

# ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ В ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

Живаго Х.С., Напрєєнко О.К.

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

**Ключові слова:** параноїдна шизофренія, депресивний синдром, діагностика

## Вступ

Історія психіатрії – це, насамперед, історія вивчення та концептуалізації шизофренії та афективних розладів, що розпочалася з Е.Крепеліна, К.Ясперса, Е.Блейлера, К.Шнайдера, А.С.Кронфельда та продовжується до сьогодні. Шизофренія становить 15% від усіх психічних розладів. За даними ВООЗ, поширеність шизофренії оцінюється у межах 0,8-1%, тобто на цю хворобу страждає близько 45 млн людей у світі, число нових випадків на рік становить близько 4,5 млн. В Україні показник захворюваності на шизофренію становить 22,2 на 10 000 населення [3]. Захворювання може розпочатись у будь-якому віці, але найчастіше дебют шизофренії відбувається у 18-30 років, що призводить до суттєвого зниження рівня життєдіяльності та ранньої інвалідації порівняно з іншими захворюваннями, зумовлюючи соціальну значущість проблеми [5,6].

## Мета роботи

Клінічна картина шизофренії є досить поліморфною і характеризується певним патоморфозом. Зокрема, в структурі психопатологічних проявів шизофренії останнім часом все більшого поширення набуває не дефіцитарна симптоматика, як ще кілька десятиліть тому, а афективні розлади, серед яких найбільш поширеним (25% всіх синдромів при шизофренії) і важким є депресивний синдром. Тому метою нашої роботи стала розробка алгоритму діагностики депресії при параноїдній шизофренії з визначенням факторів предиспозиції до депресивних розладів та динаміки показників якості життя в даній категорії хворих.

## Аналіз наукових публікацій

Проблема депресивних проявів при шизофренії дискутується від самого початку виділення цієї нозологічної одиниці. Ще Е.Крепелін серед додаткових форм шизофренії виділяв важкі та затяжні депресивні розлади. Е.Блейлер розглядав депресії як один з основних симптомокомплексів шизофренії, припускав, що депресія може бути варіантом реакції пацієнта на хворобу (за сучасними даними, такі реакції включають “реакції на психотичний досвід” (Tissoy R., 1977) та “реакції розчарування” внаслідок втрати родини, роботи тощо) [2]. За даними сучасних епідеміологічних досліджень, частота депресій в структурі шизофренії поступається лише частоті галюцинаторно-параноїдних та апатичних (негативних) синдромів [1]. Відомо, що депресія може бути основним показанням для

госпіталізації в 40% випадків, а у пацієнтів з постпсихотичною депресією частіше розвивається рецидив психозу. За даними Knights та Hirsch (1981), депресія найбільш поширена в гострій фазі психотичного епізоду, потім вона поступово згасає протягом трьох наступних місяців. Однак депресивна симптоматика при шизофренії нерідко залишається нерозпізнаною, насамперед внаслідок своєї атиповості у порівнянні з депресивним синдромом, що розвивається без шизофренії. Відповідно до цього, недостатньо проводиться її лікування, що значно погіршує прогноз перебігу хвороби [4]. Клінічна гіпотеза, яка дозволяє інтерпретувати природу атипії психопатологічних розладів, що маніфестують в рамках шизофренії, належить О.В. Снежневському. Синдроми виникають “не в штучно ізольованому, очищеному вигляді, а у єдності... з негативними ознаками, мінус-розладами, явищами випадіння” (1983). Це ж положення відноситься до депресій, що розвиваються при шизофренії. Депресія може спостерігатися на різних етапах шизофренічного процесу. Отже, важливо правильно визначати та клінічно оцінювати такі симптоми, оскільки існують аргументовані свідчення щодо можливості їх успішного лікування. Однак, попри велику кількість ґрунтовних досліджень, присвячених проблемі депресій при шизофренії, залишаються невирішеними питання поширеності симптомів депресії у хворих на параноїдну шизофренію, клінічних особливостей депресивних розладів у цих хворих, розробки ефективного комплексного алгоритму діагностики депресії при параноїдній шизофренії, визначення факторів предиспозиції до депресивних розладів при даному захворюванні та особливостей рівня якості життя в даній категорії хворих за наявності депресивних розладів.

## Матеріали та методи дослідження

Предметом нашого дослідження стала діагностика депресії у хворих на параноїдну шизофренію та оцінка рівня якості їх життя. Було обстежено 92 хворих на параноїдну шизофренію з безперервним типом перебігу, в яких проводилося визначення наявності депресії та її рівня у співставленні з клінічним діагнозом, простежувалася динаміка депресивної симптоматики під час лікування. Також здійснювалося порівняння рівня якості життя хворих на параноїдну шизофренію з визначеним депресивним синдромом та хворих на параноїдну шизофренію без депресивного синдрому.

**Результати досліджень**

Шляхом рандомізації нами було відібрано групу обстежуваних хворих із 92 осіб (64 чоловіки і 28 жінок), хворих на параноїдну шизофренію з безперервним типом перебігу.

Середній вік обстежуваних пацієнтів становив  $33,25 \pm 6,8$  років, при цьому середня тривалість захворювання на параноїдну форму шизофренії у них дорівнює  $10,25 \pm 2,1$  років. Депресивний синдром, що визначається за шкалою PANSS та підтверджувався, із визначенням глибини порушення, шкалою Калгарі, був виявлений у 23,9% (22) хворих. Серед них 16,3% (15) – хворі з тяжкого та середньотяжкого ступеню депресії, 7,6% (7) – хворі з депресією легкого ступеню. При цьому клінічно депресивний синдром було встановлено лише у випадках тяжкого та декількох випадках середньотяжкого ступеню. У процесі лікування депресивна симптоматика зменшилась у всіх хворих, на час виписки у більшості хворих депресія не визначалась взагалі, у 1 пацієнта визначалась депресія легкого ступеня.

У 88,0% (81) пацієнтів при оцінці за шкалою PANSS на початку лікування виявлено високий рівень показників позитивної симптоматики, у 48,9% (45) хворих – високий рівень показників за шкалою негативної симптоматики. На завершення терміну лікування позитивна симптоматика редукувала у всіх хворих, тоді як негативна симптоматика зберігалась або зменшувалась, однак повністю не редукувала. Тривога визначалась за шкалою тривоги Гамільтона у 81,5% (75) хворих. Ці дані корелюють із результатами, отриманими за шкалою PANSS. При цьому тривога середнього та тяжкого ступеню зареєстрована у 25,0% (23) хворих.

У всіх хворих також досліджувався рівень якості життя за опитувальником SF-36. Пацієнтів було розподілено на 2 групи. До 1-ї групи увійшли хворі з депресивним синдромом, що було визначено не лише клінічно, але й за допомогою запропонованого нами комплексу досліджень, а 2 групу склали хворі, в яких не було клінічних проявів депресії і за допомогою запропонованого нами діагностичного комплексу депресія також не визначалась. В резуль-

таті у 1-й групі середній рівень фізичного здоров'я становив 80 балів, психічного – 76,6 балів. У 2-й групі – відповідно 92,7 та 91,1 балів.

**Висновки**

Визначена нами частота депресії серед хворих на параноїдну шизофренію (23,9%) корелює з міжнародно визначеним рівнем депресії в світі взагалі (20-25%) та серед хворих на шизофренію (25%). За допомогою запропонованого нами діагностичного комплексу вдалося суттєво покращити визначення наявності депресії (на 7,6%), що має позитивне значення для оптимізації лікувально-реабілітаційної тактики і подальшого прогнозу перебігу хвороби, сприяючи покращенню якості життя хворих.

Рецензент: академік НАПН України, д.мед.н., професор Максименко С.Д.

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Голдберг Д. Психиатрия в медицинской практике [Текст] / Д.Голдберг, С.Бенджамин, Ф.Крид / Пер. с англ. А. Абессоной, Д. Полтавца. – К.: Сфера, 1999. – 304 с.
2. Психиатрия: национальное руководство [Текст] / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнамова, В.Я.Семке, А.С.Тиганова. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. – 1000 с.
3. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії (2-ге видання, переробл. та доповн.) [Текст] / За редакцією В.С.Підкоритова // Довідник лікаря "Психіатр" – К.: ТОВ "Доктор-Медіа", 2011. – 292 с.
4. Arroll B. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study [Текст] / B.Arroll, F.Goodyear-Smith, N.Kerse, T.Fishman, J.Gunn // BMJ. – 2005. – Vol. 331. – P. 884.
5. Boardman A.P. Modelling suicide risk in affective disorders [Текст] / A.P.Boardman, D.Healy // Eur. Psychiatry. – 2001. – Vol. 16. – P. 400-405.
6. Rush A.J. Research issues in the study of difficult-to-treat depression [Текст] / A.J.Rush, M.E.Thase, S.Dube // Biol. Psychiatry. – 2003. – Vol. 53. – P. 743-753.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Живаго К.С., Напреенко А.К.

Национальный медицинский университет  
имени А.А.Богомольца, г. Киев, Украина

**Резюме.** Определенная нами частота депрессии среди больных параноидной формой шизофрении (23,9%) коррелирует с уровнем депрессии в мире в целом (20–25%) и среди больных шизофренией (25%). Использование предложенного нами диагностического комплекса позволяет существенно улучшить обнаружение депрессии (на 7,6%), что имеет позитивное значение для оптимизации лечебной тактики, дальнейшего прогноза течения заболевания и улучшения качества жизни больных.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, депрессивный синдром, диагностика.

## DIAGNOSTIC FEATURES OF DEPRESSIVE SYNDROME IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

H.S.Zhivago, O.K.Napryeyenko

National O.O.Bohomolets Medical University,  
Kyiv, Ukraine

**Summary.** We defined the frequency of depression in patients with paranoid schizophrenia (23.9%) which correlates with the level of depression in the world (20–25%) and among patients with schizophrenia (25%). The use of our proposed diagnostic system can significantly improve the detection of depression (7,6%), which has positive implications for optimizing treatment strategy, the further prognosis of the disease and improvement of quality of life.

**Key words:** paranoid schizophrenia, depressive syndrome, diagnostics