

ПАРАНОЇДНА ШИЗОФРЕНІЯ З КАРДІОЛОГІЧНОЮ КОМОРБІДНІСТЮ: АСПЕКТИ СИНДРОМОПЛАСТИКИ, ДИНАМІКИ ТА ТЕРАПІЇ

©С. І. Шкробот, О. П. Венгер, О. Є. Сماشна, Ю. І. Мисула, Я. М. Несторович

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

РЕЗЮМЕ. На основі клініко-психопатологічного, клініко-динамічного та експериментально-психологічного дослідження 63 пацієнтів, які страждали на параноїдну шизофренію, у 32 з яких мала місце супутня кардіологічна патологія, проаналізовано особливості патопластичного впливу соматичної коморбідності на клінічне оформлення симптоматики параноїдної шизофренії. Досліджено та обґрунтовано патогенетичні механізми, за якими реалізується синдромоутворення параноїдної шизофренії у періоді екзацербачії захворювання та на етапі формування ремісії. Також виділено типи клінічної синдромологічної коморбідності при поєднанні параноїдної шизофренії та серцево-судинної патології. Досліджені дані стали основою для оптимізації психофармакологічного та психотерапевтичного лікування даного контингенту пацієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: параноїдна форма шизофренії, синдромопластичний вплив, синдромогенез, кардіологічна коморбідність.

Вступ. Серед пацієнтів із шизофренією відмічається вищий рівень захворюваності та смертності, порівняно з загальним населенням. У метааналізі 18 міжнародних досліджень, 60 % смертності у пацієнтів, що страждають на шизофренію, спричинені коморбідними соматичними захворюваннями, а саме серцево-судинною патологією [9, 14, 15]. Вплив судинного фону на клінічну картину шизофренії проаналізовано в окремих роботах [6, 10, 13]. Цей вплив зводиться, з одного боку, до структурного спрощення, а потім і до редукції галюцинаторно-маячної симптоматики в міру наростання судинної енцефалопатії, а з іншого боку – до складної трансформації структури дефіцитарних розладів. При дослідженні клінічних характеристик параноїдної шизофренії у пацієнтів з коморбідною артеріальною гіпертензією та метаболічним синдромом автори [10, 15] вказують, що психопатологічні прояви параноїдної шизофренії характеризуються більшою гостротою стану, більшою поширеністю псевдоорганічного варіанта дефіцитарних розладів та вираженістю симптомів тривоги, депресії, нейрокогнітивного дефіциту.

Отже, дослідження клінічних особливостей параноїдної шизофренії, що перебігає з супутньою серцево-судинною патологією, є актуальним з позиції феноменологічного підходу, а також з огляду на потребу оптимізації психофармакотерапії даного контингенту пацієнтів.

Мета дослідження. На основі комплексного аналізу клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних, клініко-динамічних характеристик пацієнтів дослідити закономірності синдромоутворення при параноїдній формі шизофренії та коморбідній патології серцево-судинної системи, виявити особливості нозо- та соматогенного впливу соматичного захворювання на клінічну симптоматику у пацієнтів з шизофренією. На основі отриманих даних оптимізувати підходи до пси-

хофармакологічного та психотерапевтичного лікування даного контингенту пацієнтів.

Матеріал і методи дослідження. Згідно з метою дослідження, на базі Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні за період 2009–2011 рр. нами було обстежено 63 пацієнти, що лікувалися із діагнозом «Шизофренія, параноїдна форма», з них у 31 пацієнта була ізольована шизофренія та у 32 пацієнтів – поєднана із коморбідною патологією серцево-судинної системи. Нозологічна діагностика базувалась на критеріях МКХ–10. В дослідженні використовувалися методи: клініко-психопатологічний з використанням психометричних шкал PANSS та шкали Гамільтона, експериментально-психологічний (піктограми за Херсонським, опитувальник «SF-36 Health Status Survey»).

Результати й обговорення. Пацієнтів було поділено на дві групи. Перша група – контрольна, складалась з 31 пацієнта з ізольованими діагнозом шизофренії без соматичної коморбідності. Друга група – 32 пацієнти з параноїдною шизофренією та кардіологічною коморбідністю, з них 16 чоловіків, 16 жінок, середній вік пацієнтів 40,56 року. Середня тривалість захворювання на шизофренію – 14,58 року.

При дослідженні за шкалою оцінки позитивних та негативних симптомів шизофренії PANNS виявлено, що у періоді загострення у пацієнтів першої групи відмічалась більша (34,41 бала), порівняно з контрольною групою (30,5 бала), оцінка за підшкалою позитивної симптоматики, при майже однакових значеннях за підшкалами негативної симптоматики та загально-психопатологічних симптомів. Загальна оцінка за шкалою PANNS у періоді загострення була нижчою, порівняно з контрольною групою (122,8 бала – загальна оцінка у пацієнтів контрольної групи, 107,58 бала – у пацієнтів з супутньою кардіологічною патологією (табл. 1)).

Таблиця 1. Порівняльні результати обстеження пацієнтів за шкалою PANNS

	Фаза загострення		Фаза затухаючого загострення (становлення ремісії)	
	контрольна група, n-31	пацієнти з кардіологічною патологією, n-32	контрольна група, n-31	пацієнти з кардіологічною патологією, n-32
Позитивні симптоми	30,5	34,41	23,65	18,29
Негативні симптоми	31,55	30,59	31,2	28,35
Загальні симптоми	58,1	59,12	43,25	50,71
Загальна оцінка	122,8	107,58	105,9	97,35

У періоді формування ремісії виявлено, що оцінка загальних психопатологічних симптомів була вищою у пацієнтів з коморбідними захворюваннями серцево-судинної системи. Також у цих пацієнтів відмічалась краща редукція позитивної психотичної симптоматики (на 22,46 % у пацієнтів контрольної групи, на 46,85 % у пацієнтів з супутньою кардіологічною патологією), що може свідчити про вищу терапевтичну чутливість до антипсихотиків.

В результаті дослідження нами виявлено багатоваріантність коморбідних співвідношень та виділено три типи клінічної кардіологічної коморбідності. Автономний тип характеризувався одночасним співіснуванням завершених патогенетично однорідних психопатологічних синдромів власне ендегенного шизофренічного походження та психогенних (нозогенних) чи соматогенних. При такому типі синдромогенезу клінічну картину параноїдної шизофренії складали класичні нозоспецифічні синдроми ендегенного походження, типологія яких співвідносилась з періодом захворювання. Синергічно-патопластичний тип характеризувався утворенням атипових для шизофренії синдромів, які одночасно містили риси ендегенного, психогенного та (чи) соматогенного походження. Утворення синдромів при даному типі характеризувалися тим, що обов'язкові та провідні симптоми поєднувались з факультативними, які модифікували структуру синдрому і зумовлювали їх атиповість. При даному типі синдромогенезу межі між синдромами були стерті, не виражені, симптоми одного синдрому зумовлювали симптоми іншого, що призводило до формування комплексних багатосимптомних синдромів, які представляли одночасно порушення у різних сферах психіки. Дисоціативно-патопластичний тип синдромогенезу характеризувався утворенням складних комплексних синдромів і за механізмом синергії, а також за механізмом дисоціації всередині синдрому з випаданням характерних його складових. В результаті даного типу синдромутворення формувалися атипові. Утворені синдроми втрачали нозоспецифіч-

ність і зумовлювали інтрасиндромальний клініко-психопатологічний патоморфоз шизофренії.

У періоді загострення у пацієнтів з кардіологічною коморбідністю переважали синергічно-патопластичний та дисоціативно-патопластичний типи коморбідності, а автономний тип достовірно частіше спостерігався у пацієнтів контрольної групи. На етапі формування ремісії синергічно-патопластичний тип достовірно частіше спостерігався у пацієнтів з супутніми кардіологічними захворюваннями. Отримані дані свідчать про модифікуючий вплив супутньої соматичної патології на клінічне оформлення шизофренічних порушень з тенденцією до формування мікст-синдромів ендегенного та сомато- чи нозогенного походження.

З урахуванням матеріалів власних досліджень і даних, отриманих з літературних джерел, нами сформульовані наступні рекомендації щодо проведення психофармакотерапії параноїдної шизофренії у даних пацієнтів: 1) При використанні нейрореплетиків пріоритетними є монотерапія та призначення малих та середніх терапевтичних доз; 2) Для мінімізації побічних явищ та встановлення індивідуальної переносимості збільшення добової терапевтичної дози препаратів проводиться поступово; 3) Враховувати можливість взаємодії нейрореплетиків з соматотропними препаратами та виникнення явищ «поведінкової токсичності»; 4) Пріоритет надається медикаментам, що не порушують але мають сприятливі соматотропні ефекти; 5) У пацієнтів з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи у фазі екзацербачії шизофренії спостерігалась тенденція до анозогностичної позиції щодо супутньої соматичної патології, що обумовлено вираженою продуктивною психопатологічною симптоматикою у вигляді агресивності, психомоторного збудження, маніакального синдрому, галюцинаторно-параноїдного синдрому, дезорієнтованості. З обережністю слід призначати зипразидол та сертіндол через імовірність виникнення прямих кардіотоксичних ефектів у вигляді подовження інтервалу QT та виникнення пірвотної тахікардії.

Висновки. Загострення шизофренії у пацієнтів з супутньою кардіологічною патологією супроводжується вираженою продуктивною психотичною симптоматикою, а також глибшим ураженням когнітивних процесів, в результаті чого спостерігаються менша осмисленість діяльності та виражені поведінкові девіації. На етапі формування ремісії для клініки параноїдної шизофренії з супутньою патологією серцево-судинної системи характерне формування синдромів порушеної ефективності. Модифікуючий вплив кардіологічної патології на

клінічне оформлення шизофренічних порушень полягає у тенденції до формування мікст-синдромів ендogenous та сомато- чи нозогенного походження за механізмами синергії та дисоціації.

Перспективи подальших досліджень. У пацієнтів з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи при шизофренії перспективним є продовження вдосконалення методів лікування, віднаходження нових стратегій вирішення проблем хворих на шизофренію для мінімізації побічних явищ та встановлення індивідуальної переносимості.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурлаков А. В. Психозы послеоперационного периода вмешательства на открытом сердце (аспекты клиники и терапии) [Текст] / А. В. Бурлаков // Психиатрия. – 2005. – № 3. – С. 45–51.
2. Гиндикин В. Я. Справочник. Соматогенные и соматоформные расстройства [Текст] / В. Я. Гиндикин. – М. : Триада -Х, 2000.— 255 с.
3. Дробижев М. Ю. Нозогении (психогенные реакции) у больных соматической патологией [Текст] / М. Ю. Дробижев : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук. – М., 2000. – 54 с.
4. Ильина Н.А. Шизофренические нозогенные реакции у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Аспекты типологии и предикции [Текст] / Н. А. Ильина, А. В. Бурлаков // Психиатрия. – 2005. – № 1. – С. 7–16.
5. Колотилин Г. Ф. Клинико-психопатологический патоморфоз параноидной шизофрении [Текст] / Г. Ф. Колотилин, М. В. Яковлева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 64–66.
6. Круглов Л. С. Оценка результатов многолетней психофармакотерапии в связи с задачами социально-трудовой компенсации при шизофрении с сопутствующей гипертонической болезнью [Текст] // Шизофрения: новые подходы к терапии : Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1995. — Т. 2. — С. 51–52.)
7. Морозова М. А. Динамика связи уровня когнитивного функционирования и психопатологических проявлений у больных параноидной шизофренией в состоянии психоза и при становлении ремиссии [Текст] / М. А. Морозова, В. В. Рубашкина, Т. А. Лепилкина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 7. – С. 4–12.
8. Вильянов В. Б. Некоторые современные особенности динамики синдромокинеза у больных параноидной шизофренией [Текст] / В. Б. Вильянов, Б. Д. Цыганков // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 15-19. – Библиогр.: с. 19. – Реферирована. – ISSN 1560–957X.
9. Незнанов Н. Г. Проблема раннего выявления психических расстройств у пациентов общепрактикующих врачей [Текст] / Н. Г. Незнанов и соавт. // Ученые записки Санкт-Петербургского медицинского университета. – 2000. – № 3. – С. 169–171.
10. Петрова М. М. Роль артериальной гипертонии в клинике и течении параноидной шизофрении [Текст] / М. М. Петрова, М. А. Березовская // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 5. – С. 7–10.
11. Рачкаускас Г. С. Особенности клинико-психопатологических проявлений современных форм шизофрении [Текст] / Г. С. Рачкаускас // Пробл. екологіч. та медичн. генетики і клініч. імунології : Зб. наук. пр. – Київ; Луганськ; Харків, 2001. – Вип. 6(38). – С. 134–170.
12. Смулевич А. Б. Соматопсихоз (коэнестезиопатические расстройства с явлениями экзистенциального криза) [Электронный ресурс] / А. Б. Смулевич и соавт. // Псих. расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 02, № 2 : Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/article/8802>
13. Третьяков А. Ю. Артериальная гипертония при шизофрении – модель доброкачественной трансформации соматической патологии [Текст] / А. Ю. Третьяков // Терапевтический архив. – 2006. – Т. 78, № 3. – С. 51–53.
14. Brown S. Причины избыточной смертности при шизофрении (резюме) [Электронный ресурс] / S. Brown // Обзор современной психиатрии, вып.9, 2001 Режим доступа: <http://www.psychosor.org/1998/9/3-4.php>
15. Hennekens C. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia [Текст] / C. Hennekens // J. Clin. Psychiatry. – 2007. – Vol. 68 (suppl. 4) – P. 4–7.