

І.Г. Мудренко

ДО АКТУАЛЬНОСТІ ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ
У ХВОРИХ З ДЕМЕНЦІЯМИСумський державний університет, Медичний інститут, м. Суми
mudrenko_sopnd@mail.ru

Актуальність теми, що вивчається, обумовлена значним зростанням рівня деменцій у світі в другій половині ХХ та на початку ХХІ століття. Деменція є основною причиною втрати працездатності після онкозахворювань та уражень спинного мозку та віднімає 11,2% років працездатного періоду осіб віком понад 60 років (WHO, 2003).

Матеріальні витрати на лікування і догляд за пацієнтами з деменцією надзвичайно високі та мають тенденцію до подальшого зростання. У 2010 році загальні глобальні суспільні витрати на деменцію оцінювалися в 604 млрд доларів США, що удвічі перевищувало втрати від серцево-судинних та онкозахворювань (Волошин П.В., Марута Н.О., Міщенко Т.С., 2010; Waldemar G., Dubois B., Emre M., 2006).

В усьому світі нараховується 44,4 мільйона людей з деменцією, 58% із зареєстрованих випадків деменції припадає на країни з низьким або середнім рівнем соціального розвитку. Передбачається, що до 2030 року кількість хворих складатиме не менше 75,6 млн, а до 2050 року – 135,5 млн чоловік (Wimo A., Winblad B., 2003).

За даними ООН, сьогодні кожному десятому жителю нашої планети за 60 років, зокрема в Україні 60-річний рубіж переступив кожен п'ятий. Україна, як і інші європейські держави, переживає процеси старіння суспільства, зараз кількість пенсіонерів більша, ніж працездатного населення. За прогнозами експертів Світового банку, у найближчі 15–20 років численність людей працездатного віку в Україні скоротиться на 16%.

Ризик розвитку деменції зростає прогресивно з віком: за кожні 10 років після 65 – удвічі. Проведені популяційні дослідження свідчать, що приблизно у половини осіб віком 85 років і більше можливий розвиток деменції, причому цей процес спостерігається як в економічно розвинутих країнах, так і у тих, що розвиваються. Такого росту кількості хворих на деменцію в історії не було ніколи, що дає підстави деяким авторам говорити про унікальність ситуації кінця ХХ – початку ХХІ ст. – «епідемію деменції». Ця проблема є також актуальною і для України, в якій кількість хворих на деменцію прогресивно збільшується. Деменція здебільшого вражає людей старшого віку, однак зростає й кількість випадків виникнення цього стану у віці до 65 років (Норрис Грем, Джеймс Уорнер, 2014; Manthorpe J., 2003).

Згідно з даними інституту геронтології, поширеність деменції в Україні серед осіб віком понад 60 років становить 10,4% (Бачинська Н.Ю., 2004). За даними офіційної статистики, в нашій країні зареєстровано 62 180 пацієнтів з усіма видами деменції, що становить 133,8 на 100 тис. населення (Міщенко Т.С., Здесенко І.В., 2014; Чабан О.С., Хаустова Е.А., Безшейко В.Г., 2011; Пінчук І.Я., 2009).

Сучасний етап вивчення етіології та патогенезу деменцій характеризується зростанням питомої частки методів нейровізуалізації церебральної патології, у зв'язку з чим вдається виділити декілька клінічних форм деменцій. Найчастішими причинами розвитку деменції є хвороба Альцгеймера (ХА), судинні ураження головного мозку, нейродегенеративні захворювання (хвороба Паркінсона, деменція з тільцями Леві, хвороба Гентінгтона тощо). Близько 80% усіх випадків становлять деменції при хворобі Альцгеймера і цереброваскулярній патології та при їх поєднанні (Марута Н.А., Кожина Г.М., Коростій В.І., 2012; Школьник В.М., Кальбус О.І., 2012; Winblad B., Mario Fioravanti, T. Dolezal, I. Logina, 2008).

У сучасних дослідженнях доведений тісний зв'язок когнітивних розладів при деменціях з широким колом психопатологічних синдромів та поведінкових розладів.

У хворих з деменцією найчастіше виявляються депресія та тривога. У цієї категорії хворих симптоми тривоги трапляються в 5 разів частіше, ніж у осіб похилого віку без деменції (Вознесенська Т.Г., 2000; Дамулін І.В. 2002; Топчій Н.В. 2005; Alexopoulos G.S., 2003; Devenand D.P., Pelton G.H., Roose S.P., 2002; Olin J.T., Katz I.R., Meyers B.S. et al., 2002; Sembi S. et al., 1998).

При первинно-дегенеративних деменціях депресивні прояви діагностують у 20–30%, а при судинній (мультиінфарктній) деменції – у 25–30% випадків (Haggerty J.J., Golden R.N., Evans D.L. et al., 1988).

Наявність коморбідної психопатологічної симптоматики при деменції є прогностично несприятливою ознакою обмеження активності у повсякденному житті, інвалідизації та швидкої смерті (Olin J.T., Katz I.R., Meyers B.S., et al., 2002).

На частку осіб похилого та старечого віку припадає пік по кількості завершених суїцидів, що пов'язано з наявністю хронічних соматичних захворювань, втратою роботи, самотністю, усвідомленням невідворотності смерті. Наявність психічного захворювання підвищує ризик суїциду в рази.

У сучасних дослідженнях доведено, що близько 45% хворих на хворобу Альцгеймера та Піка мають суїцидальні наміри, хоча спроби самогубства рідкісні. Найнебезпечнішими щодо скоєння суїциду, на думку багатьох авторів, є початкові стадії деменції. Занепокоєння викликає факт, що при суцільному патоморфологічному дослідженні самовбивць часто виявляють характерні для хвороби Альцгеймера зміни, хоча за життя це захворювання діагностовано не було (Сайко Д.Ю., 2013; Stenager E.N., Wermuth L., Stenager E., Boldsen J., 1994; Olin J.T., Katz I.R., Meyers B.S., 2002).

Аналіз наукових даних показує, що коморбідна з деменцією психопатологічна симптоматика широко

досліджується, однак до сьогодні відсутні узагальнюючі дослідження, у яких було б вивчено залежність ризику виникнення суїцидальної поведінки від клінічної форми деменції, клініко-анатомічних, нейрофізіологічних, психопатологічних, гендерних особливостей.

Крім того, відсутні розроблені заходи психосоціальної реабілітації для дементних хворих з суїцидальними проявами та заходи їх превенції.

Необхідність вивчення вказаних питань обґрунтовує актуальність нашого дослідження.

М.О. Овчаренко, Л.Л. Пінський, Ю.О. Євтушенко

НЕПАРАМЕТРИЧНІ КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ВМІСТОМ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ ТА ІНТЕНСИВНІСТЮ ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНЦІЇ СИРОВАТКИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ОПОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне
lond-sever@ukr.net

Під наглядом перебували 109 хворих на опіюдану залежність (ОЗ) – 84 чоловіків та 25 жінок у віці від 19 до 48 років, в тому числі 84 хворих із коморбідним хронічним гепатитом С (ХГС) (66 чоловіків та 18 жінок) у віці від 21 до 48 років, які перебували під спостереженням у Луганському обласному наркологічному диспансері (м. Лисичанськ) та Сватівській обласній психіатричній лікарні. Серед 84 хворих із поєднанням ОЗ і ХГС, гепатит мав малу активність у 51 пацієнта, помірну – у 33.

У хворих на ОЗ відмічається суттєве збільшення вмісту ФНП-альфа в сироватці крові в усі періоди захворювання, проте найбільша концентрація цього цитокіну має місце в ранньому абстинентному періоді ($52,2 \pm 3,2$ пг/мл) і знижується в пізньому абстинентному та періоді ремісії. У групі хворих на ОЗ із коморбідним ХГС виявлено вірогідне зростання концентрації ФНП-альфа в найбільшій мірі у пізньому абстинентному періоді ($85,1 \pm 2,5$ пг/мл), високі показники цього цитокіну зберігалися і в періоді ремісії ($77,4 \pm 2,6$ пг/мл). Найбільші дискримінантні властивості між групами хворих на ОЗ та ОЗ із ХГС мають показники ФНП-альфа в пізньому абстинентному

періоді ($F=89,891$; $P<0,0001$) та періоді ремісії ($F=142,603$; $P<0,0001$), що свідчить про збереженість патогенетичного впливу прозапального цитокіну ФНП-альфа у хворих на ОЗ, поєднану із ХГС.

При оцінці кореляції сироваткового рівня ФНП-альфа із показниками перекис-індукованої ХЛ ми встановили, що помірна активність коморбідного хронічного гепатиту С, порівняно із малою його активністю, обумовлює більш значний вплив цього прозапального цитокіну на інтенсивність перекисного окиснення ліпідів і зсув балансу ПОЛ–АОЗ до активації ПОЛ в ранній ($R=+0,679$; $P<0,001$; $R=+0,525$; $P<0,002$ відповідно) та пізній абстиненції ($R=+0,821$; $P<0,001$; $R=+0,808$; $P<0,001$ відповідно).

При помірній активності коморбідного ХГС у хворих на ОЗ інтерлейкін-6 має найбільший вплив на зростання вмісту прооксидантних речовин у сироватці крові в ранній абстиненції ($R=+0,740$; $P<0,001$), зростання активності ПОЛ в ранній та пізній абстиненції ($R=+0,480$; $P<0,001$; $R=+0,724$; $P<0,001$ відповідно), вірогідний зсув балансу ПОЛ–АОЗ у бік активації ПОЛ в ранній ($R=+0,759$; $P<0,001$) та пізній абстиненції ($R=+0,801$; $P<0,0001$).

В.В. Огоренко

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск
ogorenkov@gmail.com

Проблемы ранней диагностики, лечения и реабилитации больных при онкологической патологии головного мозга остаются во многом не решенными. Известно, что формирование опухолей, локализирующихся в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния пациентов. Психические расстройства (частота проявлений которых, по данным разных авторов, колеблется в пределах 40–100% случаев) зачастую становятся первыми проявлениями онкопатологии.

Цель исследования – изучение особенностей ранних психических расстройств у больных с опухолями головного мозга.

Материалы и методы. Обследовано 250 больных первичными злокачественными (ЗНО) и доброкачественными (ДНО) опухолями головного мозга. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационном периоде до верификации диагноза.

В исследованную выборку вошли пациенты без преморбидного отягощения психическими расстройствами и расстройствами поведения, с отсутствием сопутствующих болезней нервной системы и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной