

приблизно в 5 разів перевищує кількість хворих, що перебувають на обліку в наркологічних диспансерах. Звісно, що залежність від А та інших психоактивних речовин (ПАР) розвивається в досить молодому віці, впливає на розумовий розвиток людини, приводить до виникнення церебральних розладів, в першу чергу когнітивних (КР), які, в свою чергу, спричиняють обваження захворювання. Ось чому вивчення КР у хворих із залежністю від А вельми актуально.

Мета: вивчити розлади когнітивних функцій в групах хворих з різною спроможністю утримуватись в когорті.

Методи: тест AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test); тест TLFB; тест на здатність ідентифікувати відчуття людини за вираженням обличчя; методи математичної статистики.

Протягом п'яти років проведено лонгітудинальне обстеження осіб з алкогольною залежністю (АЗ) ( $n = 281$ ) на базі ОКНЛ м. Харкова. Обстежені склали 2 групи: 1 група (середній вік —  $40,68 \pm 0,99$  роки) — особи з АЗ з високою спроможністю утримуватись в когорті (54,1 %) протягом останніх (перед першим візитом) 30 днів; 2 група (середній вік —  $36,85 \pm 0,94$  роки) — особи з АЗ з низькою спроможністю утримуватись в когорті (45,9 %).

Аналіз тесту TLFB показав, що вживання спиртного у 1 групі на протязі 27 днів мало характер важкого пияцтва (майже на рівні інтервалу 6—12 СДА\*), у осіб 2 групи — на рівні інтервалу 1—4 СДА ( $p < 0,001$ ). Звернення до спеціаліста було пов'язане з «обривом» вживання А майже на фоні синдрому відміни. Протягом життя довше вживали А особи 1 групи серед алкоголь-залежних ( $19,24 \pm 0,74$  роки проти  $14,17 \pm 0,68$  роки,  $p < 0,001$ ). Тривалість останнього періоду добровільного утримання від вживання А склала в осіб 1 групи  $214,39 \pm 43,38$  днів проти  $47,39 \pm 12,73$  днів у осіб 2 групи ( $p < 0,001$ ). Закінчився період утримання від вживання А в осіб 1 групи  $49,96 \pm 13,16$  днів тому проти  $10,44 \pm 2,36$  днів у осіб 2 групи ( $p < 0,01$ ). Щодо вживання алкоголю до стану сп'яніння, також усі показники були достовірно вищими у осіб 1 групи. Вживання А до стану сп'яніння протягом останніх 30 днів —  $12,06 \pm 0,76$  днів проти  $5,92 \pm 0,49$  ( $p < 0,01$ ); вживання до стану сп'яніння протягом життя  $9,30 \pm 0,63$  роки проти  $11,24 \pm 0,68$  роки ( $p < 0,01$ ); тривалість останнього періоду добровільного утримання від вживання алкоголю —  $106,20 \pm 42,03$  проти  $56,32 \pm 14,12$  днів ( $p < 0,01$ ); закінчився період утримання від вживання А  $50,61 \pm 12,77$  днів проти  $10,30 \pm 2,39$  днів ( $p < 0,01$ ). Особи 1 групи лікувались частіше ( $2,41 \pm 0,29$  рази), ніж особи 2 групи ( $0,95 \pm 0,12$  рази) ( $p < 0,01$ ). Протягом останніх 30 днів особи 1 групи мали проблеми, пов'язані з ПАР, у середньому  $10,08 \pm 0,84$  днів, особи 2 групи —  $6,67 \pm 0,60$  днів ( $p < 0,01$ ).

За результатами тесту на здатність ідентифікувати емоційний стан людини за вираженням обличчя у осіб 1 групи отримані нижчі результати визначення емоційного стану людини за вираженням обличчя взагалі ( $66,53 \pm 1,23$  проти  $70,52 \pm 1,00$  % безпомилкових відповідей ( $p < 0,01$ ); за результатом тесту «на здатність ідентифікувати емоційний стан людини» за вираженням обличчя чоловіка —  $71,72 \pm 1,50$  проти  $77,69 \pm 1,23$  % безпомилкових відповідей ( $p < 0,05$ ); за результатом тесту «на здатність ідентифікувати емоційний стан

людини» за вираженням обличчя жінки —  $61,99 \pm 1,31$  проти  $64,24 \pm 1,18$  ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, вираженіші порушення когнітивних функцій в осіб 1 групи ( $p < 0,05$ ) обумовлені високою добовою дозою А ( $p < 0,001$ ), тривалим вживанням А протягом життя ( $p < 0,001$ ), тривалишим вживанням А до стану сп'яніння за останні 30 днів ( $p < 0,01$ ), тривалим періодом від початку вживання А до звернення по допомогу в лікарняний заклад ( $p < 0,01$ ).

УДК 616.89+159.96-008.47

*Н. А. Марута, С. В. Билоус*

*ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», г. Харків*

### **Клинико-психопатологические особенности продромальной стадии психоза**

Всемирная психиатрическая ассоциация и Европейская ассоциация психиатров в качестве основной стратегии, в условиях роста психической патологии среди населения, предлагают раннее выявление этой патологии и своевременное медицинское вмешательство. Прежде всего это касается психозов в целом, и шизофрении в частности, как наиболее инвалидизирующих психических заболеваний.

В этом смысле особое значение придается раннему вмешательству в продромальной стадии психоза, которое позволяет предотвратить развитие патологического процесса, способствует решению бытовых и финансовых проблем больных и раннему восстановлению социального функционирования.

При этом доказано, что раннее вмешательство в продромальном периоде психоза приводит к снижению тяжести заболевания; более быстрому развитию ремиссии; снижению риска когнитивного дефицита и суицидального поведения; предотвращению хронизации патологии; уменьшению количества госпитализаций и их продолжительности; восстановлению социального функционирования и качества жизни.

Наличие продрома при шизофрении отмечалось уже во время первых описаний этой болезни. Однако в последние 15 лет исследования в этой области активизировались благодаря развитию нейропсихологии, генетики, методов нейровизуализации. Возможность идентификации лиц, которые находятся в группе высокого риска развития острого психоза, обусловлена необходимостью раннего вмешательства в формирование психоза с целью предотвращения дальнейшего его развития и последствий. Современные исследования доказывают необходимость смещения акцентов в терапии и реабилитации пациентов с психотическими расстройствами на более ранние этапы формирования этого заболевания.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей продромальной стадии психоза для выделения факторов риска его формирования.

Для реализации поставленной цели были обследованы 137 пациентов с впервые выявленным психозом, которые были разделены на две группы:

1) 65 пациентов (2—3-я госпитализация) — с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0) — основная группа;

2) 72 пациента (первая госпитализация) — с диагнозом острое полиморфное психотическое расстройство

\* Средняя добовая доза (СДА) дорівнює 40 мл алкоголю / 330 мл пива.

(F23.0, F23.1), которые были обследованы как в формате реального времени, так и ретроспективно — группа сравнения.

Использованный комплекс методов включал:

I. Клинико-психопатологический метод.

II. Психометрические методы: шкала оценки продуктивной и негативной симптоматики PANSS [S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler, 1987]; шкала суицидального риска (Лос-Анджелесского суицидологического центра) [B. B. Нечипоренко, В. К. Шамрей, 2007]; шкала продромальных симптомов SOPS [P. McGorry, 2010; P. D. McGorry, E. Killackey, A. Yuang, 2008]; шкала определения клинико-динамического варианта течения продромального периода [Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна, О. М. Голоденко, О. Г. Студзінський, І. В. Жигуліна, 2013]; шкала структурированного интервью для оценки преморбидного статуса — PAS-SI [J. Rabinowitz, S. Z. Levine, N. Brill, E. J. Bromet, 2007].

III. Методы статистической обработки полученных данных с определением средних величин, их ошибок, корреляционного анализа [М. Ю. Антомонов, 2006].

Результаты проведенных исследований показали, что среди пациентов основной группы преобладали лица мужского пола, в возрасте  $23,4 \pm 4,4$  года, воспитанные в неполной семье, имеющие среднее образование, не состоящие в браке, с наследственной отягощенностью (шизофрения, расстройства личности паранойяльного спектра).

В группе сравнения доминировали лица женского пола (с перинатальной патологией и невропатической конституцией в анамнезе), в возрасте  $34,1 \pm 3,7$  года, воспитанные в неполной семье, с высшим (неоконченным высшим) образованием, состоящие в браке, с наследственной отягощенностью (алкогольная зависимость и аффективные расстройства).

Клинико-психопатологические проявления продромальной стадии психоза у пациентов основной группы характеризовались наличием расстройств мышления (концептуальная дезорганизация), пассивно-апатической социальной отстраненности, социальной изоляции, стереотипного мышления, снижения выраженности эмоций, эмоциональной отчужденности, подозрительности, персекуторных идей.

У пациентов группы сравнения клинико-психопатологические нарушения проявлялись в виде сниженной толерантности к стрессу, галлюцинаторного поведения, возбуждения, тревожного состояния, напряженности, проблем с фокусировкой и вниманием, расстройств сна, неестественного (вычурного) содержания мышления.

Вышеописанные клинико-психопатологические проявления необходимо рассматривать в качестве факторов риска развития острого психотического состояния, которое имеет различное течение и прогноз.

у сполученні з адиктивними порушеннями (АП), оскільки це змінює не тільки клінічні прояви основного розладу, а й впливає на терапевтичні та профілактичні заходи корекції даної патології. Для досягнення більш поширеного уявлення про особливості АП при невротичних розладах, насамперед необхідно вивчити їх основні типологічні ознаки, що стало основою для формування мети дослідження.

Мета дослідження — вивчити типологію адиктивних (нехімічних) порушень при невротичних розладах.

Визначення тенденцій у обстежених осіб проводили за результатами даних AUDIT-тесту. Згідно з літературними даними, які присвячені тесту AUDIT (Лінський І. В. із співав.), відомо, що «вживання» на рівні до 7 балів (включно) прийнято вважати як відносно безпечно; 8—15 балів — небезпечно; 16 та вище — супроводжується шкідливими наслідками та ознаками клінічної залежності.

В процесі виконання роботи для визначення особливостей адиктивного статусу обстежено 148 пацієнтів з невротичними розладами, відповідно до критеріїв МКХ-10. Згідно з отриманими даними, хворі на невротичні розлади були поділені на групи порівняння відповідно до виразності АП, так основну групу склали 109 хворих на невротичні розлади з наявністю адиктивної поведінки (більше 16 балів), контрольну — 39 хворих без ознак клінічної залежності. Середній вік обстежених в основній групі складав 34,8 роки та 36,9 роки — в контрольній групі. Однак, кількість хворих на невротичні розлади з АП у віковому інтервалі до 30 років була значно більшою у порівнянні з групою контролю ( $p \leq 0,05$ ). Під час аналізу інтервалу між впливом дії психотравмуючого чинника до виникнення бажання зняти емоційне напруження хворими на невротичні розлади обох груп виявлено таке. В основній групі цей інтервал переважно становив «до року» у 50,46 % хворих, а в групі контролю — «більше року» у 43,59 % хворих ( $p \leq 0,05$ ).

Згідно з результатами AUDIT-тестів, в основній групі переважно всі показники мали значущий характер порівняно з показниками контрольної групи

Згідно з результатами AUDIT-тестів, в основній групі переважно всі показники мали значущий характер, порівняно з показниками в обстежених групі контролю ( $p \leq 0,001$ ). Особливо виразними АП нехімічного походження у хворих основної групи були (середній бал): використання Інтернету (13,527), надмірне вживання їжі (14,036), перегляд телепередач (9,982), комп'ютерні ігри (2,909), шопінг (7,264), роботоголізм (15,018) та секс (6,736), порівняно з контрольною групою (5,000; 6,425; 5,850; 0,825; 5,100; 4,150; 3,475 відповідно).

Також згідно з результатами статистичного оброблення в структурі AUDIT-подібного тесту у хворих на невротичні розлади з АП визначені такі кореляційні зв'язки — між об'єктами «вживання»: «Шопінг» з «Їжа» (0,38), «Телебачення» (0,35), «Читання» (0,30); між об'єктами «вживання» «Азартні ігри» та «Комп'ютер» (0,53).

Таким чином, виявлена типологія адиктивних порушень та їхній вплив на невротичні розлади з АП мають бути враховані під час діагностики та формування терапевтичних програм, що дозволить своєчасно виявляти осіб з даною патологією та покращити результати терапії і профілактики.

УДК 616.85-039-008.47-036.2

**Н. О. Марута, С. П. Колядко, М. М. Денисенко**  
ДУ «Інститут неврологій, психіатрії та наркології  
НАМН України», м. Харків

### **Типологічні особливості адиктивних (нехімічних) порушень при невротичних розладах**

Однією з проблем сучасної психіатрії є розповсюдження складних форм перебігу пограничної патології. Особливий інтерес становлять невротичні розлади