

Я. Ю. Марункевич

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ПРОДУКТИВНОЇ ТА НЕГАТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ШИЗОФРЕНІЇ З УРАХУВАННЯМ СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Я. Ю. Марункевич

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПРОДУКТИВНОЙ И НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ ШИЗОФРЕНИИ С УЧЕТОМ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ya. Yu. Marunkevich

FEATURES OF DYNAMIC OF PRODUCTIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA WITH CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

У результаті дослідження за допомогою шкали PANSS 325 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, було встановлено низку важливих закономірностей у впливі коморбідної соматичної патології на перебіг шизофренії на етапах екзацерації, купірування гострої психотичної симптоматики та формування ремісії. Виявлено більш сприятливий перебіг захворювання у хворих без коморбідної соматичної патології, посилення негативної, тривожно-депресивної та окремих видів продуктивної симптоматики у хворих з супутніми соматичними захворюваннями, встановлено їх залежності від зв'язків коморбідної соматичної патології та дебюту шизофренії.

Ключові слова: шизофренія, соматична коморбідність, шкала PANSS

В результате исследования с помощью шкалы PANSS 325 мужчин, больных параноидной шизофренией, был установлен ряд важных закономерностей во влиянии коморбидной соматической патологии на течение шизофрении на этапах эскалации, купирования острой психотической симптоматики и формирования ремиссии. Выявлено более благоприятное течение заболевания у больных без коморбидной соматической патологии, усиление негативной, тревожно-депрессивной и отдельных видов продуктивной симптоматики у больных с сопутствующими соматическими заболеваниями, установлены их зависимости от связи коморбидной соматической патологии и дебюта шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, соматическая коморбидность, шкала PANSS

The study with PANSS scale of 325 men with paranoia schizophrenia, found a number of important patterns in the effects of comorbid somatic pathology of schizophrenia at stages exacerbation, relief of acute psychotic symptoms of schizophrenia and the formation of remission. We found a more favorable disease course in patients with absence of comorbid somatic diseases, strengthening the negative, anxiety-depressive and certain types of productive symptoms in patients with concomitant physical illness, set them according to the ratio of comorbid somatic disease and schizophrenia debut.

Keywords: schizophrenia, comorbid somatic pathology, PANSS scale

Шизофренія являє собою одну з центральних проблем сучасної психіатричної науки і практики. Останніми роками приділяється особлива увага проблемі коморбідності шизофренії та соматичних захворювань. У низці досліджень [1—3] відмічається висока частота супутніх соматичних захворювань у хворих на шизофренію, а також підкреслюється значний рівень смертності серед цієї категорії пацієнтів внаслідок недостатньої інтеграції загальносоматичних та психіатричних служб [4, 5]. Складна інтерференція та поліморфізм симптоматики при поєднаній патології зумовлюють необхідність удосконалення існуючих діагностичних критеріїв шизофренії [6]. З урахуванням відсутності патогномічних симптомів шизофренії, особливого значення набувають дослідження вираженості та поєднання продуктивної, негативної та загальної симптоматики при різних формах соматичної коморбідності. Такі дослідження вимагають особливих методологічних підходів до оцінки проявів захворювання з використанням стандартизованих методик.

Нами було проведено клінічне обстеження та дослідження за допомогою шкали оцінки позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) [7] 325 чоловіків, які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній клінічній психоневрологічній лікарні ім. О. І. Ющенка протягом 2011—2014 років, і яким було встановлено діагноз «параноїдна шизофренія» відповідно до критеріїв МКХ-10.

З урахуванням клінічних даних та анамнестичного дослідження хворих було поділено на три групи: без комор-

бідної соматичної патології (105 осіб), з коморбідною соматичною патологією, яка виникла до дебюту шизофренії (110 осіб), та з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії (110 осіб). Середній вік обстежених склав $37,9 \pm 9,5$ роки, середній стаж захворювання — $14,4 \pm 8,5$ роки. Усі групи були спільномірними за стажем захворювання. Обстеження проводилося у період екзацерації (при надходженні до лікарні), на етапі купірування гострої психотичної симптоматики, та на етапі формування ремісії шизофренії.

Статистичне оброблення даних проводили за допомогою непараметричних методів (критерій Манна — Уїтні, тест Вілкоксона).

У період екзацерації шизофренії істотних розбіжностей за продуктивною та загальною симптоматикою між групами хворих з різними варіантами соматичної коморбідності не виявлено. Водночас, у хворих з коморбідною соматичною патологією виявляється більша вираженість негативної симптоматики (у хворих без коморбідної соматичної патології середнє значення її загального показника становило $23,8 \pm 6,6$ бали, у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії, — $25,9 \pm 8,0$ балів, після дебюту — $25,9 \pm 6,5$ бали. В структурі негативної симптоматики розбіжності ($p < 0,1$) виявлені для притупленого афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні та пасивно-апатичної соціальної відгородженості. У хворих без соматичної коморбідності різниця у показниках продуктивної та негативної симптоматики (композитний індекс) є додатним (0,4), а в групі хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, та після дебюту шизофренії — від'ємним ($-2,4$ та $-2,5$ відповідно) ($p < 0,01$).

Натомість, на етапі купірування гострої психотичної симптоматики у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології виявлені менші значення загального показника важкості продуктивної симптоматики ($19,9 \pm 4,2$ бали), ніж у хворих з соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії ($20,7 \pm 4,6$ бали, $p < 0,05$), та після дебюту ($21,2 \pm 4,1$ бали, $p < 0,05$). Середній показник вираженості марення склав відповідно $3,5 \pm 0,8$ бали, $3,7 \pm 1,0$ бали та $3,8 \pm 0,9$ бали; значущі розбіжності ($p < 0,05$) виявлені під час порівняння показників марення у хворих першої та третьої груп.

Значущі розбіжності на цьому етапі виявлені і для негативної симптоматики. Найбільша її редукція відбувається у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології, найменша — у хворих з патологією, що виникла до дебюту шизофренії; розбіжності між групою без коморбідної соматичної патології та кожною з груп з соматичною коморбідністю значущі ($p < 0,05$). У хворих без коморбідної патології значення загального показника негативної симптоматики склало $23,3 \pm 6,4$ бали, з коморбідною патологією, що виникла до дебюту шизофренії — $25,7 \pm 7,5$ бали, після дебюту — $25,5 \pm 6,1$ бали. Значущі ($p < 0,05$) розбіжності, аналогічні загальному показнику негативної симптоматики, виявлені для пригупленого афекту (відповідно $3,9 \pm 1,1$ бали, $4,3 \pm 1,2$ бали та $4,2 \pm 1,0$ бали), емоційної відгородженості (відповідно $3,8 \pm 1,1$ бали, $4,1 \pm 1,2$ бали та $4,1 \pm 1,0$ бали), труднощів у спілкуванні (відповідно $3,7 \pm 1,0$ бали, $4,1 \pm 1,0$ бали, $4,0 \pm 1,0$ бали) та пасивно-апатичної соціальної відгородженості (відповідно $4,0 \pm 1,1$ бали, $4,4 \pm 1,2$ бали, $4,3 \pm 1,0$ бали).

На етапі купірування гострої психотичної симптоматики також виявляється характерна динаміка тривожно-депресивних та іпохондричних проявів. В цілому редукція загальної симптоматики найбільш виражена у групі хворих без коморбідної соматичної патології, дещо менше — у хворих з патологією, що виникла до дебюту шизофренії, найменше — у хворих з патологією, що виникла після дебюту шизофренії. Значення показника становлять відповідно $40,4 \pm 7,0$ бали, $44,4 \pm 7,7$ бали та $45,7 \pm 7,5$ бали; розбіжності між першою і другою та першою і третьою групами є статистично значущими ($p < 0,01$).

Рівень соматичної заклопотаності в досліджених групах склав відповідно $1,1 \pm 0,3$ бали, $3,2 \pm 1,2$ бали, $3,7 \pm 1,1$ бали; розбіжності значущі ($p < 0,01$). Аналогічні закономірності виявлені для таких компонентів загальної симптоматики шизофренії, як тривога (показники відповідно $2,4 \pm 0,9$ бали, $2,7 \pm 0,7$ бали та $3,0 \pm 1,0$ бали), психоемоційна напруженість (відповідно $2,0 \pm 0,9$ бали, $2,2 \pm 0,9$ бали та $2,4 \pm 1,1$ бали), депресія (відповідно $2,6 \pm 0,8$ бали, $3,4 \pm 0,9$ бали та $3,8 \pm 0,9$ бали), а також за додатковою шкалою депресії (відповідно $7,3 \pm 1,9$ бали, $10,5 \pm 2,6$ бали та $11,8 \pm 2,8$ бали). Розбіжності є статистично значущими ($p < 0,05$).

На етапі формування ремісії динаміка змін у продуктивній та негативній симптоматичі в групі хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології сповільнюється, а в групах з соматичною коморбідністю — прискорюється. Найбільш помітною ця тенденція є у хворих, у яких супутня соматична патологія виникла після дебюту шизофренії. В цілому значення показників вирівнюються. Так, сумарний показник важкості продуктивної симптоматики у хворих з відсутністю коморбідної соматичної

патології склав $18,5 \pm 3,0$ бали; у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії — $18,7 \pm 3,4$ бали; після дебюту шизофренії — $18,9 \pm 3,2$ бали; розбіжності незначущі. Під час аналізу окремих компонентів продуктивної симптоматики на етапі формування ремісії значущих розбіжностей не виявлено.

Негативна симптоматика на етапі формування ремісії виявляє ті ж загальні тенденції, що й позитивна, однак, при цьому виявлено значущі розбіжності у її рівнях між хворими без коморбідної соматичної патології та хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту та після дебюту шизофренії. Середнє значення загального показника негативної симптоматики у трьох групах хворих склало відповідно $22,0 \pm 6,0$ балів, $23,6 \pm 6,1$ бали та $23,7 \pm 6,0$ балів. Значущі розбіжності на рівні 90 % між показниками на цьому етапі виявлені для таких складових негативної симптоматики, як пригуплений афект (відповідно $3,8 \pm 1,1$ бали, $4,0 \pm 1,1$ бали та $4,0 \pm 1,1$ бали), емоційна відгородженість (відповідно $3,5 \pm 1,1$ бали, $3,8 \pm 1,2$ бали та $3,8 \pm 1,1$ бали), труднощі у спілкуванні (відповідно $3,5 \pm 0,9$ бали, $3,7 \pm 1,0$ бали та $3,8 \pm 0,9$ бали), пасивно-апатична соціальна відгородженість (відповідно $3,8 \pm 1,0$ бали, $4,0 \pm 1,1$ бали та $4,0 \pm 1,1$ бали), порушення абстрактного мислення (відповідно $2,6 \pm 0,8$ бали, $2,8 \pm 0,9$ бали та $2,9 \pm 0,9$ бали), порушення спонтанності і плавності мови (відповідно $2,3 \pm 0,9$ бали, $2,7 \pm 0,8$ бали та $2,7 \pm 0,7$ бали) та стереотипне мислення (відповідно $2,3 \pm 0,9$ бали, $2,6 \pm 0,9$ бали та $2,6 \pm 0,8$ бали).

Показник загальної симптоматики шизофренії на етапі формування ремісії є найгіршим у групі хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії, і найкращим — у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології. У хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії, на цьому етапі відмічено найбільш швидку динаміку загальної симптоматики. Середнє значення показника загальної симптоматики шизофренії у обстежених групах склало відповідно $35,8 \pm 6,3$ бали, $38,2 \pm 6,5$ бали та $37,6 \pm 6,5$ бали. Значущі розбіжності виявлено під час порівняння першої і другої груп ($p < 0,01$) та першої і третьої груп ($p = 0,055$).

Найбільше значення в структурі загальної симптоматики у контексті впливу коморбідної соматичної патології на етапі формування ремісії мають соматична заклопотаність (відповідно $1,0 \pm 0,2$ бали, $1,8 \pm 0,9$ бали та $2,0 \pm 0,9$ бали; розбіжності значущі на рівні 95 % і вище), тривога (відповідно $2,3 \pm 0,8$ бали, $2,6 \pm 0,6$ бали та $2,5 \pm 0,7$ бали, розбіжності між першою і другою групою значущі ($p < 0,01$) та депресія (відповідно $2,5 \pm 0,8$ бали, $2,7 \pm 0,6$ бали та $2,6 \pm 0,7$ бали за основною шкалою, та $7,0 \pm 1,6$ бали, $8,6 \pm 1,9$ бали та $8,0 \pm 2,0$ бали за додатковою шкалою, виявлено розбіжності між першою та другою групами ($p < 0,01$), та між першою і третьою групами ($p = 0,055$).

Більшість досліджень перебігу шизофренії з коморбідною соматичною патологією відзначають більшу важкість і гіршу динаміку перебігу захворювання, обтяженого супутньою патологією [1—6]. Водночас, у них не враховуються особливості динаміки позитивних та негативних симптомів на окремих етапах, а також зв'язок коморбідності з дебютом шизофренії.

Період екзацерації захворювання характеризується максимальною вираженістю психопатологічної симптоматики шизофренії, підвищенням психоемоційного напруження, при цьому маячні та галюцинаторні переживання набувають домінуючого характеру, зумовлюючи основні паттерни поведінки хворого. Значна вираженість продуктивної симптоматики на цьому етапі нівелює прояви соматичного захворювання, і розбіжності, причому не надто високого рівня, вдається виявити лише для негативної симптоматики. Гірші показники негативної симптоматики можуть бути зумовлені як астенизуючим впливом соматичної патології, так і меншою ефективністю антипсихотичної терапії у хворих з соматичною коморбідністю внаслідок вимушеної корекції дозування і відмови від певних видів біологічної терапії та препаратів в зв'язку із наявністю соматичного захворювання. Одержані нами дані в цілому узгоджуються і доповнюють дані інших досліджень, що виявляли соматичну гіпнозогнозію та нейрокогнітивний дефіцит у хворих на шизофренію з коморбідною соматичною патологією у період загострення [8, 9].

На етапі купірування гострої психопатологічної симптоматики дезактуалізація маячних та галюцинаторних переживань призводить до усвідомлення проблем і перепон реального життя, що у період загострення були витіснені з поля зору хворого інтенсивними хворобливими переживаннями, в тому числі соматичного захворювання і наявних у зв'язку з цим обмежень. Тому закономірним є більша вираженість соматичних фіксацій та тривожно-депресивних тенденцій на цьому етапі у хворих з соматичною коморбідністю. Важливим є також те, що у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії, суб'єктивні відчуття, що супроводжують соматичне захворювання, здатні інтегруватися у маячні побудови впливу та переслідування, особливо з іпохондричними та самоцінтричними тенденціями.

На етапі купірування гострої психотичної симптоматики також посилюються розбіжності у вираженості негативної симптоматики у хворих з наявними та відсутніми соматичними захворюваннями, що також є закономірним наслідком астенизуючого впливу соматичної патології.

На етапі формування ремісії у хворих з соматичною коморбідністю показники вираженості позитивної та негативної симптоматики є дещо гіршими, ніж у хворих без соматичної патології, що в цілому узгоджується з даними інших досліджень [10], однак при цьому виявлено, що у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії, показники продуктивної, негативної та загальної симптоматики на цьому етапі є гіршими, ніж у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії. Також було виявлено і статистично підтверджено тенденцію до поступового нівелювання різниці у показниках продуктивної та негативної симптоматики у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності на етапі формування ремісії внаслідок редукції психопатологічної симптоматики та усунення проявів супутньої соматичної патології.

Проведене на значному масиві хворих (325 осіб) дослідження дозволило виявити низку важливих зако-

номірностей впливу коморбідної соматичної патології на вираженість позитивної та негативної симптоматики шизофренії на різних етапах перебігу. На етапі екзацерації встановлено нівелювання розбіжностей, зумовлених соматичною патологією, за рахунок інтенсивних психотичних проявів та більша вираженість негативної симптоматики у хворих з супутньою патологією, на етапі купірування гострої психотичної симптоматики — посилення розбіжностей у вираженості негативної симптоматики, тривожно-депресивних та іпохондричних тенденцій, а також вплив соматичної коморбідності на резистентність марення у хворих з післядебютною захворюваністю, а на етапі формування ремісії — уніфікацію показників з незначним переважанням їх рівня у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії.

Список літератури

1. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Марута Н. А. // Здоров'я України. — 2013. — № 12. — С. 38—39.
2. Любов Е. Б. Социально-экономическое бремя шизофрении / Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012. — № 12 (2). — С. 8.
3. Marder S. R. Physical health monitoring of patients with schizophrenia / Marder S.R., Essock S.M., Miller A.L. // American Journal of Psychiatry. — 2004. — № 161 (1334). — P. 49.
4. Bushe C. J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint / Bushe C. J., Taylor M., Haukka J. // Journal of Psychopharmacology. — 2010. — Vol. 24, № 11. — P. 17—25.
5. Волков В. П. Соматическая патология и причины смерти при шизофрении / В. П. Волков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — № 5. — С. 14—19.
6. Гончаров В. Е. Использование шкалы PANSS и нейропсихологических тестов при дифференциации шизофрении и коморбидной патологии / В. Е. Гончаров // Клиническая психиатрия. — 2010. — № 3 (52). — С. 52—56.
7. Kay S. R. Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research / S. R. Kay. — N.Y.: Brunner/mazel, 1991. — 216 p.
8. Бурлаков А.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия) : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.16 / Алексей Вячеславович Бурлаков; Научный центр психического здоровья РАМН. — М., 2006. — 213 с.
9. Шизофрения, коморбидная с артериальной гипертензией: современное состояние проблемы / [Подвигин С. Н., Ширяев О. Ю., АLEXINA О. Д., Шаповалов Д. Л.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. — 2013. — № 35. — С. 1—6.
10. Смашна О. Є. Синдромогенез параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 / Смашна Олена Євгенівна; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології. — К., 2012. — 20 с.

Надійшла до редакції 30.07.2014 р.

МАРУНКЕВИЧ Ярослава Юрїївна, асистент кафедри психіатрії та наркології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця; e-mail: slavunchik87@mail.ru

MARUNKEVYCH Yaroslava Yuriivna, assistant of the Department of Psychiatry and Narcology of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia; e-mail: slavunchik87@mail.ru