

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 антиризиків суїциду належать:

- при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера та судинної 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 садації з посиленням стимулювальних впливів і корекцію інших (неафективних), частіше непсихотичних, а інколи й психотичних психічних порушень. При

цьому відміну антидепресивних засобів здійснювали в загальмованому темпі, який дещо відставав від редукції симптомів депресії. В другій – стадії «стабілізації ремісії» – лікувально-профілактичні заходи були спрямовані на остаточне визначення спектра психофармакотерапії, яка сприяє або хоча б не заважає соціальній активності пацієнта. В третій – стадії «пререцидиву» – здійснювали динамічне спостереження з метою раннього виявлення пререцидивних психічних зрушень. При виявленні ознак повернення депресії, інших (коморбідних) психічних і соматоневрологічних порушень чи / та відновленні алкоголізації повторювалося активне психотропне та соматотропне комплексне лікування з використанням тих самих терапевтичних засобів й у тих самих дозах, які були ефективними в попередній активній фазі захворювання. При необхідності проводили їх корекцію. Якщо констатували зворотний розвиток рецидиву, надавали допомогу, аналогічну тій, що проводилася в стадії «до-зрівання ремісії». В усіх зазначених стадіях ремісії проводилася психотерапія.

**Результати та їх обговорення.** Ефективність протирецидивного лікування оцінювали ретроспективно за стійкістю та тривалістю ремісії. При цьому розрізняли повну та часткову ремісії хвороби. Катamnестичні дані (6–24 місяці після основного курсу терапії) отримано про 42 хворих із ВАШН, з них 18 (43 %) були в стані часткової ремісії, тобто епізодично, набагато рідше, вживали алкоголь (такий результат було визнано покращенням), у 5 (12 %) ВАШН трансформувався в АЗ (негативний результат), у 24 (57 %) констатовано повну ремісію (значне покращення), вони абсолютно утримувалися від вживання алкоголю та не виявляли симптомів депресії. При порівнянні цих результатів із нашими попередніми даними в описаній групі хворих встановлена тенденція до менш частого трансформування ВАШН у АЗ, ніж у тих, хто отримував традиційне протирецидивне лікування та в осіб, які його взагалі не отримували.

**Висновки.** Динамічне спостереження даної категорії хворих після закінчення купірувальної терапії дає можливість оптимізувати протирецидивну терапію шляхом виявлення ранніх ознак пререцидиву і проведення лікування, диференційованого залежно від встановленої стадії ремісії.

**Ключові слова:** депресія, зловживання алкоголем, протирецидивна терапія.

O. K. Napryeyenko, N. Yu. Napryeyenko, V. V. Babych

ANTI-RELAPSE THERAPY OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS COMBINED WITH ALCOHOL ABUSE

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Background.** The issue of this research based on widely spread of depressive disorders, alcohol abuse, which are commonly connected, increasing of its frequency and often relapses.

**Objective.** Development of the anti-relapse treatment system for patients with depressive disorder combined with alcohol abuse.

**Materials and methods.** In current research the following methods were used: clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic (AUDIT screening scale, Hamilton Depression Scale, Zung Self-Rating Depression Scale, Spielberger – Hanin Scale, Leonhard – Shmishek technique) and statistical method. The efficiency of the anti-relapse therapy was estimated retrospectively by the quality and durability of remissions. There were observed complete and partial remissions. 65 men with depression and alcohol abuse were examined (F10.1 according to ICD-10).

**Results.** As a result of this research the system of anti-relapse therapy was designed, launched and estimated its efficiency. It was divided into subtypes according to the stage of remission – «ripening remission», «stable remission» and «pre-relapse». Catamnestic data were available in case of 42 patients, 18 (43 %) of them had partial remission with episodic rare alcohol taking (it was treated as a positive result), 5 (12 %) of them got alcohol dependence (F10.2) that concerned to be the negative result. And 24 patients (57 %) got complete remission, broken up taking alcohol and haven't shown depressive sings.

**Conclusions.** Dynamic observation of patients who have received main therapy gives an opportunity to optimize anti-relapse therapy. The way of this optimization is based on detecting early signs of pre-relapse and specific treatment depends on the type of remission.

**Keywords:** depression, alcohol abuse, anti-relapse therapy.

УДК 616 89-008.4-07.614.876

О. М. Пітик

## АЛЕКСИТИМИЯ І НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

lenchikphd@gmail.com

**Актуальність.** Психічне здоров'я є важливим чинником забезпечення соціальної єдності, миру та стабільності в економічному розвитку країни. За даними Всесвітнього Звіту з Охорони Здоров'я (World Health Report), впродовж останніх 20 років переконливо встановлено фундаментальний і нерозривний зв'язок між психічним та фізичним здоров'ям. Комбінація біологічних, психологічних та соціальних факторів впливають як на психічне, так і на фізичне здоров'я. У доповіді вказано на два критичні шляхи, через які це відбувається – фізіологічні системи, такі як нейроендокринна та імунна функціональні системи, та поведінка. Ці шляхи не є самостійними: поведінка може впливати на фізіологію, тоді як фізіологічне функціонування може, у свою чергу, впливати на здоров'я. Саме тому зростає розуміння інтегрованої моделі охорони здоров'я у вигляді тісної співпраці психіатра, терапевта та лікаря загальної практики. Практична спрямованість на єдність діагностики фізичних та психічних патологічних патернів сприяє більш точній оцінці пацієнта і виправдовує відповідні як біологічні, так і психологічні впливи на пацієнтів для досягнення добрих результатів в лікуванні.

Мозок є важливим органом-мішенню для гормону щитоподібної залози, а зміни настрою та когнітивної сфери можуть виникати при її дисфункції. Порушення в ендокринних залозах внаслідок ослаблення або посилення їхньої функції забезпечують сильний, включаючи патогенний, вплив на центральну нервову систему, гіпоталамічні