

УДК 616-074, 616-071, 616-072
УКПП
№ держреєстрації 0122U000095
Інв. №

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет (СумДУ)
40007, м.Суми-7, вул. Римського-Корсакова, 2;
тел. 380542334058; факс 380542334058

ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з наукової роботи,
д-р фіз.-мат. наук, професор

_____ Анатолій ЧОРНОУС
____.____.____

ЗВІТ
ПРО НАУКОВО-ДОСЛІДНУ РОБОТУ
Нейропсихологічна, психопатологічна, інструментальна та лабораторна
діагностика деменцій різної етіології

ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ КЛІНІКО-АМНЕСТИЧНИХ
ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ВАРІАНТАМИ
ДЕМЕНЦІЇ. ВИВЧЕННЯ ЧИННИКІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДЕМЕНЦІЙ
РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ
(проміжний)

Керівник НДР
д-р мед. наук, професор

Олександр ПОТАПОВ

2023

Рукопис закінчено 5 грудня 2023 р.

Результати роботи розглянуто науковою радою СумДУ, протокол від 2023.____.____ № ____

СПИСОК АВТОРІВ**Керівник НДР**

Завідувач кафедри НрН
д-р мед. наук, професор

О.О. Потапов

05.12. 2023

Відповідальний виконавець

Доцент кафедри НрН,
канд. мед. наук,

Д.Д. Сотніков
(вступ, висновки, розд. 2)

05.12. 2023

Виконавці:

Професор кафедри НрН,
д-р мед. наук, професор,

І.Г. Мудренко
(розд. 1)

05.12. 2023

Доцент кафедри НрН
канд. мед. наук,

О.І. Коленко
(розд. 1)

05.12. 2023

Доцент кафедри НрН,
д-р мед. наук,

В.С. Личко
(розд. 1)

05.12. 2023

Асистент кафедри НрН,
канд. мед. наук,

О.П. Кмита
(вступ, розд. 2)

05.12. 2023

Доцент кафедри НрН,
канд. мед. наук,

А.В. Юрченко
(розд. 1)

05.12. 2023

Асистент кафедри НрН

О.С. Чиняк
(розд. 2)

05.12. 2023

РЕФЕРАТ

Звіт про НДР: 28 с., 7 табл., 20 джерел.

ДЕМЕНЦІЯ, ЗМІШАНА ДЕМЕНЦІЯ, ПОШИРЕНІСТЬ, СУДИННА ДЕМЕНЦІЯ, ХВОРОБА АЛЬЦГЕЙМЕРА, ЧИННИКИ РИЗИКУ

Об'єкт дослідження: деменції різної етіології.

Метою роботи є аналіз соціально-демографічних, клініко-анамнестичних особливостей та поширеності чинників ризику розвитку в хворих за різних форм деменції.

Методами дослідження є: системно-структурний метод, логічний метод, порівняльний аналіз, метод прогнозування.

Результатом роботи є визначення сучасного стану захворюваності, соціально-демографічних, клініко-анамнестичних особливостей та комплексу чинників ризику та їх механізмів розвитку при деменціях.

Новизна результатів роботи: отриманні оновлені соціально-демографічні, клініко-анамнестичні дані деменцій за різних варіантів. Вивчено вплив соціально-психологічних та інших чинників ризику за різних клінічних типів деменцій.

Взаємозв'язок з іншими роботами: окремі результати доповідалися на науково-практичних конференціях, публікувалися в наукових виданнях.

Рекомендації по використанню результатів роботи: на підставі проведеного дослідження дані можуть бути використані посадовими особами громадської охорони здоров'я та медичними працівниками для розробки стратегій реабілітації та профілактики деменції.

Галузь застосування: медицина.

Значущість роботи і висновки: у ході дослідження проаналізовано соціально-демографічні, клініко-анамнестичні особливості та чинники ризику розвитку в хворих за різних типів деменції.

Прогнозні припущення про розвиток об'єкту дослідження: подальше дослідження нейропсихологічного та клініко-психопатологічного досліджень деменцій різної етіології.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
1 СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ТА КЛІНІКО-АМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ВАРІАНТАМИ ДЕМЕНЦІЇ	7
1.1 Соціально-демографічні особливості хворих з деменціями різного генезу.....	7
1.2 Клініко-анамнестичні особливості хворих із різними клінічними варіантами деменцій.....	16
2 ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РІЗНИХ ТИПІВ ДЕМЕНЦІЙ	22
2.1 Аналіз впливу чинників ризику розвитку деменцій різної етіології	22
ВИСНОВКИ.....	24
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	27

ВСТУП

Деменція – це розлад, що характеризується зниженням когнітивних функцій, що зачіпає пам'ять і, принаймні, одну з інших областей, включаючи абстрактне мислення, мову, виконавчі функції, складну увагу, соціальні та візуально-просторові навички [1]. Нині 47 мільйонів людей у світі страждають на деменцію, й очікується, що до 2050 їх число потроїться [2]. Хвороба Альцгеймера (ХА) займає 6 місце серед причин смерті в США і 5 місце в світі. Деменція є серйозним тягарем для охорони здоров'я і значно збільшує вартість лікування як для окремої людини, так і для суспільства. Індивідуальні витрати на догляд за людиною з деменцією протягом усього життя були майже на 200 000 доларів більшими, ніж у людини без деменції [3]. У 2010 році витрати на лікування деменції в США оцінювалися приблизно в 200 мільярдів доларів.

На сьогодні описано багато чинників ризику, які пов'язані із підвищеним ризиком деменції, : серцево-судинні, такі як ішемічна хвороба серця (ІХС) [4, 5], миготлива аритмія [6, 7, 8] інсульт [9], а також несудинні чинники, такі як діабет [9, 10] та депресія [11]. Що стосується зв'язку між індивідуальним соціально-економічним статусом (СЕС) та деменцією, було виявлено, що низький індивідуальний СЕС підвищує ризик розвитку деменції [12]. Однак вік та супутні захворювання є не менш важливими чинниками ризику, які також можуть мати вплив на розвиток деменції, ніж низький СЕС. Проте, загальна оцінка відбиває лише невелику географічну територію.

Таким чином, можна відокремити значущість дослідження соціально-демографічних та клініко-анамнестичних особливостей у хворих з деменціями різної етіології та чинників ризику.

1 СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ТА КЛІНІКО-АМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ВАРІАНТАМИ ДЕМЕНЦІЇ

1.1 Соціально-демографічні особливості хворих із деменціями різного генезу

Деменція є однією з найбільших поточних глобальних проблем охорони здоров'я, що надає істотний фізичний, соціальний та економічний вплив на життя людей, які страждають цим захворюванням, а також на їхні сім'ї та суспільство загалом [13]. За оцінками, у 2015 році в усьому світі налічувалося близько 47 мільйонів осіб й очікується збільшення втричі до 2050 року. Більша частина осіб (67%) з деменцією проживають у країнах із низьким та середнім рівнем доходу. Таким чином, деменція є серйозною проблемою для країн з низьким та середнім рівнем доходів, оскільки основна частина їх не мають доступу до оцінок захворюваності або інформації про характер ключових чинників ризику та захисних чинників. Окрім того, у більшості країн з низьким та середнім рівнем доходів немає політики щодо боротьби з соціальним та економічним тягарем деменції або програм зниження ризику, необхідних для впливу на майбутні цифри.

Нещодавні дані про глобальні тимчасові тенденції поширеності та захворюваності на деменцію дозволяють припустити, що ризик деменції знижується в деяких країнах з високим рівнем доходу, до прикладу в Європі та США, тоді як в інших країнах він залишається стабільним або збільшується [14]. Однак, порівняно з країнами з високим рівнем доходу, даних про деменцію в країнах з низьким та середнім рівнем доходів менше, й не до кінця зрозуміло, чи спостерігаються аналогічні тенденції [15]. Оцінки поширеності варіюються від 1% до 15% у країнах Південно-Східної Азії та від 2,3% до 23% в африканських країнах. Найбільше випадків деменції нині зареєстровано в Азії (22,9 мільйона), що більш ніж удвічі перевищує кількість зареєстрованих у Європі (10,5

мільйона) чи Америці (9,4 мільйона). У Південній Азії близько 4,8 мільйона осіб страждають на деменцію, у тому числі 3,8 мільйона в Індії (0,3 % від загальної чисельності населення), 0,6 мільйона в Бангладеші (0,3 % від загальної чисельності населення) і 0,4 мільйона у Пакистані (0,2 % від загальної чисельності населення). Очікується, що до 2050 року через старіння населення кількість випадків деменції зросте до 24,7 мільйона в Південній Азії, у тому числі 11,4 мільйона в Індії (0,7 % від загальної чисельності населення), 2,0 мільйона в Бангладеші (0,8% від загальної чисельності населення). та 1,4 мільйона в Пакистані (0,4% від загальної чисельності населення [16]. Розбіжності в оцінках поширеності в різних регіонах світу, ймовірно, зумовлені неоднорідністю методології дослідження (набір учасників, критерії діагностики деменції), віковим розподілом учасників дослідження та відмінностями у профілях чинників ризику/захисних чинників у різних місцях (рівень освіти досягнення та соціально-економічний статус). Тому метою нашого дослідження стало вивчити соціально-демографічні особливості хворих з деменціями різного генезу. Проведено обстеження 238 пацієнтів, 208 хворих з різними типами деменції, зокрема, 75 пацієнтів із ХА, 73 хворих на судинну деменцію (СД) та 60 хворих зі змішаною деменцією (ЗД), 30 відносно здорових осіб склали контрольну групу. Середній бал MMSE становив 26,6 (SD: 2,5; діапазон: від 9 до 30), а загальна передбачувана поширеність деменції склала 8,0% (95% ДІ: 7,0-8,9 %; n = 248). Поширеність деменції позитивно корелювала з віком ($r = 0,164$, $p < 0,001$) (табл. 1.1.1). Більш висока поширеність спостерігалася серед осіб у віці ≥ 70 років порівняно з іншими віковими групами разом взятими, серед чоловіків та серед одиноких порівняно з тими, хто був одруженим серед тих, хто має середню освіту порівняно з особами з вищою освітою Поширеність деменції була вищою серед чоловіків, ніж серед жінок, незалежно від віку, освіти, сімейного стану.

Після поправки на вік, стать, освіту, сімейний стан та рід занять у багатофакторному аналізі ймовірність розвитку деменції була вдвічі вищою у чоловіків, ніж у жінок (SD: 2,2, 95% ДІ: 1,4–3,3), у дев'ять разів вищий серед осіб

віку ≥ 70 років у порівнянні з людьми у віці 90–99 років (SD: 9,6, 95% ДІ: 4,8–19,1).

Таблиця 1.1.1 – Поширеність деменції по соціально-демографічним характеристикам.

	Загальна к-сть (n= 238)		З деменцією (n=208) (MMSE<24 б)		Без деменції (n=30) (MMSE>24 б)		P-значення
	n	%	n	%	n	%	
Стать							
Чоловіча	128	53,8	113	54,3	17	56,7	P < 0,001
жіноча	110	46,2	95	45,7	13	43,3	
Вік							
Середній	74±14,0		87,7±7,1		67,3±7,2		P = 0,432
Вікова група (в роках)							
40-45 років	25	10,5	20	9,6	5	16,7	P < 0,001
56-66 років	61	25,6	53	25,5	8	26,7	
67-77 років	61	25,6	48	23,1	13	43,3	
78-88 років	79	33,2	75	36,0	4	13,3	
89-99 років	12	5,1	12	5,8	0	0	
Освіта							
Середня	108	45,4	105	50,5	3	10	P < 0,001
Середня спеціальна	82	34,5	63	30,2	19	63,3	
Вища	48	20,1	40	19,3	8	26,7	
Сімейний стан							
Одружений (заміжня)	85	35,7	60	28,8	25	83,3	P < 0,001
Одинокий (ка)	153	64,3	148	71,2	5	16,7	
Соціо-економічний статус							
Нижче середнього	57	23,9	48	23,0	9	30,0	P = 0,810
Середній	69	28,9	59	28,4	10	33,3	
Вище середнього	62	26,1	57	27,4	5	16,7	
Високий	50	21,1	44	21,2	6	20,0	

За даними багатовимірною аналізу, поширеність деменції була пов'язана з сімейним становищем. Коли вік був уведений у модель як безперервна змінна,

ймовірність розвитку деменції збільшується на 6% на рік збільшення віку, тоді як результати інших чинників залишаються незмінними.

У ході аналізу взаємодії було виявлено, що ймовірність розвитку деменції у вісім разів вища у чоловіків, які ніколи не ходили до школи (SD: 8,75, 95% ДІ: 4,19-18,24), коли в модель були включені інші змінні. Однак було виявлено, що ймовірність розвитку деменції втричі вища у жінок, які ніколи не ходили до школи (SD: 3,62, 95% ДІ: 1,69–7,75), коли до моделі були включені інші змінні.

Як показують результати, кількість випадків деменції велика: приблизно один із дванадцяти осіб віком ≥ 70 років. Очікується, що до 2051 року кількість випадків захворювання збільшиться майже вдвічі і становитиме приблизно 3,4 мільйона осіб. Це дослідження також демонструє, що поширеність деменції варіюється в залежності від ключових соціально-демографічних характеристик, включаючи вік, стать, освіту та сімейний стан, але не залежно від соціо-економічного стану.

Наше дослідження продемонструвало, що поширеність деменції вища у чоловіків у порівнянні з жінками. Можлива причина підвищеного ризику деменції у жінок може полягати у збільшенні тривалості життя та біологічних відмінностях. Нижчий рівень освіти у жінок похилого віку і найвища поширеність серед тих, хто мав середню освіту, можливо, негативно вплинули на когнітивні резерви, що призвело до підвищеного ризику розвитку деменції. Ми помітили, що чоловіки частіше були самотніми, що підтверджує нещодавні висновки про зв'язок між сімейним станом та деменцією [17, 18, 19].

Високий рівень освіти незмінно пов'язаний з нижчим ризиком когнітивних порушень та деменції за допомогою збільшення когнітивного резерву як і країнах із високим рівнем освіти, і у країнах із низьким і середнім рівнем доходу [20]. З кожним роком підвищення рівня освіти ризик деменції знижується на 7%. Таким чином, існує гостра необхідність зміцнення політики, спрямованої на покращення доступу до формальної освіти для всього населення.

Також вивчено соціально-демографічні характеристики хворих при деменціях із суїцидними розладами (СР) та без СР. Усі хворі були поділені на

дві групи за чинником наявності чи відсутності СР. Так, основну групу хворих на деменції, з СР, становили 105 пацієнтів, а групу без ознак СР – 103 пацієнти. Внаслідок проведення дослідження аналізували вік, вид деменції, вираженість та специфіку КД, соціального функціонування, особливості депресивної симптоматики, агресії та чинники СР.

Отже, одержані дані свідчать про те, що у хворих вікової групи 78–88 років частіше визначається високий СР, ніж у віці 56–66 років. За статтю хворі на деменції були розподілені таким чином: в основній групі були 61 чоловік ($58,1 \pm 3,62$ %) та 44 жінки ($41,9 \pm 3,07$)%. У контрольній групі були 52 чоловіки ($50,48 \pm 3,48$) % та 51 жінка ($49,51 \pm 3,45$) %. Імовірних розбіжностей за статтю не було.

Також нами вивчено розподіл хворих за статтю, віком, рівнем освіти, сімейним статусом в основній (з СР) та контрольній (без СР) групах при різних типах деменцій (внаслідок ХА, СД та ЗД). Серед хворих на деменцію внаслідок ХА проведено статистичне аналізування рівня освіти продемонструвало переважання в основній групі (з СР) осіб із середньою освітою над тими, хто мав середню спеціальну, професійну або вищу освіту ($p < 0,001$), а в групі порівняння (без СР) ($46,3 \pm 8,1$) % становили пацієнти з середньою освітою та ($30,9 \pm 7,5$) % – із вищою, достовірних розбіжностей щодо рівня освіти між хворими всередині групи не встановлено, однак закономірністю є переважання в контрольній групі осіб із вищою освітою, над кількістю хворих, що мали вищу освіту в основній групі порівняння ($p < 0,01$) (табл. 1.1.2).

Аналізуючи сімейний стан пацієнтів порівнюваних груп, з'ясовано, що серед пацієнтів з СР переважали самотні, які не вступали до шлюбу впродовж життя ($p < 0,001$), серед хворих без СР – одружені, які проживали з сім'єю ($p < 0,001$) (табл.1.1.3). Кількість розлучених та овдовілих у групах порівняння достовірно не відрізнялася. Соціально-демографічні характеристики хворих із СД продемонстрували переважання в основній групі кількості чоловіків ($64,1 \pm 7,79$) % над кількістю осіб жіночої статі ($35,9 \pm 7,79$) % ($p < 0,05$), осіб у віковій категорії 78–88 років ($43,7 \pm 8,05$) % в основній порівняно з ($17,5 \pm 6,63$) % у контрольній групі ($p \leq 0,05$). Пацієнти основної групи (з СР) за віком були

розподілені таким чином: із неповною середньою освітою ($15,5 \pm 5,86$) %, із повною середньою ($48,8 \pm 8,12$) %, із професійно-технічною ($7,70 \pm 4,32$) %, із середньою спеціальною ($15,5 \pm 5,86$) %, із вищою ($12,9 \pm 5,42$) %. Кількість пацієнтів із повною середньою освітою була достовірно більша, ніж пацієнтів з іншим рівнем здобутої освіти ($p < 0,01$). У групі порівняння (без СР) ймовірних відмінностей за рівнем освіти між хворими встановлено не було.

Таблиця 1.1.2 – Соціально-демографічні особливості хворих при деменції ХА з СР порівняно без СР.

Найменування показника	Основна група з СР	Контрольна група без СР	t-критерій Стьюдента
	% \pm m %		
Деменція при хворобі Альцгеймера			
Чоловіки	58,6 \pm 4,85*	38,7 \pm 5,67*	2,67
Жінки	41,4 \pm 4,84*	61,5 \pm 5,66*	2,69
Вік (роки)			
40 – 55	11,1 \pm 5,32	15,4 \pm 5,85	0,54
56 – 66	30,6 \pm 7,80	30,8 \pm 7,50	0,0
67 – 77	19,4 \pm 6,80	30,8 \pm 7,50	1,14
78 – 88	38,9 \pm 8,25	23,1 \pm 6,84	1,47
89 – 99	0 \pm 0	0 \pm 0	0,0
Освіта			
Неповна середня	0 \pm 0	0 \pm 0	0,0
Повна середня	66,5 \pm 7,95	46,3 \pm 8,10	1,80
Середня технічна	11,1 \pm 5,32	7,69 \pm 4,32	0,49
Середня спеціальна	11,1 \pm 5,31	15,4 \pm 5,85	0,54
Вища освіта	11,1 \pm 5,32***	30,9 \pm 7,5***	2,49
Сімейний стан			
Одружений	11,1 \pm 5,31**	46,2 \pm 8,09**	3,62
Розлучений	11,1 \pm 5,31	7,69 \pm 6,83	0,39
Вдівець	33,3 \pm 7,96	38,5 \pm 7,90	0,46
Самотній	44,4 \pm 8,3**	7,69 \pm 4,34**	3,88
Умовні позначення. Ймовірність відмінностей на рівні: * – $p \leq 0,01$; ** – $p \leq 0,001$; *** – $p \leq 0,05$; **** $p \leq 0,005$.			

Таблиця 1.1.3 – Соціально-демографічні особливості хворих при СД з СР порівняно без СР

Найменування показника	Основна група з СР	Контрольна група без СР	t-критерій Стьюдента
	% ± m %		
Судинна деменція			
Стать			
Чоловіки	64,1 ± 7,79	55,9 ± 8,64	0,70
Жінки	35,9 ± 7,79	44,1 ± 8,64	0,70
Вік (роки)			
> 40	0 ± 0	5,88 ± 4,1	1,43
40 – 55	7,70 ± 4,32	2,94 ± 2,94	0,30
56 – 66	20,5 ± 6,55	38,2 ± 8,46	1,65
67 – 77	20,5 ± 6,55	29,4 ± 7,93	0,86
78 – 88	43,7 ± 8,05***	17,5 ± 6,63***	2,49
89 – 99	7,70 ± 4,32	5,88 ± 4,1	0,30
Освіта			
Неповна середня	15,5 ± 5,86	2,94 ± 2,94	1,90
Повна середня	48,8 ± 8,12	38,2 ± 8,46	0,89
Середня технічна	7,69 ± 4,32	17,6 ± 6,64	1,25
Середня спеціальна	15,5 ± 5,86	29,4 ± 8,93	1,31
Вища	12,9 ± 5,42	11,7 ± 5,61	0,12
Сімейний стан			
Одружений	28,1 ± 7,32***	52,8 ± 8,69***	2,17
Розлучений	7,70 ± 4,32	8,82 ± 4,94	0,17
Вдівець	15,5 ± 5,86	29,4 ± 8,93	1,42
Самотній	48,6 ± 8,11**	8,82 ± 4,94**	4,19
Умовні позначення. Ймовірність відмінностей на рівні: * – p ≤ 0,01; ** – p ≤ 0,001; *** - p ≤ 0,05; **** p ≤ 0,005.			

За допомогою вивчення сімейного статусу хворих на СД встановлено, що відповідно в основній та контрольній групах було самотніх осіб (48,6 ± 8,11) та (8,82 ± 4,94) %, одружених – (28,1 ± 7,2) та (52,8 ± 8,69) %, удівців – (15,5 ± 5,86) та (29,4 ± 8,93) %, розлучених – (7,70 ± 4,32) та (8,82 ± 4,94) % (табл.1.1.4). Статистичне аналізування продемонструвало переважання в основній групі одиноких хворих, які впродовж життя не перебували в шлюбі (p < 0,001), а в контрольній – одружених (p < 0,05), а статтю пацієнти із ЗД основної і контрольної груп розподілилися рівномірно: чоловіки і жінки по 50 ± 9,28 %.

Повну середню освіту мали ($66,7 \pm 8,75$ %) пацієнтів основної та ($50 \pm 9,28$ %) – контрольної груп, середню спеціальну та вищу по ($10 \pm 5,57$ % та $20 \pm 7,43$ % відповідно). Аналіз сімейного стану виявив таке: одружених було ($66,7 \pm 8,75$ % – в основній та $50 \pm 9,28$ % – в контрольній групі), вдівців (по $16,7 \pm 6,92$ % та $30 \pm 8,51$ %), самотніх осіб ($16,7 \pm 6,92$ % та $20 \pm 7,43$ % відповідно).

Таблиця 1.1.4 – Соціально-демографічні особливості хворих при ЗД з СР порівняно без СР

Найменування показника	Основна група з СР	Контрольна група без СР	t-критерій Стьюдента
	% \pm m %		
Змішана деменція			
Стать			
Чоловіки	$50 \pm 9,28$	$50 \pm 9,28$	0,0
Жінки	$50 \pm 9,28$	$50 \pm 9,28$	0,0
Вік (роки)			
> 40 років	0 ± 0	0 ± 0	0,0
40–55 років*	0 ± 0	$20 \pm 7,43$	2,69; $p < 0,01$
56–66 років	$16,7 \pm 6,92$	$20 \pm 7,43$	0,32
67–77 років	$0 \pm 0^{**}$	$30 \pm 8,51^{**}$	3,52; $p < 0,001$
78–88 років	$83,3 \pm 6,92^{**}$	$30 \pm 8,51^{**}$	4,85; $p < 0,001$
89–99 років	0 ± 0	0 ± 0	0,0
Освіта			
Неповна середня	00 ± 00	0 ± 0	0,0
Повна середня	$66,7 \pm 8,75$	$50 \pm 9,28$	1,30
Середня технічна	00 ± 00	$10 \pm 5,57$	1,79
Середня спеціальна	$10 \pm 5,57$	$20 \pm 7,43$	1,07
Вища	$10 \pm 5,57$	$20 \pm 7,43$	1,07
Сімейний стан			
Одружений	$66,7 \pm 8,75$	$50 \pm 9,28$	1,30
Розлучений	00 ± 00	0 ± 0	0,0
Вдівець	$16,7 \pm 6,92$	$30 \pm 8,51$	1,21
Самотній	$16,7 \pm 6,92$	$20 \pm 7,43$	0,32
Умовні позначення. Ймовірність відмінностей на рівні: * – $p \leq 0,01$; ** – $p \leq 0,001$; *** – $p \leq 0,05$; **** – $p \leq 0,005$.			

В підгрупі хворих зі ЗД ймовірних розбіжностей за статтю між пацієнтами основної та контрольної груп не встановлено. В основній групі (з СР) розподіл

за віком відбувався таким чином: більшість хворих була віком 78–88 років ((83,3 ± 6,92)%), решта ((16,7 ± 6,92 %) – віком 40–55 років. Кількість хворих у віковій категорії 77– 88 років в основній групі переважала над кількістю контрольної (p<0,001). У контрольній групі встановлено переважання хворих у віковій категорії 40–55 років (p < 0,01) та 67–77 років (p < 0,001).

Таким чином, до диференційованих прогностичних соціально демографічних чинників, що сприяють формуванню СР, відносять: при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера:

- 1) чоловічу стать (p ≤ 0,01);
- 2) низький рівень освіти (p < 0,001);
- 3) самотність, відсутність шлюбу на протязі життя (p < 0,001).

при судинній деменції:

- 1) чоловічу стать (p < 0,05);
- 2) вік 78–88 років (p ≤ 0,05);
- 3) самотність, відсутність шлюбу впродовж життя (p < 0,001);

при змішаній деменції:

- 1) старечий вік 78–88 років (p < 0,001);
- 2) закономірностей щодо істотного значення статі, рівня освіти, сімейного

стану у формуванні СР у хворих зі ЗД не встановлено.

До факторів антиризиків суїциду відносять:

при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера:

- 1) жіночу стать (p ≤ 0,01);
- 2) вищу освіту (p < 0,01);
- 3) закономірностей щодо істотного значення віку у формуванні СР хворих

із деменцією при ХА не встановлено;

- 4) перебування з чоловіком/дружиною в шлюбі та сумісне проживання (p < 0,001);

при судинній деменції:

- 1) перебування з чоловіком/дружиною в шлюбі та сумісне проживання (p < 0,05);

2) закономірностей щодо істотного значення віку, статі, рівня освіти у формуванні СР у хворих із СД не встановлено.

При змішаній деменції: 1) більш молодий вік 40-55 років ($p < 0,01$) та 67–77 років ($p < 0,001$).

1.2 Клініко-анамнестичні особливості хворих із різними клінічними варіантами деменцій

Супутня соматична патологія у хворих із деменціями при ХА в основній групі (з СР) була представлена у $(33,3 \pm 7,97)$ % гіпертонічною хворобою (ГХ) та віковою катарактою, по $(11,1 \pm 5,31)$ % – хронічним обструктивним захворюванням легень та цукровим діабетом, $(55,6 \pm 8,7)$ % мали дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕП) та $(22,2 \pm 7,03)$ % – ішемічну хворобу серця (ІХС) (табл.1.2.1). Серед обстежених контрольної групи (без СР) переважали пацієнти з ГХ та ДЕП ($(23,1 \pm 6,83)$ та $(22,2 \pm 7,03)$ % відповідно). Вікова катаракта була діагностована у $(15,4 \pm 5,85)$ %, ІХС – в $(11,1 \pm 5,31)$ % хворих. Установлено ймовірні розбіжності між основною та контрольною групами за типологією соматичних захворювань. Так, у хворих із СР при деменції внаслідок ХА достовірно частіше траплялися цукровий діабет, ХОЗЛ та артрози великих суглобів ($p < 0,05$). Анамнестичні події у хворих основної групи з ХА були представлені алкоголізмом, черепно-мозковою травмою (ЧМТ) та переломами кісток кінцівок і тулуба в $(11,1 \pm 5,31)$ % випадків, в $(44,4 \pm 8,4)$ % – оперативними втручаннями, в $(33,3 \pm 7,97)$ % – суїцидальними спробами в анамнезі. В анамнезі хворих групи порівняння (без СР) відзначалися лише оперативні втручання у $(43,6 \pm 8,04)$ % випадків. Результати порівняльного аналізування профілю анамнестичних подій між хворими основної та контрольної груп підтвердили наявність достовірних розбіжностей. Так, хворі з СР в минулому частіше зазнавали впливу травматичних подій (ЧМТ, переломи кінцівок) ($p < 0,05$), хронічній інтоксикації алкоголем ($p < 0,05$) та мали суїцидальні спроби ($p < 0,001$). Аналіз спадкової обтяженості у хворих із

деменцією при ХА продемонстрував переважання серед пацієнтів із СР родичів із суїцидальними спробами та хронічним алкоголізмом ($p < 0,05$).

Таблиця 1.2.1 – Клініко-анамнестичні особливості хворих із хворобою Альцгеймера із СР порівняно без СР

Найменування захворювання	Основна група з СР	Контрольна група без СР	t-критерій Стьюдента
	% \pm m %		
Деменція при хворобі Альцгеймера			
Супутня соматична патологія			
Гіпертонічна хвороба	33,3 \pm 7,97	23,1 \pm 6,83	0,97
ДЕП	55,6 \pm 8,7	22,2 \pm 7,03	1,01
Цукровий діабет	11,1 \pm 5,31***	0 \pm 0***	2,09
Вікова катаракта	33,3 \pm 7,97	15,4 \pm 5,85	1,81
ІХС	22,2 \pm 7,03	11,1 \pm 5,31	1,25
ХОЗЛ	11,1 \pm 5,31***	0 \pm 0***	2,09
Артрози великих суглобів	11,1 \pm 5,31	0 \pm 0	2,09
Анамнестичні події			
Алкоголізм	11,1 \pm 5,31***	0 \pm 0***	2,09
Переломи кісток тулуба та кінцівок	11,1 \pm 5,31***	0 \pm 0***	2,09
ЧМТ	11,1 \pm 5,31***	0 \pm 0***	2,09
Оперативні втручання	44,4 \pm 8,4	43,6 \pm 8,04	0,06
Суїцидальні спроби	33,3 \pm 7,97**	0 \pm 0	4,17
Спадкова обтяженість			
Суїцидальні спроби	11,1 \pm 5,31***	0 \pm 0	2,09
Завершені суїциди	0 \pm 0	0 \pm 0	0
Алкоголізм	11,1 \pm 5,31***	0 \pm 0	2,09
Когнітивні порушення	22,2 \pm 7,03	15,4 \pm 5,85	0,74
Цереброваскулярна патологія	0 \pm 0	0 \pm 0	0
Шизофренія	0 \pm 0	0 \pm 0	0

Аналізуючи анамнестичні дані хворих із СД з'ясовано, що супутня соматична патологія в них була представлена переважно цереброваскулярним ураженням у формі ГХ та ДЕП: (56,4 \pm 8,04) % та (41 \pm 7,98) % в основній групі

та ($61,8 \pm 8,46$) і ($52,9 \pm 8,69$) % – в контрольній (табл.1.2.2). Імовірних розбіжностей між групами за частотою цих захворювань не було.

Таблиця 1.2.2 – Клініко-анамнестичні особливості хворих із судинною деменцією із СР порівняно без СР

Найменування захворювання	Основна група з СР	Контрольна група без СР	t-критерій Стьюдента
	% \pm m %		
Судинна деменція			
Супутня соматична патологія			
Гіпертонічна хвороба	$56,4 \pm 8,04$	$61,8 \pm 8,46$	0,46
ДЕП	$41 \pm 7,98$	$52,9 \pm 8,69$	1,00
Цукровий діабет	$5,88 \pm 1,4$	$5,88 \pm 1,4$	0,0
Вікова катаракта	$15,4 \pm 5,85$	$11,8 \pm 5,61$	0,44
ІХС	$46,2 \pm 8,09^{**}$	$2,94 \pm 2,94$	5,025
ХОЗЛ	$7,69 \pm 4,32$	$5,88 \pm 1,4$	0,39
Артрози великих суглобів	$28,2 \pm 7,3$	$38,2 \pm 8,46$	0,89
Анамнестичні події			
Алкоголізм	$15,4 \pm 5,85$	$11,8 \pm 5,61$	0,44
Переломи кісток тулуба та кінцівок	$7,69 \pm 4,32$	$5,88 \pm 1,4$	0,39
ЧМТ*	$41 \pm 7,98$	$11,8 \pm 5,61$	2,99
Оперативні втручання	$35,9 \pm 7,78^{**}$	$2,94 \pm 2,94^{**}$	3,96
Суїцидальні спроби	$28,2 \pm 7,3^*$	$5,88 \pm 1,4^*$	3,00
Інфаркт мозку	$20,5 \pm 6,55$	$41,2 \pm 8,57$	1,91
ГПМК за геморагічним типом	$7,69 \pm 4,32$	$23,5 \pm 7,38$	1,84
Інфаркт міокарда	$5,88 \pm 1,4^{**}$	0 ± 0	4,2
Спадкова обтяженість			
Суїцидальні спроби	$7,69 \pm 4,32$	0 ± 0	1,78
Завершені суїциди	0 ± 0	0 ± 0	0
Алкоголізм	0 ± 0	0 ± 0	0
Когнітивні порушення	$15,4 \pm 5,85$	$8,82 \pm 4,94$	0,85
Цереброваскулярна патологія	$12,8 \pm 5,42$	$23,5 \pm 7,38$	1,16

Аналіз результатів засвідчив, що для ($46,2 \pm 8,09$) % пацієнтів із СР при СД є характерною кардіальна патологія у формі ІХС, а серед групи порівняння (без СР) захворювання серця траплялися рідко (загалом у ($2,94 \pm 2,94$) %

випадків) ($p < 0,001$). За допомогою аналізу преморбїду хворих із СД встановлено переважання в анамнезі мозкових катастроф у вигляді інфаркту ГМ та ГПМК за геморагічним типом, як в основній ($(20,5 \pm 6,55)$ та $(7,69 \pm 4,32)$ %), так і в контрольній групі ($(41,2 \pm 8,57)$ та $(23,5 \pm 7,38)$ % відповідно). Одержані дані достовірно не різнились у порівнюваних групах, оскільки судинне ураження ГМ є підґрунтям для формування когнітивного дефіциту незалежно від ризику суїциду. Проте аналіз перенесених негативних життєвих подій у хворих із СД продемонстрував достовірне переважання в основній групі (з СР) ЧМТ ($41 \pm 7,98$) %, порівняно з $(11,8 \pm 5,61)$ % – у контрольній ($p < 0,01$); оперативних втручань ($35,9 \pm 7,78$) % в основній групі, порівняно з $(2,94 \pm 2,94)$ % – у контрольній ($p < 0,001$); суїцидальних спроб в анамнезі ($28,2 \pm 7,3$) % та $(5,88 \pm 1,4)$ % відповідно ($p < 0,01$). Спадкова обтяженість була представлена як в основній, так і в контрольній групі переважно когнітивними порушеннями в поєднанні з цереброваскулярною патологією. Відмінності між вивчаємими групами, які вивчали за рівнем спадкової обтяженості не встановлені.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що у хворих зі ЗД в порівнюваних групах здебільшого була наявна поліморфна сомато-неврологічна патологія у формі ГХ ($(50 \pm 9,28)$ % в основній та $(86,7 \pm 6,31)$ у контрольній групі), ДЕП ($(50 \pm 9,28)$ та $(86,7 \pm 6,31)$ %), цукрового діабету ($50 \pm 9,28$) та (0 ± 0) %, вікової катаракти ($(16,7 \pm 6,92)$ та $(10 \pm 5,57)$ %), ІХС ($(33,3 \pm 8,75)$ та $(60 \pm 9,1)$ % відповідно) (табл.1.2.3). У групі без проявів СР пацієнтів із діагностованою цереброваскулярною патологією (ГХ, ДЕП) та ІХС було менше, ніж в основній (достовірність розбіжностей на рівні $p < 0,01$ і $p < 0,05$ відповідно).

Хворі з високим СР ймовірно частіше впродовж життя зазнавали дії травматичних впливів (ЧМТ, суїцидальні спроби) та мали ГПМК за геморагічним типом, порівняно з групою контролю (без СР) ($(16,7 \pm 6,92)$ та (0 ± 0) % відповідно) ($p < 0,05$). За допомогою аналізу профілю спадкових захворювань установлено переважання серед родичів хворих із високим СР осіб

із когнітивними порушеннями ($p < 0,05$), у групі порівняння (без СР) осіб з алкоголізмом та цереброваскулярною патологією ($p < 0,01$) і ($p < 0,001$).

Таблиця 1.2.3 – Клініко-анамнестичні особливості хворих із змішаною деменцією із СР порівняно без СР

Найменування захворювання	Основна група з СР	Контрольна група без СР	t-критерій Стьюдента
	% \pm m %		
Змішана деменція			
Гіпертонічна хвороба	50 \pm 9,28*	86,7 \pm 6,31*	3,27
ДЕП	50 \pm 9,28*	86,7 \pm 6,31*	3,27
Цукровий діабет	50 \pm 9,28	0 \pm 0	5,38
Вікова катаракта	16,7 \pm 6,92	10 \pm 5,57	0,75
ІХС	33,3 \pm 8,75***	60 \pm 9,1***	2,11
ХОЗЛ	0 \pm 0	0 \pm 0	0
Артрози великих суглобів	0 \pm 0	0 \pm 0	0
Анамнестичні події			
Алкоголізм	16,7 \pm 6,92	23,3 \pm 7,85	0,62
Переломи кісток тулуба та кінцівок	0 \pm 0	0 \pm 0	0
ЧМТ	16,7 \pm 6,92***	0 \pm 0***	2,41
Оперативні втручання	16,7 \pm 6,92	30 \pm 8,51	1,21
Суїцидальні спроби	16,7 \pm 6,92***	0 \pm 0***	2,41
Інфаркт мозку	16,7 \pm 6,92	23,3 \pm 7,85	0,62
ГПМК за геморагічним типом	16,7 \pm 6,92***	0 \pm 0***	2,41
Спадкова обтяженість			
Суїцидальні спроби	0 \pm 0	0 \pm 0	0
Завершені суїциди	0 \pm 0	0 \pm 0	0
Алкоголізм	0 \pm 0*	23,3 \pm 7,85*	2,96
Когнітивні порушення	16,7 \pm 6,92***	0 \pm 0***	2,41
Цереброваскулярна патологія	0 \pm 0**	43,3 \pm 9,2**	4,70
Шизофренія	0 \pm 0	10 \pm 5,57	1,79
Умовні позначення: ймовірність відмінностей на рівні * – $p \leq 0,01$; ** – $p \leq 0,001$; *** – $p \leq 0,05$; **** – $p \leq 0,005$			

Таким чином, ми визначили клініко-анамнестичні фактори ризику суїцидуу хворих із різними клінічними формами деменцій:

при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера:

1) гетерогенність супутньої соматичної патології у формі цукрового діабету, ХОЗЛ, ДОА ($p < 0,05$);

2) травматичні події (ЧМТ та переломи кісток тулуба і кінцівок) та хронічну алкогольну інтоксикацію в анамнезі ($p < 0,05$);

3) суїцидальні спроби в минулому ($p < 0,001$);

4) суїцидальну історію та алкоголізм у родині ($p < 0,05$);

при судинній деменції:

1) поєднання з кардіальною патологією ($p < 0,001$);

2) травматичні події впродовж життя: ЧМТ ($p < 0,01$);

3) оперативні втручання ($p < 0,001$); суїцидальні спроби ($p < 0,001$);

при ЗД:

1) поєднання з ЦД ($p < 0,001$);

2) дію травматичних впливів (ЧМТ, суїцидальні спроби) упродовж життя ($p < 0,05$);

3) ГПМК за геморагічним типом в анамнезі ($p < 0,05$);

4) спадкову обтяженість когнітивними порушеннями ($p < 0,05$).

До диференційованих клініко-анамнестичних факторів антиризиксу суїциду відносять:

1) при деменції внаслідок ХА та СД чинників, що запобігають формуванню СР за клініко-анамнестичними даними не визначено;

при змішаній деменції:

1) приєднання цереброваскулярної (ГХ, дисциркуляторної енцефалопатії) ($p < 0,01$) та кардіальної патології (ІХС) ($p < 0,05$);

2) спадкова обтяженість алкоголізмом ($p < 0,001$) та/або цереброваскулярною патологією ($p < 0,001$).

2 ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РІЗНИХ ТИПІВ ДЕМЕНЦІЙ

2.1 Аналіз впливу чинників ризику розвитку деменцій різної етіології

Нами було проведено оцінку анамнезу захворювання ХА, СД та ЗД, враховували чинники ризику цереброваскулярних захворювань, характер розвитку та швидкість прогресування когнітивного дефекту.

Серед значущих чинників ризику ХА СД та ЗД у більшості хворих аналізувалась наявність артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, цукрового діабету 2 типу, гіперхолестеринемії та хронічної серцевої недостатності.

Основними провідними чинниками ризику розвитку ХА виявлено: атеросклероз (у 73,7 % випадків), артеріальна гіпертензія (у 35 % випадків), хронічна серцева недостатність (25,5 % випадків).

Основними чинниками ризику розвитку судинної деменції у обстежених наявні: артеріальна гіпертензія (у 97,3 % випадків), атеросклероз (у 90,7 % випадків), ГПМК в анамнезі (у 70,3 % випадків), паління (у 53,3 % випадків), хронічна серцева недостатність (у 56,7 % випадків), цукровий діабет (у 33,3 % випадків).

Основними провідними чинниками ризику розвитку змішаної деменції спостерігалися: атеросклероз (у 76,7 % випадків), артеріальна гіпертензія (у 56,7 % випадків), паління (у 47,7 % випадків), хронічна серцева недостатність (у 26,7 % випадків), ГПМК в анамнезі (у 26,7 % випадків).

Середні показники як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску у хворих з судинною деменцією були ймовірно вищими, ніж у хворих з ХА та у контролі, ($p < 0,0001$). Тривалість АГ також була вищою у хворих внаслідок судинної деменції ($12,4 \pm 4,2$), ніж за ХА ($5,2 \pm 2,1$) ($p < 0,0001$).

Також, в анамнезі в хворих з судинною деменцією було відмічено ГПМК / ТІА – у 25 (82,5 %). Частота виявлених перенесених ГПМК у групі ВСКР було значно вищою ($p < 0,0001$), ніж у групі із ВНКР. Залежно від ураженого судинного басейну ішемічний інсульт діагностовано ЛСМА у 12 (40 %) хворих,

ПСМА у 10 (33,3 %), ЛСМА та ПСМА у 5 (16,7 %), ВББ у 4 (13,33 %), ТІА – у 4 (13,33 %) хворих.

Отже, загалом в пацієнтів з судинною деменцією набагато частіше зустрічалися судинні чинники ризику, ніж при ХА та ЗД. Проте, у хворих із ХА частота виявлення вказаних чинників була достатньо високою.

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження можна зробити наступні висновки

Диференційоване аналізування соціально-демографічних та клініко-анамнестичних особливостей хворих з СР та без ознак СР при деменції внаслідок ХА, СД, ЗД продемонструвало таке: що серед хворих із СР при ХА більшість становили чоловіки ((58,6 ± 4,85) %) ($p \leq 0,01$), самотні ((44,4 ± 8,43) %) ($p < 0,001$), із низьким рівнем освіти ((66,5 ± 7,95) %) ($p < 0,001$). У когорті хворих із деменцією внаслідок ХА без СР переважали особи жіночої статі ((61,5 ± 5,66) %) ($p \leq 0,01$), із вищою освітою ((30,9 ± 7,45) %) ($p < 0,01$) та одружені ((46,3 ± 8,10) %) ($p < 0,001$). Більшість обстежених із СД із СР була чоловічої статі ((64,1 ± 7,79) %), у віковій категорії 78–88 років ((43,7 ± 8,0)%) ($p \leq 0,05$) та самотні особи ((48,6 ± 8,11) %) ($p < 0,001$). В підгрупі пацієнтів без ознак СР при СД домінували також чоловіки ((55,9 ± 8,64) %), та особи, які перебували в шлюбі й мали сім'ю ((52,8 ± 8,69)%) ($p < 0,05$). Істотного впливу статі, рівня здобутої освіти на формування СР при СД не виявлено. Аналізування соціально-демографічних особливостей пацієнтів із ЗД свідчило про те, що в основній групі переважали особи старечого віку 78–88 років ((83,3 ± 6,92)%) ($p < 0,001$), водночас, у контрольній групі більшість пацієнтів були у молодшому віці 40–55 років ((20 ± 7,43)%) ($p < 0,01$) та 67–77 років ((30 ± 8,51)%) ($p < 0,001$). За статтю пацієнти із ЗД основної і контрольної груп розподілилися рівномірно: чоловіки і жінки по 50 ± 9,28 %. Повну середню освіту мали (66,7 ± 8,75 %) пацієнтів основної та (50 ± 9,28 %) – контрольної груп, середню спеціальну та вищу по (10 ± 5,57 % та 20 ± 7,43 % відповідно). Аналізування сімейного стану показало таке: одружених було (66,7 ± 8,75 % – в основній та 50 ± 9,28 % – в контрольній групі), вдівців (по 16,7 ± 6,92 % та 30 ± 8,51%), самотніх осіб (16,7 ± 6,92 % та 20 ± 7,43 % відповідно). У підгрупі хворих із ЗД ймовірних розбіжностей за статтю, сімейним станом та рівнем освіти між пацієнтами основної та контрольної груп не було встановлено. Вивчення клініко-анамнестичних особливостей у пацієнтів із різними типами деменцій засвідчило

таке. У хворих із СР при ХА переважала порівняно з групою контролю гетерогенна супутня соматична патологія у формі цукрового діабету ((11,1 ± 5,31)%), ХОЗЛ ((11,1 ± 5,31)%) та ДОА ((11,1 ± 5,31)%) (p < 0,05). Більшість пацієнтів із СР при ХА мала в анамнезі суїцидальні спроби ((33,3 ± 7,97)%) (p < 0,001), ЧМТ, переломи кісток тулуба та кінцівок, страждала хронічним алкоголізмом (відповідно по (11,1 ± 5,31 %) (p < 0,05). До спадкових чинників суїциду при ХА відносяться суїцидальна історія ((11,1 ± 5,31) %) та алкоголізм ((11,1 ± 5,31) %) в родині (p < 0,05). Соматична патологія в групі пацієнтів із СД була представлена переважно цереброваскулярним ураженням у формі ГХ та ДЕП ((56,4 ± 8,04) %) та ((41 ± 7,98) %) в основній групі та (61,8 ± 8,46) % і (52,9 ± 8,69) % – у контрольній. Проте достовірних розбіжностей за частотою цереброваскулярної патології в порівнюваних групах встановлено не було. Аналіз результатів засвідчив, що достовірно частіше в основній групі при СД спостерігалась кардіальна патологія у формі ІХС ((46,2 ± 8,09) %) (p < 0,001). Серед анамнестичних факторів асоціювались з СР при СД такі негативні події впродовж життя, як: ЧМТ ((41 ± 7,98) %) (p < 0,01), оперативні втручання ((35,9 ± 7,78) %) (p < 0,001) та суїцидальні спроби ((28,2 ± 7,3) %) (p < 0,001). Специфічних спадкових чинників СР при СД не виявлено, але спадковість хворих обох груп була представлена когнітивними порушеннями в поєднанні з цереброваскулярною патологією. Під час вивчення етіопатогенетичних чинників розвитку СР у хворих із ЗД ми встановили, що в пацієнтів із СР достовірно частіше спостерігалися поєднання цереброваскулярної патології з цукровим діабетом ((50 ± 9,28) %) та 0 ± 0 %) (p < 0,001), ГПМК за геморагічним типом в анамнезі (16,7 ± 6,92) та (0 ± 0) % відповідно) (p < 0,05), ЧМТ та суїцидальні спроби впродовж життя (по (16,7 ± 6,92) та (0 ± 0) % відповідно) (p < 0,05). Фактором спадкової обтяженості при ЗД з СР є когнітивні порушення ((16,7 ± 6,92) та (0 ± 0) %) (p < 0,05). Таким чином, наведені дані свідчать про наявність соціальнодемографічних та клініко-анамнестичних факторів асоційованих з СР за різних видів деменцій.

Як показало наше дослідження, за видом і частотою спостереження чинників ризику основними провідними чинниками ризику розвитку судинної деменції в обстежених нами хворих переважали: артеріальна гіпертензія (97,3 %), атеросклероз (90,7 %), ГПМК в анамнезі (70,3 %), паління (53,3 %), хронічна серцева недостатність (56,7 %), цукровий діабет (33,3 %).

Провідними чинниками ризику розвитку змішаної деменції відмічено: атеросклероз (76,7 %), артеріальна гіпертензія (56,7 %), паління (47,7 %), хронічна серцева недостатність (26,7 %), ГПМК в анамнезі (26,7 %).

У пацієнтів із судинною деменцією показники артеріального тиску, тривалості АГ, вмісту загального холестерину та ІМТ були ймовірно вищими, ніж у групі хворих на ХА та у групі зі змішаною деменцією.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. WHO. *Dementia*. Geneva: WHO; 2017.
2. Prince M, Wimo A, Guerchet M, et al. *World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International; 2015. pp. 1–24.
3. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2021. Fact sheets of dementia. Available from: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/dementia>.
4. Imahori Y, Vetrano DL, Ljungman P, Laukka EJ, Wu J, Grande G, Rizzuto D, Fratiglioni L, Qiu C. Association of ischemic heart disease with long-term risk of cognitive decline and dementia: A cohort study. *Alzheimers Dement*. 2023.
5. Deckers K, Schievink SHJ, Rodriguez MMF, van Oostenbrugge RJ, et al. Coronary heart disease and risk for cognitive impairment or dementia: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017; 12:e0184244.
6. Shah AD, Merchant FM, Delurgio DB. Atrial fibrillation and risk of dementia/cognitive decline. *J Atr Fibrillation*. 2016;8:1353.
7. Wandell P, Carlsson AC, Gasevic D, et al. Socioeconomic factors and mortality in patients with atrial fibrillation—a cohort study in Swedish primary care. *Eur J Public Health*. 2018.
8. Wandell P, Carlsson AC, Sundquist J, Sundquist K. The association between relevant comorbidities and dementia in patients with atrial fibrillation. *Geroscience*. 2018; 40:317–324.
9. Kuźma E, Lourida I, Moore SF, Levine DA, Ukoumunne OC, Llewellyn DJ. Stroke and dementia risk: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimers Dement*. 2018 Nov;14(11):1416-1426.
10. Zhang J, Chen C, Hua S. An updated meta-analysis of cohort studies: diabetes and risk of Alzheimer's disease. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017; 124:41–47.
11. Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? *Maturitas*. 2014; 79:184–190.

12. Fischer C, Yeung E, Hansen T, et al. Impact of socioeconomic status on the prevalence of dementia in an inner city memory disorders clinic. *Int Psychogeriatr*. 2009;21:1096–1104.
13. Bader S, Ellouz E, Abderrahim R, Abbas M, Mdhafter K. Socio-demographic and clinical features of patients with dementia attended in the psychiatry department. *Eur Psychiatry*. 2021. (Suppl 1):744.
14. Wu YT, Prina AM, Brayne C. The association between community environment and cognitive function: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50:351–362.
15. Wändell P, Carlsson AC, Li X, Gasevic D, Sundquist J, Sundquist K. The association between sociodemographic characteristics and dementia in patients with atrial fibrillation. *Aging Clin Exp Res*. 2020. 32(11):2319-2327.
16. Naheed A, Hakim M, Islam MS, Islam MB, Tang EYH, Prodhan AA, Amin MR, Stephan BCM, Mohammad QD. Prevalence of dementia among older age people and variation across different sociodemographic characteristics: a cross-sectional study in Bangladesh. *Lancet Reg Health Southeast Asia*. 2023; 24;17:100257.
17. Sommerlad A, Ruegger J, Singh-Manoux A, et al. Marriage and risk of dementia: systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2017.
18. Sundstrom A, Westerlund O, Kotyrló E. Marital status and risk of dementia: a nationwide population-based prospective study from Sweden. *BMJ Open*. 2016;6:e008565.
19. Marital status, lifestyle and dementia: a nationwide survey in Taiwan. *PLoS One*. 2015;10:e0139154.
20. Baumgart M, Snyder HM, Carrillo MC. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: a population-based perspective. *Alzheimers Dement*. 2015;11:718–726.