

Мета – вивчення особливостей афективних проявів у пацієнтів з запійними станами при алкогольній залежності з урахуванням індивідуального хронотипу.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням перебували 226 пацієнтів з алкогольною залежністю (F10.2–F10.4), які мали постійний тип зловживання алкоголем, віком від 23 до 59 років, в тому числі 157 (69,5 %) чоловіків та 69 (30,5 %) жінок. Обстеження проводили після завершення курсу дезінтоксикаційної терапії за допомогою клініко-психопатологічного, психодіагностичного, біоритмологічного, статистичного методів. Дослідження психоемоційної сфери проводили з використанням шкали Монтгомері–Асберг (MADRS) для оцінки тяжкості депресії та шкали Спілбергер–Ханіна для оцінки рівня тривожності, індивідуальний хронотип визначали за анкетною Естберга (1976). З урахуванням оцінки біоритмологічного статусу було сформовано три клінічні групи: в 1 групу увійшли 100 (44,2 %) пацієнтів ранкового типу, в 2 групу – 70 (31,0 %) осіб недиференційованого типу, в 3 групу – 56 (24,8 %) осіб вечірнього типу.

Результати та їх обговорення. Аналіз розподілу показників реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) показав, що серед всіх обстежених високий рівень (≥ 46 балів) РТ зареєстрований у 102 (45,1 %) пацієнтів, середній рівень (31–45 балів) – у 91 (40,3 %), низький рівень (≤ 30 балів) – у 33 (14,6 %); високий рівень ОТ був у 93 (41,1 %) пацієнтів, середній – у 122 (53,9 %) і низький – у 11 (4,9 %). При цьому в 3 групі переважали респонденти ($73,21 \pm 5,92$ %), бальна оцінка показників РТ яких була високою, порівняно з 2 групою – $44,29 \pm 5,94$ %, $\chi^2 = 10,631$, $p = 0,002$, та 1 групою – $30,0 \pm 4,58$ %, $\chi^2 = 27,033$, $p < 0,001$. Високий рівень ОТ також був у більшості пацієнтів 3 групи ($75,0 \pm 5,79$ %), на відміну від 2 групи ($40,0 \pm 5,86$ %) та 1 групи ($23,0 \pm 4,21$ %), $p < 0,001$. Середні показники РТ достовірно частіше відзначали у 1 групі, порівняно з 3 групою – $52,2 \pm 5,0$ % і $23,21 \pm 5,64$ % відповідно, $\chi^2 = 9,314$, $p = 0,003$. У 3 групі респондентів з низьким рівнем РТ не було, тоді як $18,0 \pm 3,84$ % пацієнтів 1 групи та $21,43 \pm 4,90$ % – 2 групи мали низькі показники РТ ($p < 0,001$).

За шкалою Монтгомері–Асберг встановлено наявність депресивної симптоматики у 139 (61,5 %) обстежених, з них у 36 (15,9 %) була легка депресія (16–25 балів), у 89 (39,4 %) – помірна (26–30 балів), у 14 (6,2 %) – тяжка (> 30 балів). Порівняння ступеня тяжкості депресії в залежності від біоритмологічного статусу показало, що тяжка депресія частіше зустрічалася в 3 групі, порівняно з 1 групою – $10,71 \pm 4,13$ % і $3,0 \pm 1,71$ % відповідно, $\chi^2 = 3,930$, $p = 0,048$, а також рідше були відсутні депресивні симптоми – $28,57 \pm 6,04$ % і $46,0 \pm 4,98$ %, $\chi^2 = 4,553$, $p = 0,033$.

Висновки. У пацієнтів з постійним типом зловживання алкоголем превальювали високий рівень реактивної тривожності і помірна депресія. При аналізі особливостей афективного статусу з урахуванням індивідуального хронотипу виявлено, що у осіб вечірнього типу переважав високий рівень РТ і ОТ, порівняно з обстеженими з ранковим і недиференційованими типами ($p < 0,01$). Також у пацієнтів вечірнього типу, порівняно з ранковим, частіше зустрічалася тяжка депресія і було мало респондентів, які не мали депресивних симптомів ($p < 0,05$). Отримані результати розширюють можливості оптимізації патогенетичної комплексної терапії даної категорії пацієнтів.

Ключові слова: алкогольна залежність, запійні стани, афективні розлади, біоритмологічний статус.

L. V. Zhyvotovska, V. V. Borysenko, O. A. Kazakov

AFFECTIVE STATUS OF PATIENTS WITH DRUNKEN STATES WITH ALCOHOL DEPENDENCE TAKING INTO ACCOUNT THE INDIVIDUAL CHRONOTYPE
Higher State Educational Establishment of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine
lzhyvotovska@gmail.com

Background. At all stages of the formation and flow of alcohol dependence the most frequent clinical manifestation is affective pathology, in the structure of which an important place is occupied by depressive and anxiety disorders.

Objective. Purpose of work – to study the features of affective manifestations in patients with drunken states with alcoholic dependence, taking into account the individual chronotype.

Materials and methods. It was examined 226 patients (F10.2–F10.4) with stable type of alcohol abuse, aged from 19 to 63 years, of which 157 (69,5 %) – men, 69 (30,5 %) – women. The study used the clinical-psychopathological, psychodiagnostic, biorhythmologic and statistical methods. It was used Montgomery-Asberg and Spielberger-Hanin scales, the individual chronotype was determined by the Östberg's questionnaire (1976). Taking into account the assessment of the biorhythmologic status, three clinical groups were formed: group 1 included 100 (44,2 %) patients of the morning type, group 2 – 70 (31,0 %) persons of the undifferentiated type, group 3 – 56 (24,8 %) persons of the evening type.

Results. It was found that respondents with a high level of reactive anxiety (RA) ($73,21 \pm 5,92$ %) prevailed in group 3 compared to group 2 ($44,29 \pm 5,94$ %), $p = 0,002$ and group 1 ($30,0 \pm 4,58$ %), $p < 0,001$. High level of personal anxiety (PA) was also at most patients of the 3rd group ($75,0 \pm 5,79$ %), as opposed to group 2 ($40,0 \pm 5,86$ %) and group 1 ($23,0 \pm 4,21$ %), $p < 0,001$. Among the patients of the 3rd group respondents with low RA were absent, whereas $18,0 \pm 3,84$ % of the patients in group 1 and $21,43 \pm 4,90$ % group 2 had low RA ($p < 0,001$). Comparison of the degree of severity of depression, depending on the biorhythmologic status, showed that in group 3 there was more severe depression than in group 1 – $10,71 \pm 4,13$ % and $3,0 \pm 1,71$ % respectively, $p = 0,048$, and also less depressive symptoms – $28,57 \pm 6,04$ % and $46,0 \pm 4,98$ %, $p = 0,033$.

Conclusions. Thus, in individuals of the evening type, a high level of RA and PA prevailed in comparison with the morning and undifferentiated type ($p < 0,01$). Also, in patients of the evening type, severe depression ($p < 0,05$) was more common than in patients with the morning type. The obtained results broaden the possibilities of optimization of pathogenetic complex therapy of this category of patients.

Keywords: alcohol dependence, drunken states, affective disorders, biorhythmologic status.

УДК 616.89-008.441.44-071.1:616.89-008.454

І. Г. Мудренко

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ
ТА СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ

Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми

mudrenko.irina@gmail.com

Актуальність. Суїцидальна поведінка (СП) є головною проблемою психіатричної спільноти. Люди похилого віку піддаються низці негативних впливів, що сприяють формуванню СП. Окрім того, наявність супутньої соматичної патології є підґрунтям для формування у даної категорії хворих СП.

Мета – визначення клініко-анамнестичних предикторів СП у хворих з різними клінічними варіантами деменцій.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 213 хворих з використанням клініко-анамнестичного методу, 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.

Результати та їх обговорення. На підставі проведеного статистичного аналізу між основною та контрольною групами встановлено вірогідні розбіжності за клініко-анамнестичними ознаками, що стали відповідними предикторами ризику та антиризиків СП у хворих із різними типами деменцій.

Встановлено вірогідні розбіжності між основною та контрольною групами за типологією соматичних захворювань. У хворих з високим СР при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера достовірно частіше зустрічались цукровий діабет, ХОЗЛ та артрози великих суглобів ($t=2,09$; $p<0,05$).

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

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

Результати порівняльного аналізу профілю анамнестичних подій у хворих основної та контрольної груп підтвердили наявність достовірних розбіжностей. Хворі з високим ризиком суїциду в минулому частіше зазнавали впливу травматичних подій (ЧМТ, переломи кінцівок) ($t=2,09$; $p<0,05$), хронічної інтоксикації алкоголем ($t=2,09$; $p<0,05$) та мали суїцидальні спроби ($t=4,17$; $p<0,001$).

Хворі основної групи з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера мали спадкову обтяженість суїцидальними спробами та хронічним алкоголізмом ($t=2,09$; $p<0,05$).

У хворих із судинною формою деменції супутня соматична патологія була представлена переважно цереброваскулярними ураженнями у формі ГХ та ДЕП – 56,4±8,04 % і 41±7,98 % в основній групі та 61,8±8,46 % і 52,9±8,69 % – у контрольній. Вірогідних розбіжностей між групами за частотою даних захворювань не було.

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

Аналіз преморбиду хворих із судинною деменцією встановив переважання в анамнезі мозкових катастроф у вигляді інфаркту ГМ та ГПМК за геморагічним типом, як в основній (20,5±6,55 % та 7,69±4,32 %) так і в контрольній групах (41,2±8,57 % та 23,5±7,38% відповідно). Отримані дані достовірно не різнились у порівнюваних групах, так як судинне ураження ГМ є підґрунтям для формування когнітивного дефіциту незалежно від ризику суїциду.

Аналіз перенесених негативних життєвих подій у хворих з судинною деменцією продемонстрував достовірне переважання в основній групі (з СР) ЧМТ ($t=2,99$; $p<0,01$); оперативних втручань ($t=3,96$; $p<0,001$); суїцидальних спроб в анамнезі ($t=3,00$; $p<0,01$).

Спадкова обтяженість як в основній, так і в контрольній групах була представлена когнітивними порушеннями в поєднанні з цереброваскулярною патологією. Відмінностей між групами, які вивчалися, за рівнем спадкової обтяженості не виявлено.

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

У групі без проявів СП пацієнтів з діагностованою цереброваскулярною патологією (ГХ, ДЕП) та ІХС було менше, ніж в основній (достовірність 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 зазнавали дії травматичних впливів (ЧМТ, суїцидальні спроби) та мали ГПМК за геморагічним типом, порівняно з групою контролю (без СР) (16,7±6,92 % та 0±0 % відповідно) ($t=2,4$; $p<0,05$).

Аналіз профілю спадкових захворювань виявив переважання серед родичів хворих з високим ризиком 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 ($t=4,70$; $p<0,001$).

Висновки. У дослідженні ми визначили клініко-анамнестичні фактори ризику суїциду у хворих із різними клінічними формами деменцій:

При деменції внаслідок хвороби Альцгеймера:

- гетерогенність супутньої соматичної патології у формі цукрового діабету, ХОЗЛ, ДОО ($t=2,09$; $p<0,05$);
- 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 у родині ($t=2,09$; $p<0,05$).

При судинній деменції:

- 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 змішаній деменції:

- 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 за геморагічним типом в анамнезі ($t=2,4$; $p<0,05$);
- спадкова обтяженість когнітивними порушеннями ($t=2,4$; $p<0,05$).

До диференційних клініко-анамнестичних факторів антиризик суїциду належать:

- при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера та судинній деменції факторів, що запобігають формуванню СП, за клініко-анамнестичними даними не визначено;
- при змішаній деменції: 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 цереброваскулярна патологія ($t=4,70$; $p<0,001$).

Ключові слова: суїцидальна поведінка, хвороба Альцгеймера, судинна деменція, змішана деменція, клініко-анамнестичні предиктори.

I. H. Mudrenko

THE INTERRELATION OF THE CLINICO-ANAMNESTIC PECULIARITIES
OF THE PATIENTS AND SUICIDAL RISK CAUSED BY VARIOUS TYPES OF DEMENTIA

Sumy State University, Medical Faculty, Sumy, Ukraine
mudrenko.irina@gmail.com

Background. The suicidal behavior is one of the main problems within the sphere of psychiatry. The presence of coexistent somatic disorders causes the formation of suicidal behavior within the above-mentioned category of patients.

Objective of the research is to define the clinico-anamnestic predictors of suicidal behavior in patients with different types of dementia.

Materials and methods. 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.

Results. In the process of the research the clinico-anamnestic factors of suicidal risk in patients with different types of dementia were defined: sn dementia caused by Alzheimer's disease: heterogeneity of the coexistent somatic disorders in the form of the diabetes, COPD, osteoarthritis deformans ($p<0,05$); traumatic events (craniocerebral traumas, fractures of the body and limb bones) and chronic alcoholism within the medical history ($p<0,05$); suicidal attempts in the past ($p<0,001$); suicidal history and alcoholism in the family ($p<0,05$). In vascular dementia: coexistence with cardiac disorders ($p<0,001$); traumatic events throughout life: craniocerebral traumas ($p<0,01$); surgery ($p<0,001$); suicidal attempts ($p<0,001$). In mixed dementia: coexistence with diabetes ($p<0,001$); traumatic events (craniocerebral traumas, suicidal attempts) throughout life ($p<0,05$); acute cerebrovascular haemorrhagic disorders within the medical history ($p<0,05$); hereditary cognitive disorders load ($p<0,05$). To the differentiated clinico-anamnestic factors of the suicidal behavior anti-risk one can refer: according to the clinico-anamnestic data, in patients with dementia caused by Alzheimer's disease and with vascular dementia no factors preventing the formation of suicidal behavior are defined. In mixed dementia: adjunction of the cerebrovascular (dyscirculatory encephalopathy, hypertensive disease) ($p<0,01$) and cardiac disorders (coronary heart disease) ($p<0,05$); hereditary alcoholism load ($p<0,001$) and/or cerebrovascular disorders ($p<0,001$).

Conclusion. On the basis of the statistical analysis conducted, the possible differences between the main and the control group of patients according to their clinico-anamnestic features were defined. The above-mentioned features became the corresponding predictors of the risk and anti-risk suicidal behavior in patients with different types of dementia. The data obtained may be referred to in the process of suicidal condition diagnosing in different types of dementia.

Keywords: suicidal behavior, Alzheimer's disease, vascular dementia, mixed dementia, clinico-anamnestic predictors.

УДК 616.89-008.13-008.545-07-08

О. К. Напреєнко, Н. Ю. Напреєнко, В. В. Бабич

ПРОТИРЕЦИДИВНА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСІЙ В ОСІБ, ЯКІ ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

napr_center@bigmir.net

Актуальність даної теми зумовлена недостатньою стійкістю терапевтичного ефекту, тобто значним відсотком рецидивів взаємозумовлених депресивних розладів (ДР) і таких форм алкогольної патології, як вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (ВАШН, за МКХ-10: F10.1) та синдром алкогольної залежності (АЗ, F10.2). Це призводить до цілої низки суттєвих ускладнень хвороби, а саме до помітного зростання тяжкості як ДР, так і АЗ та ВАШН.

Мета роботи – підвищення рівня медичної допомоги особам із ВАШН і депресією шляхом розробки, використання та оцінки результативності системи протирецидивної терапії (ПРТ), що враховує фактори походження та предиктори рецидивів, а також стадії ремісії.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 65 чоловіків віком від 24 до 53 років, в яких діагностовано ВАШН і ДР. Застосовано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (скринінг шкала AUDIT, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала самооцінки депресії Цунга, шкала Спілбергера – Ханіна, методика Леонгарда – Шмішека) і статистичний методи дослідження. Через 1 місяць після основного курсу лікування, за умови утримання пацієнтів протягом цього часу від вживання алкоголю, усім їм в амбулаторних умовах проводили протирецидивне лікування, яке, крім психофармакологічних і психотерапевтичних впливів, включало психопрофілактичні, психогігієнічні складові та санацію вісцеральної і неврологічної сфер. Відмінністю розробленої та впровадженої системи ПРТ було те, що вона проводилася диференційовано залежно від стадії ремісії. В першій – стадії «дозрівання ремісії» – було продовжено лікування, яке проводилося в «основному» (купірувальному) курсі. Воно спрямовувалося на подальше послаблення депресивної симптоматики, поступове зменшення інтенсивності медикаментозної седації з посиленням стимулювальних впливів і корекцію інших (неафективних), частіше непсихотичних, а інколи й психотичних психічних порушень. При