушення когнітивних функцій займали провідне місце в клініці дисметаболічної енцефалопатії на тлі гіпотиреозу і проявлялися зниженням пам'яті та концентрації уваги, неухважністю, неможливістю довгого зосередження на виконанні певного завдання, уповільненням темпу мислення, іноді зниженням інтелекту.

Окрім когнітивних порушень при гіпотиреодній енцефалопатії спостерігалися синдром вегетативної дистонії (97,6%), цефалгічний (89,5), гіпертензивний (- у 79,8%), диссомнічний (у 81,6%), вестибуло-атактичний (56,7%), астеничний (89,5%) та депресивний синдроми (43,6%).

Нейрофізіологічними корелятами енцефалопатії при ПГ були дифузні зміни біоелектрогенезу з переважанням дезорганізованного (39,8%) та десинхронного «пологого» типів ЕЕГ (52,3%) за класифікацією О.О.Жирмунської (1994). При цьому амплітуда основного альфа-ритму знаходилася у зворотній пропорційному зв'язку із рівнем ТТГ у крові. Тобто порушення спонтанної біоелектричної активності головного мозку при ПГ залежали від глибини порушення тиреоїдного стану.

Погіршення церебральної гемодинаміки за даними ультразвукової доплерографії спостерігалася у вигляді уповільнення швидкості кровотоку та розвитку вазоспазму по всіх судинних басейнах. Слід зазначити, що гемодинамічні розлади при гіпотиреодній енцефалопатії розвивалися зазвичай при середньої та тяжкої стадії захворювання, і були менш виражені ніж метаболічні (оксидантний стресс, дисліпідемія, нейромедіаторні порушення).

Структурні порушення речовини головного мозку при ПГ за даними МРТ характеризувалися розвитком внутрішньої (62,1%) та зовнішньої (91,7%) гідроцефалії (непрямих ознак атрофії мозкової тканини), а також появою вогнищ зниженої щільності (39,8%) та лейкоареоза (20,9%).

Провідне місце в клініці дисметаболічної енцефалопатії на тлі гіпотиреозу займали порушення когнітивних функцій, які проявлялися зниженням пам'яті та концентрації уваги, неухважністю, неможливістю довгого зосередження на виконанні певного завдання, уповільненням темпу мислення, іноді зниженням інтелекту.

В цілому по групі обстежених хворих з ПГ спостерігалось зниження здатності до запам'ятовування (динаміка середніх показників в пробі на запам'ятовування 10 слів: 4-6-7-7-7), а також зниження здатності до утримання інформації в пам'яті (відтворення через 50 хвилин - в середньому 6 слів з 10). У групі контролю середні показники в пробі склали 6-8-9-9-10, а через 50 хвилин відтворювалися в середньому 9 слів з 10. Виразність зазначених змін, а також кількість помилок наростали в міру прогресування дисметаболическої енцефалопатії.

При виконанні тесту на запам'ятовування 10 слів в число званих включалися або нові, не фігурували в завданні слова, або повторювалися вже називалися. Троє хворих з дисметаболическою енцефалопатією третьої стадії взагалі із завданням не впоралися. Отримані дані свідчили про зниження у хворих з первинним гіпотиреозом здатності до концентрації уваги, сприйняття на слух і запам'ятовування інформації. Недостатнє відстрочене у часі відтворення завчених слів відображало погіршення роботи "оперативної пам'яті" у даної групи хворих.

Аналіз показників при виконанні коректурної проби в цілому в групі хворих на гіпотиреоз виявив значне зниження здатності до концентрації уваги, особливо на першій хвилині дослідження (середній показник 149,2 знака). Максимальна концентрація уваги в середньому по групі відзначена на другій хвилині дослідження (216,6 знаків), надалі відзначена реакція втоми зі зниженням бальної оцінки до 155,1 знака в середньому на 7 хвилині. Загальний показник (за 7 хвилин) склав у середньому по групі обстежених хворих 1324,4 балів. Цікаво, що кількість оброблених знаків у хворих з ПГ продовжувало зростати аж до 5 хвилини дослідження, однак одночасно і зростала кількість помилок. У осіб контрольної групи концентрація уваги також досягла максимуму на другій хвилині дослідження (в середньому 233,7 балів), але здатність концентруватися на початку дослідження у них була набагато краще (204,2 бала на першій хвилині), а реакція втоми менш вираженою (257, 5 на сьомій хвилині дослідження). Загальна бальна оцінка за коректурної пробі складала 1701,3 бала. При підрахунку кількості помилок при виконанні коректурної проби у хворих з ПГ виявлено велику їх кількість на першій хвилині, з подальшим зменшенням кількості на другій (за рахунок «впрацьовування») і подальше зростання кількості помилок до сьомої хвилини за рахунок зниження здатності до концентрації і втоми мозку. Ті ж тенденції були виявлені при аналізі отриманих даних з залежності від стадії ДМЕ, з прогресивним погіршенням у міру наростання ступеня її тяжкості. Оцінка загальної когнітивної продуктивності у хворих з ПГ по Короткій шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) при початковій стадії ДМЕ виявила субкомпенсований характер мноестичних порушень (27-25 балів), при другій стадії реєструвалася виразна когнітивна дисфункція (24-21 балів), при третій стадії показник інтелектуальної про-

дуктивності відповідав рівню когнітивного зниження (22-17 балів). При цьому у 36,5% хворих з ДМЕ III стадії діагностувалася деменція.

Таким чином, в умовах дефіциту тиреоїдних гормонів спостерігалось значне зниження здатності до концентрації уваги, підвищення стомлюваності, зниження толерантності до навантажень та загальної когнітивної продуктивності, іноді до рівня деменції.

Проведений кореляційний аналіз у групі обстежених хворих з ПГ виявив назад пропорційну залежність між кількісним показником короточасної пам'яті (- проба на запам'ятовування 10 слів), кількістю балів при виконанні коректурної проби і латентністю Р300 ($r = -0,71; -0,55$). Зазначені зміни ендогенних викликаних потенціалів свідчили про наростаючий характер когнітивних порушень у міру прогресування як основного захворювання, так і дисметаболическої енцефалопатії.

На основі одержаних результатів розроблені діагностичні критерії когнітивних розладів у хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок церебро-васкулярних, серцево-судинних та ендокринних захворювань, систематизовані фактори ризику для ранньої діагностики та профілактики когнітивних та емоційних розладів у хворих із психічними порушеннями при соматичних захворюваннях.

Література:

1. Бачинська Н. Ю., Холін В. О. Синдром помірних когнітивних порушень, віковий аспект // Журн. практичного лікаря. - 2007. - № 3. - С. 46-51.
2. Григорова И.А. Лечение мозгового инсульта в начале третьего тысячелетия // И.А. Григорова, С.М. Винничук и др. //Здоров'я України XXI сторіччя: медична газета. -2006. -№10. -С. 26-28.
3. Захаров В.В., Локишина А.Б. Применение препарата проноран (пирибедил) при легких когнитивных расстройствах у пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией. //Неврологический журнал. -2004. -Т.9. № 2. -С.30-35.
4. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушения памяти. //Москва: ГеотарМед. -2003. -С.150.
5. Захаров В.В., Сосина В.Б. Возможности антигипоксантов в лечении умеренных когнитивных нарушений у больных сахарным диабетом // Лечащий врач. - 2010. - № 3. - С. 12-15.
6. Есева О. А. , Штрыголь С.Ю., Мерзликін С.И., Штрыголь Д. В. Сахарный диабет 2 типа: цереброваскулярные, когнитивные и аффективные нарушения, особенности фармакотерапии // Провизор. - 2009. - №1. - С. 3-7.
7. Мищенко Т.С. Достижения в области сосудистых заболеваний головного мозга за последние 2 года // Журн. Здоров'я України. - 2010. - № 5. - С. 1213.
8. Мищенко Т.С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции //Т.С. Мищенко, Л.Ф. Шестопалова //Международный неврологический журнал. - 2007. - №2 (12). - С. 26 -30.
9. Стан неврологічної служби України в 2008 році: Статистично-аналітичний довідник / [Жоанова М. П., Зінченко О. М., Голубчиков М. В., Мищенко Т. С.]. - Харків, 2009. - 24 с.
10. Яхно Н. Н., Захаров В. В. Легкие и умеренные когнитивные нарушения в пожилом возрасте // Терапевт. архив. - 2006. - № 1. - С. 80-83.
11. Baldinini IM, Vita A, Mauri MC et al. Psychopathological and cognitive features in subclinical hypothyroidism //Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. - 1997. - Vol.21, №6 - P.925-935.
12. Backman L., Ginovart N., Dixon R. et al. Age-related cognitive deficits mediated by changes in the striatal dopamine system. Am J Psychiatr. 2000; 157: 635-637.

13. Cox D. J., Kovatchev B. P., Gonder-Frederick L. A. et al. Relationships Between Hyperglycemia and Cognitive Performance Among Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes // *Diabetes Care*. 1997. Vol. 28. P. 71–77.

14. DiCarlo A., Baldereschi M., Amaducci L. Et al. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging. // *J Am Ger Soc*. – 2000. – V. 48. – P. 775–782.

15. Galluzi S., Sheu C. F., Zanetti O., Frisoni G. B. Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord*. – 2005. – 19. – P. 196–203.

16. Ganguli M., Dodge H. H., Shen C. et al. Mild cognitive impairment, amnesic type an epidemiologic study // *Neurology*. – 2004. – 63. – P. 115–121.

17. Hackett M. L., Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies / C. Yapa, V. Parag et al. // *Stroke*. – 2005. – Vol. 36. – P. 1330–1340.

18. Petersen R. C., Doody R., Kurz A. et al. Current concepts in mild cognitive impairment // *Arch. Neurol*. – 2001. – 58, № 12. – P. 1985–1992.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Г.М. Кожина, В.И. Коростий, В.Б. Михайлов, О.Л. Товажнянска, И.А. Григорова

В ходе работы проведено изучение клинической структуры и особенностей синдрома генеза когнитивных расстройств среди больных трудоспособного возраста с соматическими заболеваниями. Разработанные диагностические критерии когнитивных расстройств у больных с органическими и симптоматическими психическими заболеваниями вследствие цереброваскулярных, сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, систематизированы факторы риска для ранней диагностики и профилактики когнитивных и эмоциональных расстройств у больных с психическими нарушениями при соматических заболеваниях.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, соматические заболевания, трудоспособный возраст

CLINICAL STRUCTURE AND DYNAMICS OF COGNITIVE DISORDERS AMONG PATIENTS OF WORKING AGE WITH PHYSICAL ILLNESS

H.M. Kozhyna, V.I. Korostiy, V.B. Myhaylov, O.L. Tovazhnyanska, I.A. Hryhorova

In the course of the study of structure and clinical features syndromohenezu cognitive disorders among patients of working age with physical illness. The developed diagnostic criteria for cognitive disorders in patients with organic and symptomatic mental illness due to cerebrovascular, cardiovascular and endocrine diseases, systematic risk factors for early diagnosis and prevention of cognitive and emotional disorders in patients with mental disorders in somatic diseases.

Keywords: cognitive disorders, physical illness, working age

УДК 616.895.4-008.441.44-008.447-055.1-005.2

Л.Т. Сновида

ГЕНДЕРНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

(клинико-психопатологический и патопсихологический анализ)

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: гендерные различия, депрессивные расстройства, суицидальное поведение, патопсихологический механизм, клинические факторы, клинико-психопатологические факторы

Депрессия сегодня - один из самых острых и злободневных вопросов современной медицины. Именно депрессивные расстройства называют “болезнью третьего тысячелетия”. По данным Всемирной организации здравоохранения депрессиями страдает около 5–8 % населения земного шара. Риск развития депрессии в течение жизни составляет около 20 %. Угроза заболеть депрессией хотя бы раз в жизни существует для каждой четвертой женщины и для каждого седьмого мужчины [5;6;9]. При этом отмечается ежегодное увеличение числа суицидов в большинстве развитых стран мира. В Украине только за последние 10 лет показатель распространенности депрессивных расстройств возрос на 17,7 % [13;16].

Смертность среди больных депрессией мало уступает смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, не менее 15 % больных депрессией совершают суицид. Именно депрессия оказывается причиной 70 % всех

совершенных самоубийств. В среднем риск самоубийства среди людей с депрессией в 20 раз выше, чем в общей популяции населения [6;7;12].

Отмечено, что частота суицидов среди мужчин значительно выше, чем среди женщин. В целом по данным ВОЗ соотношение мужчин и женщин, совершивших заверченный суицид, составляет 3,5 к 1. В Украине этот показатель достигает 6,75 к 1 [16]. Среди пожилых частота суицидов среди мужчин прогрессивно возрастает и составляет 6-9 к 1. Обратная закономерность наблюдается при совершении суицидальных попыток, женщины совершают их в 4 раза чаще мужчин. Среди суицидентов старших возрастных категорий преобладают мужчины [7;16]. Среди причин такой дифференциации выделяют специфические особенности гендерной психологии мужчин и женщин. Вместе с тем, роль гендерного фактора в генезе депрессий, их влияние на формы суицидального поведения и комор-