

УДК 616.895.8-07-08

Підкоритов В. С., Байбарак Н. А.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)**Оптимальні стратегії терапії у хворих на параноїдну шизофренію з серцево-судинною патологією**

Згідно з даними ВООЗ, на шизофренію страждають від 1 до 1,5 % населення земної кулі, що становить проблему надання своєчасної та комплексної терапії її проявів. За результатами статистичних досліджень, смертність хворих на шизофренію від соматичних захворювань можна порівняти зі смертністю хворих на цукровий діабет. Відомо, що у 90 % хворих на шизофренію стається порушення різних соматичних функцій, а у 34—74 % вони не діагностуються своєчасно, що впливає на динаміку самого процесу та ускладнює підбір адекватної терапії. Певної уваги заслуговує перебіг цієї психічної патології у сполученні з розладами серцево-судинної системи. Це зумовлює необхідність розроблення оптимальних заходів лікування параноїдної шизофренії з супутньою серцево-судинною патологією, які враховують специфіку клініко-психопатологічних, патопсихологічних проявів та корекції соматичного стану. Згідно з сучасним ставленням до лікування шизофренії, препаратами першого вибору є використання антипсихотиків. Але при наявності супутньої соматичної патології їх лікування має бути більш диференційованим. Оскільки успішність терапії відображається на якості життя хворої людини, її сімейної, соціальної, особистісної адаптації та веде до формування у неї більш адекватного способу життя з урахуванням наявності психічної патології.

Мета роботи — розробити комплексний підхід до лікування та реабілітації хворих на параноїдну шизофренію, обтяжену серцево-судинною патологією. В нашому дослідженні пацієнти отримували комплексну фармакотерапію, яка була спрямована на корекцію проявів психотичного та соматичного кола, та включала такі етапи: активної терапії, стабілізуючої та профілактичної (підтримувальної) терапії та реабілітації.

На етапі активної терапії ми здебільшого цілеспрямовано призначали атипичні антипсихотики (кветіапін, оланзапін, рисперидон), у зв'язку з їх меншим кардіотоксичним ефектом. У деяких випадках, при наявності гострої психотичної симптоматики, були призначені парентерально традиційні нейролептики. На етапі стабілізуючої та профілактичної терапії важливим фактором також була профілактика загострень серцево-судинних захворювань або їх негативного впливу на перебіг параноїдної шизофренії. Як показало дослідження, основу успіху цього етапу становить наявність комплаєнтних відносин між пацієнтом та лікарем, що базуються на принципах довіри, відкритості, та позитивний емоційний супровід. На етапі реабілітації на перший план виходила психоосвітня діяльність, яка включала роботу як з самим хворим, так і членами його родини. Успішність результату цього етапу була пов'язана з раннім початком реабілітаційних заходів, зокрема з урахуванням тяжкості проявів серцево-судинного захворювання.

Такий комплексний підхід до терапії хворих на параноїдну шизофренію з серцево-судинною патологією дозволив досягти більш ефективної редукції патопсихологічної симптоматики (особливо маячно-галюцинаторного характеру), запобігти загостренню серцево-судинної патології та скоротити перебування хворих на стаціонарному лікуванні (на 4—5 днів).

УДК 616.895.8-07-08

Підкоритов В. С., Серікова О. С.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)**Предиктори та особливості клінічної картини повторних нападів шизоафективного розладу**

Нами було амбулаторно та стаціонарно обстежено 16 хворих на різні типи шизоафективного розладу (ШАР) — F25.0, F25.1, F25.2, також був проведений ретроспективний аналіз хвороб цих пацієнтів.

Серед пацієнтів було 10 жінок та 6 чоловіків, віком від 20 до 51 років. Вік манифестації захворювання був $21,5 \pm 1,5$ роки, а тривалість хвороби — $7,9 \pm 3,1$ роки. Середня тривалість міжфазного періоду — 1,8 роки, тобто, в середньому, розгорнута афективна фаза у них виникала один раз на два роки.

У 79 % випадків повторний приступ ШАР починався з маячення, у 21 % — з вербального галюцинозу.

Спостерігалися різні варіанти повторних приступів ШАР — від «клішованих» за структурою нападів (67 %), до поліморфної симптоматики як протягом нападу, так і відмінною від одного нападу до іншого (33 %).

У 87 % випадків повторний приступ ШАР випереджався порушенням нічного сну: при депресивному приступі — скороченням на декілька годин внаслідок ранніх пробуджень, тривогою, відчуттям «внутрішнього неспокою», зниженням швидкості перемикання уваги; труднощами з засинанням — при маніакальному та змішаному типах ШАР, змішаному типу приступу також нерідко передувала дратівливість, підвищена чутливість до критики у свою адресу, маніакальному та змішаному — пошук «гострих» відчуттів, потяг до екстремальних розваг, наприклад, *core jumping*, з ризиком для здоров'я і навіть і з недооцінкою ступеню небезпеки для життя, частішала частота відвідувань пацієнтами нічних клубів, культурно-масових заходів (поп-, рок-концерти, футбол), що часто супроводжувалося вживанням великої кількості алкогольних, енергетичних напоїв, курільних сумішей, кофеїну у надвеликій кількості з ціллю посилення та підтримання «приємної» для пацієнта маніакальної симптоматики, деякі пацієнти проводили більше, ніж звичайно, часу в соціальних мережах, де активно знайомились з представниками протилежної статі.

У 25 % випадків загостренню ШАР передував епізод (або декілька) неспотвореної психопатологічної симптоматики — невротичної або неврозоподібної. Особливо підступною та загрозливою помилками під час діагностики була істероформна маска, маски афективної неспотвореної депресії, манії або змішаного афекту. Також певні діагностичні труднощі виникали при наявності раніше перенесеного психотичного епізоду, який не був діагностований як ШАР (об'єктивно або помилково), або абортивному епізоді психозу вже розпізаному як ШАР.

Менші утруднення при діагностиці становили випадки повторних «чистих» афективно-параноїдних психотичних нападів. В 10 % випадків спостерігалась низька комплаєнтність до лікування, особливо після виписки, та якщо члени сімей пацієнтів відмовлялися брати участь у їх лікуванні, при відсутності відвідувань пацієнта сім'єю протягом перебування в стаціонарі. У 94 % пацієнтів, які не приймали призначені антипсихотичні препарати протягом першого тижня після виписки, розвивалось загострення. В 11 % випадків початку приступу передувало вживання канабіноїдів. У 32 % випадків загостренню передувало актуальна для хворого психотравмуюча ситуація.

Члени сім'ї пацієнта повинні звертати увагу на особливості поведінки пацієнта поза загостренням з метою виявлення