

10. *Depression and pain comorbidity: a literature review* / [Bair M. J., Robinson R. L., Katon W., Kroenke K.]// Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433–2445.
11. *Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-months, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin* / L. J. Crofford, P. J. Mease, S. L. Simpson [et al.]// Pain. – 2008. – № 136. – P. 419–431.
12. *Meenan R. F. The AIMS approach to health status measurement: conceptual background and measurement properties* / R. F. Meenan// J. Rheumatol. – 1982. – № 9. – P. 785–788.
13. *Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients* / Angst F., Verra M. L., Lehmann S. [et al.]// Clin. J. Pain. – 2008. – Vol. 24. – P. 808–816.
14. *Relationships Among Depression, Chronic Pain, Chronic Disabling Pain, and Medical Costs* / B. A. Arnow, C. M. Blasey, J. Lee [et al.]// Psychiatr. Serv. – 2009. – Vol. 60 (3). – P. 344–350.
15. *Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials* / E. H. S. Choy, P. J. Mease, D. K. Kajdasz [et al.]// Clin. Rheumatol. – 2009. – № 28 (9). – P. 1035–1044.
16. *Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis* / D. S. Ciccone, D. K. Elliott, H. K. Chandler [et al.]// Clin. J. Pain. – 2005. – № 21 (5). – P. 378–386.
17. *Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study* / R. M. Bennett, M. Kamin, R. Karim [et al.]// Am. J. Med. – 2003. – № 114 (7). – P. 537–545.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕВРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Д.Н. Сапон

Были изучены группы лиц (N = 206) с синдромом хронической неврологической боли, в том числе группа пациентов с синдромом хронической неврологической боли и фибромиалгией. Исследование выявило среди участников значительное количество пациентов с психическими аномалиями, а именно с тревожными и депрессивными расстройствами. Результаты исследования показали, что уровень тревожности был значительно выше у пациентов с фибромиалгией и синдромом хронической неврологической боли (СХНБ) по сравнению с пациентами без СХНБ. Депрессивные расстройства были диагностированы в основном у пациентов с СХНБ.

Ключевые слова: фибромиалгия, тревожно-депрессивные расстройства, реактивно-личностная тревога, депрессия, хроническая невропатическая боль, синдром травматического генеза

ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA WITH CHRONIC NEUROPATHIC SYNDROME OF TRAUMATIC GENESIS

D. Sapon

Persons (N=206) with chronic neurological pain syndrome, including the group of patients with chronic neurological pain syndrome and the group of patients with fibromyalgia, were studied. The study revealed substantial group of patients with abnormal mental symptoms, namely with anxiety and depressive disorders. The results of the study showed that the level of anxiety was much higher in patients with fibromyalgia and with chronic neurological pain syndrome (HNPS), in comparison with patients without HNPS. The depressive disorders were diagnosed mainly in patients with HNPS.

Key words: fibromyalgia, anxiety and depressive disorder, reactive personal anxiety, depression, chronic neuropathic pain syndrome, traumatic genesis

УДК:616.89

О.П. Романів

ХАРАКТЕРИСТИКА БІПОЛЯРНОГО СПЕКТРА АФЕКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ОСІБ, ЩО ВЧИНИЛИ СУЇЦИДАЛЬНУ СПРОБУ

Закарпатський обласний наркологічний диспансер, психіатричне відділення, м. Ужгород

Ключові слова: інфаркт міокарда, індекс біполярності, біполярні розлади, суїцидогенез.

В статті наведено порівняльний аналіз дослідження розладів біполярного спектра серед пацієнтів з інфарктом міокарда та суїцидентів з незавершеною спробою самогубства. За допомогою методики визначення індексу біполярності та шкали діагностики біполярного спектра (BSDS) встановлено особливості проявів афективних станів та описано деякі аспекти їх ролі в суїцидогенезі і психічній складовій розвитку інфаркту міокарда.

Отримані за останні роки результати масштабних епідеміологічних досліджень відображають той факт, що біполярний афективний розлад (БАР) – далеко не рідкісне психічне захворювання [1, 2]. За результатами Цюрихського дослідження поширеність афективних розладів так званого «м'якого біполярного спектра» (soft bipolar spectrum) становить 23,7%, з яких 11% – власне рівень біполярного розладу, 13% – вірогідно, більш м'які прояви біполярності, які часто не потрапляють в поле зору служби охорони здоров'я [1]. Такий стан речей може бути зумовлений як концептуальними неоднозначностями щодо БАР, так і гіподіагностикою «малих форм» в бік депресивних розладів та ситуативних стресових реакцій. На даний час відомостей про зв'язок такого афективного фону з розвитком несприятливих життєвих подій та коморбідних станів небагато.

Епізоди змін фаз біполярного спектра, ймовірно, створюють більш контрастну зміну набору переживань у осіб, схильних до цього, порівняно з іншими людьми. Суб'єктивна оцінка непередбачуваних змін настрою певною мірою зумовлює когнітивну, поведінкову та мотиваційну картину їх реальності. Очевидно, деякі стани та розлади мають тісний зв'язок зі схильністю до змін афективного фону. В ролі таких пропонуємо проаналізувати досліджені нами показники біполярності у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда, та осіб з незавершеною суїцидальною спробою.

Основною метою дослідження було тестування гіпотези стосовно наявності малоідентифікованих феноменів біполярного афективного спектра як значимого фактора формування аутоагресивної налаштованості особистості. Другорядним завданням був опис «спект-

ральної» характеристики афективності для суїцидентів та хворих на інфаркт міокарда.

Матеріали та методи дослідження

Для дослідження було сформовано дві групи обстежуваних.

В першій групі – 47 осіб, що перенесли інфаркт міокарда (в дослідження включали пацієнтів кардіологічних відділень, що пройшли лікування гострого періоду та не мають тяжких ускладнень). Вік хворих – від 29 до 58 років (середній вік – 37,5 року), серед них 26 (55,3%) чоловіків та 21 (44,7%) жінка. На момент обстеження у 24 (51%) пацієнтів даної групи виявлялися психічні розлади депресивного спектра, від легкого до середньої тяжкості поточного депресивного епізоду, у 12 (25,5%) пацієнтів – тривожно-фобічні розлади (в тому числі кардіофобічний синдром), пов'язані з виникненням інфаркту міокарда.

До другої групи увійшли 49 пацієнтів, що проходили психіатричне лікування з приводу незавершеної суїцидальної спроби, віком від 23 до 65 років (середній вік – 41 рік). Із них 22 (44,8%) чоловіки та 27 (55,2%) жінок. Пацієнти другої групи проходили обстеження в рамках даного дослідження в ранній постсуїцидальний період (від тижня до місяця після скоєння спроби самогубства), після завершення купірування сомато-неврологічних наслідків суїциду. Нозологічна структура психіатричної патології (на момент обстеження згідно з критеріями МКБ-10) в даній групі включала:

- епізоди помірної або тяжкої депресії, вперше виявлені та в рамках рекурентного депресивного розладу, – 22 (44,9%) пацієнти;
- зловживання психоактивними речовинами – 11 (23,4%);
- тривожні розлади та реакції на тяжкий стрес – 7 (14,2%);
- депресивний епізод в рамках біполярного афективного розладу – 3 (6,1%).

Критеріями виключення для обстежуваних в обох групах була наявність супутнього психотичного стану або інтелектуального зниження різного ґенезу.

Як психометричний інструмент для визначення станів біполярного спектра було використано індекс біполярності, який дозволяє оцінити в балах (від 0 до 20) наявність 5 найбільш характерних для БАР ознак:

- 1) характеристика епізоду в діапазоні від манії до депресії з проміжними формами;
- 2) вік маніфестації;
- 3) перебіг хвороби (в тому числі вживання психоактивних речовин, реалізації іншого роду аутодеструктивних тенденцій – азартні ігри, уникнення лікування тощо);
- 4) ефект терапевтичних заходів у минулому;
- 5) спадковий фактор.

Дана шкала дозволяє перевести феномен біполярності з категоріальної площини в континуальну, тобто у вигляді діапазону афективних проявів. Максимальне значення даного індексу – 100. Автори методики зауважують на ролі якісних характеристик даного показника (сукупний бал може співпадати у пацієнта з яскраво вираженим маніакальним епізодом в анамнезі в поєднанні з пізньою маніфестацією та відсутністю даних



Рис. 1. Профіль індексу біполярності в групі хворих з інфарктом міокарда (середні показники за пунктами шкали)

про спадковість і у пацієнта з депресією після розлуки, з раннім початком, вживанням психоактивних речовин). Тому крім порівняння загального рівня індексу біполярності в обох групах, особливу увагу в даному дослідженні було приділено особливостям комбінації показників біполярності.

Поряд з показниками індексу біполярності, з метою доповнення відомостей про діапазон афективних переживань пацієнтів в обох групах також було застосовано шкалу діагностики біполярного спектра (The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale – BSDS). Дана шкала представлена описовою історією, яка поряд з проявами гіпоманії/манії враховує також симптоми депресії. За її допомоги вдається виявити не тільки чіткі симптоми вираженого біполярного розладу, але й пацієнтів, які відносяться до реєстру так званого «малого спектра біполярних розладів». Якщо пацієнт погоджується з яким-небудь твердженням в пропонуванні історії – воно оцінюється в 1 бал. Сумарний бал BSDS може бути в діапазоні від 0 до 25 (перша частина опитувальника містить 19 запитань, в другій пацієнт повинен визначити ступінь, в якій твердження із першої частини відповідають його особистому досвіду, – від 0 до 6 балів). Максимальна кількість набраних балів за даною шкалою може становити відповідно 19+6=25 балів. Дана шкала надає можливість встановити вірогідність розладу біполярного спектра з такими градаціями:

- менше 6 балів – розлади біполярного спектра маловірогідні;
- 6–10 балів – низька вірогідність;
- 11–18 балів – помірна вірогідність;



Рис. 2. Профіль індексу біполярності в групі суїцидентів (середні показники за пунктами шкали)

Таблиця. Розподіл імовірності розладів біполярного спектра в групах обстежуваних пацієнтів за показниками BSDS

Імовірність розладів біполярного спектра	Група суїцидентів	Група кардіологічних хворих
<6 балів (малоймовірно)	16.70%	13.20%
6–10 балів (низька)	47.50%	31.80%
11–18 балів (помірна)	23.20%	35.50%
>19 балів (висока)	12.60%	19.50%

- 19 балів та вище – висока вірогідність розладів біполярного спектра.

Результати та їх обговорення

В обох групах обстежуваних у значній частині пацієнтів з ознаками вираженого рівня біполярності спостерігалися труднощі в розумінні власної гіпоманії/манії/нормотимії. Ці самі пацієнти більш чітко відмічали більший рівень дискомфорту та суб'єктивних страждань при зниженні настрою до рівня нормального або субдепресивного.

Показник індексу біполярності в групі хворих на інфаркт міокарда в середньому становив $65,5 \pm 17,7$ в цілому по групі (рис. 1). Спектральна характеристика біполярності в цій групі була представлена таким чином:

- частіше поєднувалися чіткі епізоди манії та гіпоманії без вторинної етіології такого стану (10–15 балів) з віком маніфестації 20–30 та 30–45 років (15–10 балів) та епізодичним перебігом без повернення до нормального стану, розладами з тривожними компонентами (5–10 балів). Така картина поєднання була характерна для 15 (32%) обстежених;
- серед жінок часто (в 38,1% випадків) спостерігалася поєднання провокованих антидепресантами епізодів манії/гіпоманії зі значними коливаннями настрою під час менструального циклу та діагностованим БАР у родичів першого порядку, переважно вік маніфестації – 15–19 років;
- для чоловіків цієї групи характерним був більш пізній початок маніфестації (20–30 та 30–45 років), що часто пов'язувався з етапом професійного становлення, зростаючих вимог кар'єрного росту та фінансових труднощів. При цьому у 9 (34,6%) пацієнтів відмічалися виражені задокументовані маніакальні або змішані епізоди з ейфорією. У 19,2% чоловіків прояви манії та гіпоманії супроводжувалися вживанням психоактивних речовин. Цікавим виявилася тенденція до ризикових вкладень, порушень кредитних договорів та схильності до азартних ігор у 10 (38,4%) обстежених, наслідки яких призводили до тривожно-фобічних розладів незадовго до моменту маніфестації інфаркту міокарда;
- в анамнезі у 32,6% цих пацієнтів відмічалися часті зміни місця роботи, 22,4% обстежуваних перебували в шлюбі 3 і більше разів.

Порівняно з групою кардіологічних хворих, індекс біполярності групи суїцидентів якісно більшою мірою був сформований з епізодів депресивного полюсу і/або суб'єктивно тяжким переживанням зміни фаз манії/гіпоманії та нормотимії/субдепресії (рис. 2). Ознаки циклотимії та епізоди депресії з початком у віці 15–19 років відмічали 48,9% суїцидентів. Індекс біполярності в цій

групі в середньому становив $55,7 \pm 27,1$. Це нижче, ніж у групі хворих з інфарктом міокарда, що може свідчити, з одного боку, про меншу рефлексивність суїцидентами коливань афекту, з іншого – про ймовірно більшу роль в суїцидогенезі «малих проявів біполярності», які в критичній точці дозрівання суїцидальних тенденцій відіграють роль каталізатора, своєрідного афективного «фону» самогубства.

Порівнюючи «профілі» індексу біполярності кардіологічних пацієнтів та суїцидентів, слід відмітити менш виражені ознаки маніакальних та гіпоманіакальних станів у останніх в бік «малих» форм біполярності, циклотимії та депресивних епізодів, які часто поєднувалися із зловживанням психоактивних речовин, нерозсудливих фінансових маніпуляцій в таких станах (оформлення кредиту, заборгованості), конфліктності в колективі. За свідченнями обстежуваних пацієнтів у даній групі, такі події відмічалися ними як ключові кризові моменти в формуванні суїцидальної налаштованості. Респонденти даної групи демонстрували досить низьку активність звернення за спеціалізованою допомогою (психіатричною, психотерапевтичною) в анамнезі з приводу таких станів (28,5%). В групі кардіологічних пацієнтів ця частка була значно вищою (44,6%), проте проблематика звернень по допомогу стосувалася більшою мірою зниження соціальної активності в періоди між епізодами та супутніми тривожно-фобічними станами.

У значній частині суїцидентів (44,8%) поєднувалися вживання психоактивних речовин та ознаки пограничного розладу особистості.

Шкала діагностики біполярного спектра (BSDS) в групі кардіологічних пацієнтів показала вищу імовірність розладів біполярного спектра в групі кардіологічних пацієнтів (таблиця). Зокрема, висока імовірність відмічена у 19,5% респондентів даної групи порівняно з 12,6% – у групі суїцидентів. Як і у випадку з показниками індексу біполярності, в групі суїцидентів переважали твердження, що стосувалися депресивного спектра біполярності (у 67,4% опитаних суїцидентів). Проте значно менша кількість суїцидентів порівняно з кардіологічними хворими ствердно відповіла на запитання про відчуття безвихідності та бажання померти під час «спадів» настрою (35,7% та 58,4% відповідно), що підтверджує більш контрастне переживання зміни біполярного спектра у кардіологічних пацієнтів та суб'єктивну потребу в налагодженні соціальної підтримки.

В обох групах респондентів результати досліджень з використанням індексу біполярності та шкали розладів біполярного спектра дозволили уточнити клінічний діагноз або доповнити його діагнозом зі спектра біполярних розладів. Так, у групі суїцидентів зміни в діагнозі та тактиці ведення пацієнтів стосувалися 8 (16,3%) осіб, у яких діагноз депресивного епізоду (вперше виявленого і в рамках рекурентного депресивного розладу) та реакції на тяжкий стрес доповнилися або змінилися в бік депресивного епізоду в рамках БАР, гіпоманії, циклотимії.

Прийняття та ідентифікація кардіологічними хворими переживання власної біполярності може свідчити про те, що такі переживання сприймаються як еґо-синтонні та використовуються для стимуляції соціальних досягнень. Застосування значною частиною таких пацієнтів

психоактивних речовин для збереження стану «піднесення» свідчить про намагання втриматися на цьому полюсі афективного спектра. Водночас аутодеструктивна складова інфаркту міокарда ймовірно виступає як невідмінна протилежність манії/гіпоманії. Цим, зокрема, частково можна пояснити поширеність депресивних станів у постінфарктний період.

Висновки

Роль «малих» форм розладів біполярного спектра в суїцидології ще потребує вивчення. Проте їх тонка діагностика дозволяє значною мірою підвищити якість прогнозування та попередження саморуйнівної поведінки, зокрема через урахування кризових станів, які виникають на їх фоні та можуть бути безпосередніми пусковими факторами суїцидогенезу в окремих осіб. З огляду на це необхідно визнати потребу у використанні діагностичних шкал (зокрема індексу біполярності та шкали BSDS) для ідентифікації розладів біполярного спектра у повсякденній клінічній практиці, а також для скринінгу таких розладів у соматичній клініці.

Список використаної літератури

1. Симуткин Г.Г. *Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы)* // *Обозрение психиатрии и мед. психологии.* – 2012. – №3.
2. Мосолов С.Н., Костокова Е.Г., Кузавкова М.В. *Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия* / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 15.
3. Мосолов С.Н., Костокова Е.Г., Ушкалова А.В. *Клиника и терапия биполярной депрессии.* – М.: АМА-ПРЕСС, 2009. – 48 с.
4. Колягин В.В., Колягина В.В., Белоусова Л.П. и др. *Коморбидные расстройства, клинические особенности депрессии и терапия при биполярном аффективном расстройстве* // *Академ. журн. Западной Сибири.* – 2011. – №3.
5. Пилягина Г.Я. *Особенности патогенеза эквивалентной формы саморазрушающего поведения* // *Суицидология.* – 2013. – №3 (12).
6. Польская Н.А. *Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения: по материалам исслед.* // *Психолог. журн.* – 2009. – Т. 30, №1. – С. 96–105.
7. Александров А.А. *Принципы терапии биполярной депрессии* // *Вестник БПА.* – 2007. – №12. – С. 45–55.
8. Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. *Психокардиология.* – М., 2005. – 778 с.
9. Ходжиева Г.Б., Хочиева Г.Б., Ураков К.З. и др. *Влияние депрессии и тревожных состояний на течение острого инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста* // *Вестник Авиценны.* – 2010. – №4 (45). – С. 107–112.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА АФФЕКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

А.П. Романів

В статье приводится сравнительный анализ исследования расстройств биполярного спектра среди пациентов с инфарктом миокарда и суицидентов с незавершенной попыткой самоубийства. С помощью методики определения индекса биполярности и шкалы диагностики биполярного спектра (BSDS) установлены особенности проявлений аффективных состояний и описаны некоторые аспекты их роли в суицидогенезе и психической составляющей развития инфаркта миокарда.

Ключевые слова: суицид, инфаркт миокарда, индекс биполярности, биполярное расстройство, суицидогенез.

CHARACTERISTICS OF BIPOLAR SPECTRUM AFFECTIVITY IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND THOSE WHO COMMITTED SUICIDE ATTEMPTS

A. Romaniv

This paper provides a comparative analysis of the bipolar spectrum disorders in patients with myocardial infarction and with unfinished attempt suicide. Using techniques and bipolarity index diagnosis of bipolar spectrum scales (BSDS) established features of affective states and describes some aspects of their role in the development of suicide and mental component of myocardial infarction.

Key words: suicide, myocardial infarction, index bipolar, bipolar disorder, the development of suicide.

УДК 616.89

О.О. Хаустова¹, В.О.Тещенко²

БОРОТЬБА З ДЕМЕНЦІЯМИ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА НАПРЯМИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України¹, м. Київ
Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева², м. Полтава

Ключові слова: деменція, когнітивні порушення, хвороба Альцгеймера, Саміт G8, Всесвітня Рада з питань деменції.

Стаття присвячена питанням поширення деменцій у світі, їх етіології та розвитку, факторам ризику, економічним витратам на діагностику, лікування та догляд за хворими на деменцію, підходам до боротьби з цією хворобою різноманітних міжнародних організацій, досягнутим на саміті G8 у Лондоні та на Всесвітній Раді з питань деменції домовленостям. Зазначені напрямки дії для подолання проблеми деменцій.

Тривалість життя постійно збільшується майже в кожній країні світу. Сьогодні 30% населення планети складають особи похилого та старечого віку. Всесвітня організація охорони здоров'я підрахувала, що до 2020 року на Землі буде проживати понад 1 млрд людей старше 60 років. Можна передбачити, що це неминуче призведе до збільшення кількості людей, які страждають на деменцію. Ризик розвитку деменції з віком про-

гресивно збільшується: кожні 10 років після 65-річного віку він подвоюється [3]. Проведені популяційні дослідження показують, що приблизно у половини осіб віком 85 років та старших можливий розвиток деменції, причому цей процес спостерігається як в економічно розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються. Такого росту кількості хворих на деменцію в історії піколи не було, що дає право деяким авторам говорити

кількість загублених років життя в зв'язку з втратою працездатності, і поступатиметься за цією характеристикою лише ішемічній хворобі серця [1, 2, 4]. Разом з тим, за прогнозами, від хронічного болю до 2011 року страждатиме 250 млн пацієнтів. Очікується, що до 2015 року вдвічі зросте кількість пацієнтів з фіброміалгією, втричі – з невропатичним болем. Тому проблема терапії подібних розладів стає все актуальнішою [1, 2, 4].

Стан розробки проблеми. Тривожно-депресивні розлади – найчастіший психопатологічний прояв при фіброміалгії та хронічному невропатичному больовому синдромі (ХНБС) травматичного генезу [3, 4, 7, 13]. У практиці нейрохірургів, психіатрів, невропатологів найчастіше трапляється хронічний біль, який, як відомо, має три основні складові: ноцицептивний біль, центральна сенситизація (невропатичний біль), психологічні фактори (депресія) [2, 13, 14, 16]. Біль є тим самим фактором, який знижує рівень та якість життя хворих. Психопатологічні прояви, які супроводжують біль, а саме тривожні та депресивні синдроми, ще більше ускладнюють перебіг хвороби, як при фіброміалгії, так і при ХНБС травматичного генезу [3, 10, 12, 14]. Поглиблення тривоги та депресії ще більше стимулює больовий синдром, таким чином формується «патологічне коло» – біль сприяє поглибленню тривоги та депресії, а тривожні та депресивні розлади, в свою чергу, поглиблюють больові відчуття, що призводить до формування больової поведінки. Аналіз наукової літератури [3, 4, 7, 8, 9, 13, 15] дає матеріал для пояснення цього патологічного феномену. Наприклад, хронічний стрес здатний викликати у головному мозку протизапальну експресію цитокінів, що, в свою чергу, призводить до розвитку симптомів тривоги, депресії та больового синдрому. Надалі цитокіни спричиняють депресивні симптоми через модуляцію ПГАС, резистентність до глюкокортикоїдів або вплив на регуляцію синтезу серотоніну. Обидва фактори є тригерами у розвитку депресії, тривоги та посилення больового синдрому [2, 13, 16, 17]. Наукові дослідження свідчать про те, що центральні моноаміни мають вплив на регуляцію «больової поведінки», а також беруть участь у регуляції низхідних больових шляхів. Можна вважати, що пацієнти із патологією нейротрансмісії моноамінів можуть знаходитися у групі ризику розвитку фіброміалгії, «больової поведінки», тривожно-депресивних розладів, ХНБС травматичного генезу [6, 5, 10, 14, 17].

Причинно-наслідковий зв'язок між тривожно-депресивними розладами та хронічним невропатичним болем повністю не вивчений, але в клінічній практиці на сьогодні є такі гіпотези:

1. Тривожно-депресивні розлади передують розвитку ХНБС;
2. Тривожно-депресивні розлади є наслідком ХНБС;
3. Епізоди тривоги та депресії, що передують ХНБС, призводять до розвитку тривожно-депресивних розладів після початку ХНБС;
4. Деадаптивні копінг-стратегії сприяють формуванню взаємодії між тривогою, депресією і хронічним болем;
5. Депресивно-тривожні розлади та біль мають схожі характеристики, але є різними порушеннями [4, 3, 11, 15, 17].

Таблиця 1. Кількість пацієнтів з різним рівнем тривоги при фіброміалгії та ХНБС

Діагноз	Кількість пацієнтів з високим рівнями тривоги	Кількість пацієнтів з низьким та середнім рівнем тривоги	Всього
Фіброміалгія	31 (32%)	66 (68%)	97
ХНБС	20 (16,8%)	99 (83,2%)	119

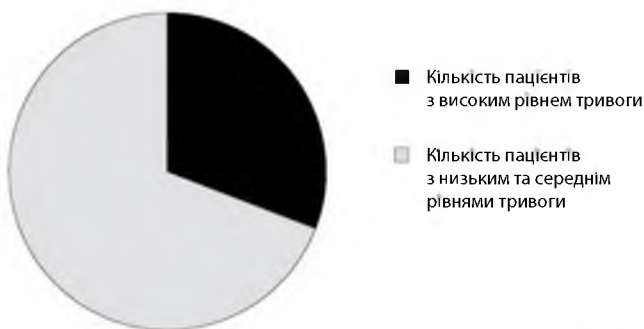


Рис. 1. Кількість пацієнтів з різним рівнем тривоги при фіброміалгії



Рис. 2. Кількість пацієнтів з різним рівнем тривоги при ХНБС

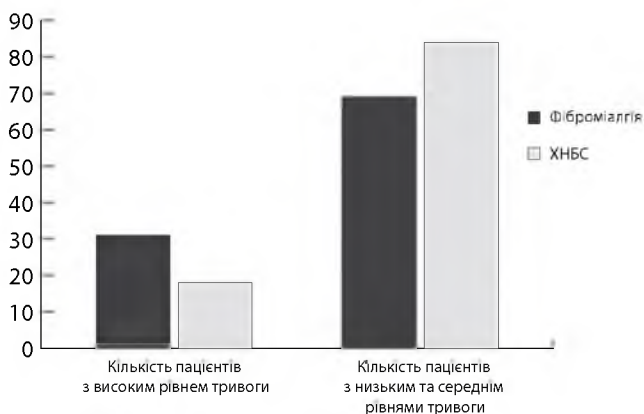


Рис. 3. Порівняльна діаграма кількості пацієнтів з різним рівнем тривоги

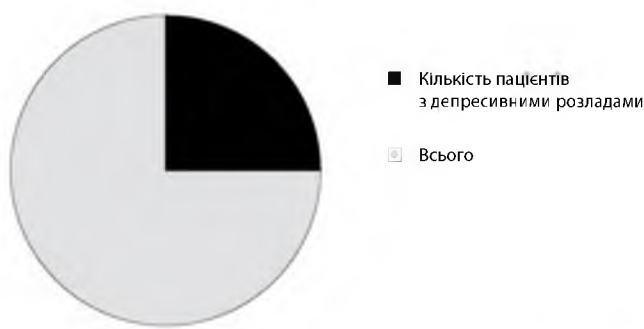


Рис. 4. Кількість пацієнтів з депресивними розладами при фіброміалгії

10. *Depression and pain comorbidity: a literature review* / [Bair M. J., Robinson R. L., Katon W., Kroenke K.] // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433–2445.
11. *Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-months, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin* / L. J. Crofford, P. J. Mease, S. L. Simpson [et al.] // Pain. – 2008. – № 136. – P. 419–431.
12. *Meenan R. F. The AIMS approach to health status measurement: conceptual background and measurement properties* / R. F. Meenan // J. Rheumatol. – 1982. – № 9. – P. 785–788.
13. *Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients* / Angst F., Verra M., Lehmann S. [et al.] // Clin. J. Pain. – 2008. – Vol. 24. – P. 808–816.
14. *Relationships Among Depression, Chronic Pain, Chronic Disabling Pain, and Medical Costs* / B. A. Arnow, C. M. Blasey, J. Lee [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2009. – Vol. 60 (3). – P. 344–350.
15. *Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials* / E. H. S. Choy, P. J. Mease, D. K. Kajdasz [et al.] // Clin. Rheumatol. – 2009. – № 28 (9). – P. 1035–1044.
16. *Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis* / D. S. Ciccone, D. K. Elliott, H. K. Chandler [et al.] // Clin. J. Pain. – 2005. – № 21 (5). – P. 378–386.
17. *Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study* / R. M. Bennett, M. Kamin, R. Kanim [et al.] // Am. J. Med. – 2003. – № 114 (7). – P. 537–545.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕВРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Д.Н. Сапон

Были изучены группы лиц (N = 206) с синдромом хронической неврологической боли, в том числе группа пациентов с синдромом хронической неврологической боли и фибромиалгией. Исследование выявило среди участников значительное количество пациентов с психическими аномалиями, а именно с тревожными и депрессивными расстройствами. Результаты исследования показали, что уровень тревожности был значительно выше у пациентов с фибромиалгией и синдромом хронической неврологической боли (СХНБ) по сравнению с пациентами без СХНБ. Депрессивные расстройства были диагностированы в основном у пациентов с СХНБ.

Ключевые слова: фибромиалгия, тревожно-депрессивные расстройства, реактивно-личностная тревога, депрессия, хроническая невропатическая боль, синдром травматического генеза

ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA WITH CHRONIC NEUROPATHIC SYNDROME OF TRAUMATIC GENESIS

D. Sapon

Persons (N=206) with chronic neurological pain syndrome, including the group of patients with chronic neurological pain syndrome and the group of patients with fibromyalgia, were studied. The study revealed substantial group of patients with abnormal mental symptoms, namely with anxiety and depressive disorders. The results of the study showed that the level of anxiety was much higher in patients with fibromyalgia and with chronic neurological pain syndrome (HNPS), in comparison with patients without HNPS. The depressive disorders were diagnosed mainly in patients with HNPS.

Key words: fibromyalgia, anxiety and depressive disorder, reactive personal anxiety, depression, chronic neuropathic pain syndrome, traumatic genesis

УДК:616.89

О.П. Романів

ХАРАКТЕРИСТИКА БІПОЛЯРНОГО СПЕКТРА АФЕКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ОСІБ, ЩО ВЧИНИЛИ СУЇЦИДАЛЬНУ СПРОБУ

Закарпатський обласний наркологічний диспансер, психіатричне відділення, м. Ужгород

Ключові слова: інфаркт міокарда, індекс біполярності, біполярні розлади, суїцидогенез.

В статті наведено порівняльний аналіз дослідження розладів біполярного спектра серед пацієнтів з інфарктом міокарда та суїцидентів з незавершеною спробою самогубства. За допомогою методики визначення індексу біполярності та шкали діагностики біполярного спектра (BSDS) встановлено особливості проявів афективних станів та описано деякі аспекти їх ролі в суїцидогенезі і психічній складовій розвитку інфаркту міокарда.

Отримані за останні роки результати масштабних епідеміологічних досліджень відображають той факт, що біполярний афективний розлад (БАР) – далеко не рідкісне психічне захворювання [1, 2]. За результатами Цюрихського дослідження поширеність афективних розладів так званого «м'якого біполярного спектра» (soft bipolar spectrum) становить 23,7%, з яких 11% – власне рівень біполярного розладу, 13% – вірогідно, більш м'які прояви біполярності, які часто не потрапляють в поле зору служби охорони здоров'я [1]. Такий стан речей може бути зумовлений як концептуальними неоднозначностями щодо БАР, так і гіподіагностикою «малих форм» в бік депресивних розладів та ситуативних стресових реакцій. На даний час відомостей про зв'язок такого афективного фону з розвитком несприятливих життєвих подій та коморбідних станів небагато.

Епізоди змін фаз біполярного спектра, ймовірно, створюють більш контрастну зміну набору переживань у осіб, схильних до цього, порівняно з іншими людьми. Суб'єктивна оцінка непередбачуваних змін настрою певною мірою зумовлює когнітивну, поведінкову та мотиваційну картину їх реальності. Очевидно, деякі стани та розлади мають тісний зв'язок зі схильністю до змін афективного фону. В ролі таких пропонуємо проаналізувати досліджені нами показники біполярності у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда, та осіб з незавершеною суїцидальною спробою.

Основною метою дослідження було тестування гіпотези стосовно наявності малоідентифікованих феноменів біполярного афективного спектра як значимого фактора формування аутоагресивної налаштованості особистості. Другорядним завданням був опис «спект-

ральної» характеристики афективності для суїцидентів та хворих на інфаркт міокарда.

Матеріали та методи дослідження

Для дослідження було сформовано дві групи обстежуваних.

В першій групі – 47 осіб, що перенесли інфаркт міокарда (в дослідження включали пацієнтів кардіологічних відділень, що пройшли лікування гострого періоду та не мають тяжких ускладнень). Вік хворих – від 29 до 58 років (середній вік – 37,5 року), серед них 26 (55,3%) чоловіків та 21 (44,7%) жінка. На момент обстеження у 24 (51%) пацієнтів даної групи виявлялися психічні розлади депресивного спектра, від легкого до середньої тяжкості поточного депресивного епізоду, у 12 (25,5%) пацієнтів – тривожно-фобічні розлади (в тому числі кардіофобічний синдром), пов'язані з виникненням інфаркту міокарда.

До другої групи увійшли 49 пацієнтів, що проходили психіатричне лікування з приводу незавершеної суїцидальної спроби, віком від 23 до 65 років (середній вік – 41 рік). Із них 22 (44,8%) чоловіки та 27 (55,2%) жінок. Пацієнти другої групи проходили обстеження в рамках даного дослідження в ранній постсуїцидальний період (від тижня до місяця після скоєння спроби самогубства), після завершення купірування сомато-неврологічних наслідків суїциду. Нозологічна структура психіатричної патології (на момент обстеження згідно з критеріями МКБ-10) в даній групі включала:

- епізоди помірної або тяжкої депресії, вперше виявлені та в рамках рекурентного депресивного розладу, – 22 (44,9%) пацієнти;
- зловживання психоактивними речовинами – 11 (23,4%);
- тривожні розлади та реакції на тяжкий стрес – 7 (14,2%);
- депресивний епізод в рамках біполярного афективного розладу – 3 (6,1%).

Критеріями виключення для обстежуваних в обох групах була наявність супутнього психотичного стану або інтелектуального зниження різного ґенезу.

Як психометричний інструмент для визначення ступеня біполярного спектра було використано індекс біполярності, який дозволяє оцінити в балах (від 0 до 20) наявність 5 найбільш характерних для БАР ознак:

- 1) характеристика епізоду в діапазоні від манії до депресії з проміжними формами;
- 2) вік маніфестації;
- 3) перебіг хвороби (в тому числі вживання психоактивних речовин, реалізації іншого роду аутодеструктивних тенденцій – азартні ігри, уникнення лікування тощо);
- 4) ефект терапевтичних заходів у минулому;
- 5) спадковий фактор.

Дана шкала дозволяє перевести феномен біполярності з категоріальної площини в континуальну, тобто у вигляді діапазону афективних проявів. Максимальне значення даного індексу – 100. Автори методики зауважують на ролі якісних характеристик даного показника (сукупний бал може співпадати у пацієнта з яскраво вираженим маніакальним епізодом в анамнезі в поєднанні з пізньою маніфестацією та відсутністю даних



Рис. 1. Профіль індексу біполярності в групі хворих з інфарктом міокарда (середні показники за пунктами шкали)

про спадковість і у пацієнта з депресією після розлуки, з раннім початком, вживанням психоактивних речовин). Тому крім порівняння загального рівня індексу біполярності в обох групах, особливу увагу в даному дослідженні було приділено особливостям комбінації показників біполярності.

Поряд з показниками індексу біполярності, з метою доповнення відомостей про діапазон афективних переживань пацієнтів в обох групах також було застосовано шкалу діагностики біполярного спектра (The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale – BSDS). Дана шкала представлена описовою історією, яка поряд з проявами гіпоманії/манії враховує також симптоми депресії. За її допомоги вдається виявити не тільки чіткі симптоми вираженого біполярного розладу, але й пацієнтів, які відносяться до реєстру так званого «малого спектра біполярних розладів». Якщо пацієнт погоджується з яким-небудь твердженням в пропонуванні історії – воно оцінюється в 1 бал. Сумарний бал BSDS може бути в діапазоні від 0 до 25 (перша частина опитувальника містить 19 запитань, в другій пацієнт повинен визначити ступінь, в якій твердження із першої частини відповідають його особистому досвіду, – від 0 до 6 балів). Максимальна кількість набраних балів за даною шкалою може становити відповідно 19+6=25 балів. Дана шкала надає можливість встановити вірогідність розладу біполярного спектра з такими градаціями:

- менше 6 балів – розлади біполярного спектра маловірогідні;
- 6–10 балів – низька вірогідність;
- 11–18 балів – помірна вірогідність;



Рис. 2. Профіль індексу біполярності в групі суїцидентів (середні показники за пунктами шкали)

Таблиця. Розподіл імовірності розладів біполярного спектра в групах обстежуваних пацієнтів за показниками BSDS

Імовірність розладів біполярного спектра	Група суїцидентів	Група кардіологічних хворих
<6 балів (малоймовірно)	16.70%	13.20%
6–10 балів (низька)	47.50%	31.80%
11–18 балів (помірна)	23.20%	35.50%
>19 балів (висока)	12.60%	19.50%

- 19 балів та вище – висока вірогідність розладів біполярного спектра.

Результати та їх обговорення

В обох групах обстежуваних у значній частині пацієнтів з ознаками вираженого рівня біполярності спостерігалися труднощі в розумінні власної гіноманії/манії/нормотимії. Ці самі пацієнти більш чітко відмічали більший рівень дискомфорту та суб'єктивних страждань при зниженні настрою до рівня нормального або субдепресивного.

Показник індексу біполярності в групі хворих на інфаркт міокарда в середньому становив $65,5 \pm 17,7$ в цілому по групі (рис. 1). Спектральна характеристика біполярності в цій групі була представлена таким чином:

- частіше поєднувалися чіткі епізоди манії та гіпоманії без вторинної етіології такого стану (10–15 балів) з віком маніфестації 20–30 та 30–45 років (15–10 балів) та епізодичним перебігом без повернення до нормального стану, розладами з тривожними компонентами (5–10 балів). Така картина поєднання була характерна для 15 (32%) обстежених;
- серед жінок часто (в 38,1% випадків) спостерігалася поєднання провокованих антидепресантами епізодів манії/гіпоманії зі значними коливаннями настрою під час менструального циклу та діагностованим БАР у родичів першого порядку, переважно вік маніфестації – 15–19 років;
- для чоловіків цієї групи характерним був більш пізній початок маніфестації (20–30 та 30–45 років), що часто пов'язувався з етапом професійного становлення, зростаючих вимог кар'єрного росту та фінансових труднощів. При цьому у 9 (34,6%) пацієнтів відмічалися виражені задокументовані маніакальні або змішані епізоди з ейфорією. У 19,2% чоловіків прояви манії та гіпоманії супроводжувалися вживанням психоактивних речовин. Цікавим виявилася тенденція до ризикових вкладень, порушень кредитних договорів та схильності до азартних ігор у 10 (38,4%) обстежених, наслідки яких призводили до тривожно-фобічних розладів незадовго до моменту маніфестації інфаркту міокарда;
- в анамнезі у 32,6% цих пацієнтів відмічалися часті зміни місця роботи, 22,4% обстежуваних перебували в шлюбі 3 і більше разів.

Порівняно з групою кардіологічних хворих, індекс біполярності групи суїцидентів якісно більшою мірою був сформований з епізодів депресивного полюсу і/або суб'єктивно тяжким переживанням зміни фаз манії/гіпоманії та нормотимії/субдепресії (рис. 2). Ознаки циклотимії та епізоди депресії з початком у віці 15–19 років відмічали 48,9% суїцидентів. Індекс біполярності в цій

групі в середньому становив $55,7 \pm 27,1$. Це нижче, ніж у групі хворих з інфарктом міокарда, що може свідчити, з одного боку, про меншу рефлексивність суїцидентами коливань афекту, з іншого – про ймовірно більшу роль в суїцидогенезі «малих проявів біполярності», які в критичній точці дозрівання суїцидальних тенденцій відіграють роль каталізатора, своєрідного афективного «фону» самогубства.

Порівнюючи «профілі» індексу біполярності кардіологічних пацієнтів та суїцидентів, слід відмітити менш виражені ознаки маніакальних та гіпоманіакальних станів у останніх в бік «малих» форм біполярності, циклотимії та депресивних епізодів, які часто поєднувалися із зловживанням психоактивних речовин, нерозсудливих фінансових маніпуляцій в таких станах (оформлення кредиту, заборгованості), конфліктності в колективі. За свідченнями обстежуваних пацієнтів у даній групі, такі події відмічалися ними як ключові кризові моменти в формуванні суїцидальної налаштованості. Респонденти даної групи демонстрували досить низьку активність звернення за спеціалізованою допомогою (психіатричною, психотерапевтичною) в анамнезі з приводу таких станів (28,5%). В групі кардіологічних пацієнтів ця частка була значно вищою (44,6%), проте проблематика звернень по допомогу стосувалася більшою мірою зниження соціальної активності в періоди між епізодами та супутніми тривожно-фобічними станами.

У значній частині суїцидентів (44,8%) поєднувалися вживання психоактивних речовин та ознаки пограничного розладу особистості.

Шкала діагностики біполярного спектра (BSDS) в групі кардіологічних пацієнтів показала вищу імовірність розладів біполярного спектра в групі кардіологічних пацієнтів (таблиця). Зокрема, висока імовірність відмічена у 19,5% респондентів даної групи порівняно з 12,6% – у групі суїцидентів. Як і у випадку з показниками індексу біполярності, в групі суїцидентів переважали твердження, що стосувалися депресивного спектра біполярності (у 67,4% опитаних суїцидентів). Проте значно менша кількість суїцидентів порівняно з кардіологічними хворими ствердно відповіла на запитання про відчуття безвихідності та бажання померти під час «спадів» настрою (35,7% та 58,4% відповідно), що підтверджує більш контрастне переживання зміни біполярного спектра у кардіологічних пацієнтів та суб'єктивну потребу в налагодженні соціальної підтримки.

В обох групах респондентів результати досліджень з використанням індексу біполярності та шкали розладів біполярного спектра дозволили уточнити клінічний діагноз або доповнити його діагнозом зі спектра біполярних розладів. Так, у групі суїцидентів зміни в діагнозі та тактиці ведення пацієнтів стосувалися 8 (16,3%) осіб, у яких діагноз депресивного епізоду (вперше виявленого і в рамках рекурентного депресивного розладу) та реакцій на тяжкий стрес доповнилися або змінилися в бік депресивного епізоду в рамках БАР, гіпоманії, циклотимії.

Прийняття та ідентифікація кардіологічними хворими переживання власної біполярності може свідчити про те, що такі переживання сприймаються як еґо-синтонні та використовуються для стимуляції соціальних досягнень. Застосування значною частиною таких пацієнтів

психоактивних речовин для збереження стану «піднесення» свідчить про намагання втриматися на цьому полюсі афективного спектра. Водночас аутодеструктивна складова інфаркту міокарда ймовірно виступає як неодмінна протилежність манії/гіпоманії. Цим, зокрема, частково можна пояснити поширеність депресивних станів у постінфарктний період.

Висновки

Роль «малих» форм розладів біполярного спектра в суїцидології ще потребує вивчення. Проте їх тонка діагностика дозволяє значною мірою підвищити якість прогнозування та попередження саморуйнівної поведінки, зокрема через урахування кризових станів, які виникають на їх фоні та можуть бути безпосередніми пусковими факторами суїцидогенезу в окремих осіб. З огляду на це необхідно визнати потребу у використанні діагностичних шкал (зокрема індексу біполярності та шкали BSDS) для ідентифікації розладів біполярного спектра у повсякденній клінічній практиці, а також для скринінгу таких розладів у соматичній клініці.

Список використаної літератури

1. Симуткин Г.Г. *Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы)* // *Обозрение психиатрии и мед. психологии.* – 2012. – №3.
2. Мосолов С.Н., Костокова Е.Г., Кузавкова М.В. *Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия* / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 15.
3. Мосолов С.Н., Костокова Е.Г., Ушкалова А.В. *Клиника и терапия биполярной депрессии.* – М.: АМА-ПРЕСС, 2009. – 48 с.
4. Колягин В.В., Колягина В.В., Белоусова Л.П. и др. *Коморбидные расстройства, клинические особенности депрессии и терапия при биполярном аффективном расстройстве* // *Академ. журн. Западной Сибири.* – 2011. – №3.
5. Пилягина Г.Я. *Особенности патогенеза эквивалентной формы саморазрушающего поведения* // *Суицидология.* – 2013. – №3 (12).
6. Польская Н.А. *Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения: по материалам исслед.* // *Психолог. журн.* – 2009. – Т. 30, №1. – С. 96–105.
7. Александров А.А. *Принципы терапии биполярной депрессии* // *Вестник БПА.* – 2007. – №12. – С. 45–55.
8. Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. *Психокардиология.* – М., 2005. – 778 с.
9. Ходжиева Г.Б., Хочиева Г.Б., Ураков К.З. и др. *Влияние депрессии и тревожных состояний на течение острого инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста* // *Вестник Авиценны.* – 2010. – №4 (45). – С. 107–112.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА АФЕКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

А.П. Романів

В статье приводится сравнительный анализ исследования расстройств биполярного спектра среди пациентов с инфарктом миокарда и суицидентов с незавершенной попыткой самоубийства. С помощью методики определения индекса биполярности и шкалы диагностики биполярного спектра (BSDS) установлены особенности проявлений аффективных состояний и описаны некоторые аспекты их роли в суицидогенезе и психической составляющей развития инфаркта миокарда.

Ключевые слова: суицид, инфаркт миокарда, индекс биполярности, биполярное расстройство, суицидогенез.

CHARACTERISTICS OF BIPOLAR SPECTRUM AFFECTIVITY IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND THOSE WHO COMMITTED SUICIDE ATTEMPTS

A. Romaniv

This paper provides a comparative analysis of the bipolar spectrum disorders in patients with myocardial infarction and with unfinished attempt suicide. Using techniques and bipolarity index diagnosis of bipolar spectrum scales (BSDS) established features of affective states and describes some aspects of their role in the development of suicide and mental component of myocardial infarction.

Key words: suicide, myocardial infarction, index bipolar, bipolar disorder, the development of suicide.

УДК 616.89

О.О. Хаустова¹, В.О.Тещенко²

БОРОТЬБА З ДЕМЕНЦІЯМИ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА НАПРЯМИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України¹, м. Київ
Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева², м. Полтава

Ключові слова: деменція, когнітивні порушення, хвороба Альцгеймера, Саміт G8, Всесвітня Рада з питань деменції.

Стаття присвячена питанням поширення деменції у світі, їх етіології та розвитку, факторам ризику, економічним витратам на діагностику, лікування та догляд за хворими на деменцію, підходам до боротьби з цією хворобою різноманітних міжнародних організацій, досягнутим на саміті G8 у Лондоні та на Всесвітній Раді з питань деменції домовленостям. Зазначені напрямки дії для подолання проблеми деменції.

Тривалість життя постійно збільшується майже в кожній країні світу. Сьогодні 30% населення планети складають особи похилого та старечого віку. Всесвітня організація охорони здоров'я підрахувала, що до 2020 року на Землі буде проживати понад 1 млрд людей старше 60 років. Можна передбачити, що це неминуче призведе до збільшення кількості людей, які страждають на деменцію. Ризик розвитку деменції з віком про-

гресивно збільшується: кожні 10 років після 65-річного віку він подвоюється [3]. Проведені популяційні дослідження показують, що приблизно у половини осіб віком 85 років та старших можливий розвиток деменції, причому цей процес спостерігається як в економічно розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються. Такого росту кількості хворих на деменцію в історії ніколи не було, що дає право деяким авторам говорити