

вищення рівня цього протеїну при загостренні і наявне персистуюче структурне ушкодження клітин нервової системи при шизофренії.

Збереження високої концентрації білка S 100 після купірування гострого стану пов'язане з негативною симптоматикою та когнітивними порушеннями (Verhoeven W. et al., 2011) у жінок (K. O'Connell et al., 2013). Певні автори вказують на відсутність впливу терапії як традиційними, так і атипичними антипсихотиками на концентрацію S 100 (Петрова Н.Н., 2014), деякі – на наявність такого впливу (Verhoeven W. et al., 2011) та асоціацію його з поганою терапевтичною відповіддю (Rothermundt M. et al., 2009).

При неврозах та в наркологічній практиці коло досліджень білка S 100 обмежене. Виявлено взаємозв'язок між рівнем аутоантитіл до білків нервової тканини з

соматовегетативними проявами невротичних депресій і кореляцію з її глибиною, типологічними варіантами і тривалістю захворювання (Морозов Г.В. и др., 2000).

На висоті алкогольного делірію різко підвищується рівень білка S 100 в лікворі та в крові і з'являються антитіла до нього, які після виходу та усунення постпсихотичної астенії залишаються підвищеними (Цыбрикова Е.А., 2008).

**Висновки.** Протеїн S 100 є перспективним діагностичним нейробіологічним маркером пошкодження астроглії, що вивчається в різних галузях медицини.

Роль та значення цього білка в патогенезі, прогнозі динаміки клінічних проявів (крім когнітивних) та лікуванні більшості психічних розладів залишаються суперечливими, мало вивченими і потребують подальших досліджень.

**В.С. Підкоритов, Н.А. Байбарак**

### **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
Національної академії медичних наук України», м. Харків  
baybarakn@gmail.com

На сьогодні актуальним є питання соматичного стану не тільки здорової людини, але і осіб, які страждають на психічні розлади, зокрема хворих на параноїдну шизофренію. У 90% хворих на шизофренію наявні порушення різних соматичних функцій, а у 34–74% з них соматичні захворювання не діагностовані.

За даними різних авторів, у хворих на шизофренію достовірно підвищується число факторів ризику виникнення серцево-судинних захворювань (артеріальна гіпертензія, стенокардія, ішемічна хвороба). Проблема шизофренії в загальномедичній практиці розглядається в аспекті відносно високого ризику летального результату для даного контингенту хворих внаслідок серцево-судинної патології, що сягає, за даними різних досліджень, від 1,12 до 2,6 (у чоловіків) та від 1,09 до 2,3 (у жінок).

Все вищевикладене свідчить про актуальність вивчення особливостей проявів параноїдної шизофренії з супутньою соматичною патологією, а саме з серцево-судинною. Мета дослідження – вивчення особливостей клінічної картини параноїдної шизофренії в сучасних умовах, які трансформуються під впливом цієї патології.

**Методи дослідження:** клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний.

**Результати.** Відповідно до мети дослідження було відібрано 32 хворих з діагнозом шизофренія параноїдної форми (за МКХ-10 – F20.0), що була ускладнена серцево-судинною патологією (основна група). Вік пацієнтів складав від 40 до 70 років. Серед 32 пацієнтів був 21 чоловік (65,62 %) та 11 жінок (34,38%), середній їх вік складав (53,12±6,48) років. Вік манифестації захворювання – (25,21±4,83) років, а тривалість хвороби – (28,46±6,48) років. У середньому ці хворі перенесли

по (7,46±3,56) загострень. Найпоширенішими серцево-судинними патологіями у хворих на параноїдну шизофренію були ішемічна хвороба серця та гіпертонічна хвороба. Ішемічну хворобу серця (ІХС) виявляли у старших пацієнтів, середній вік яких складав (56,00±4,34) років, а гіпертонічну хворобу (ГБ) – у хворих середнього віку – (47,00±5,16) років. Також була відібрана контрольна група, яку склали 30 хворих на параноїдну шизофренію без соматичної патології: 9 жінок та 21 чоловік. Середній вік їх складав (41,60±6,24) років, вік манифестації захворювання – (20,30±4,86) років, а тривалість хвороби – (22,50±5,95) років. У середньому ці хворі перенесли по (3,10±1,86) загострення.

У цих пацієнтів були виявлені наступні клінічні особливості:

а) в основній групі найчастіше виявляли порушення мислення з переважанням іпохондричного марення (40,63%, 13 випадків), на відміну від контрольної групи (3,33%, 1 випадок). Поява цього марення пов'язана з наявністю у хворих кардіальних скарг, болю у серці пульсуючого або тягучого характеру, а також з головним болем, страхом через порушення в роботі серці. Також в основній групі переважали пацієнти з маренням дії та впливу (28,13%, 9 випадків), на відміну контрольної групи (13,33%, 4 випадки);

б) наявні порушення при серцево-судинній патології часто супроводжувались сплосненням афекту (18 пацієнтів, 56,25%, проти 12 пацієнтів, 40,00%), також відмічалась неадекватність афекту (11 пацієнтів, 34,38%, та 6 пацієнтів, 20,00%) ( $p<0,05$ );

в) у сфері сприйняття частіше зустрічались тактильні галюцинації (15 випадків, 46,90% проти 2 випадків, 6,67%,  $p<0,05$ ), при яких хворі скаржилися на появу неприємних

відчуттів у ділянці серця, «в мене в серці є якісь істоти», «якась рідина тече по моїх судинах»;

г) у сфері відчуттів частіше спостерігали сенестопатії (8 випадків, 25,00%, та 2 випадки, 6,67%,  $p < 0,05$ ). У сфері емоцій – високу частоту симптомів тривоги (19 випадків, 59,39% та 12 випадків, 40,00%,  $p < 0,05$ ), що відображає органічний фон у таких пацієнтів;

д) у сфері когнітивних функцій частіше виявляли порушення орієнтування – у 21,9%. Ці порушення виникали внаслідок марення (маячних порушень орієнтування у власній особистості). Також були порушення в часі у пацієнтів вікової групи від 40 років та старше (9,3% у основній групі); гіпопрозексії (17 випадків, 53,13% та 1 випадок, 3,33%,  $p < 0,05$ ), виснаження уваги (10 випадків, 31,25% та 6 випадків, 20,00%,  $p < 0,05$ ), конкретності мислення (28 випадків, 87,50% та 2 випадки, 6,67%,  $p < 0,05$ ), що були безпосередньо наслідком наявності органічного підґрунтя внаслідок ІХС.

У клінічній картині загострень параноїдної шизофренії у хворих із супутньою серцево-судинною патологією частіше зустрічалися галюцинаторно-маячний (13 пацієнтів, 40,63%) та депресивно-параноїдний (5 пацієнтів, 15,63%) синдроми, ніж у хворих з параноїдною шизофренією без супутньої соматичної патології (10 пацієнтів, 33,33%, та 1 пацієнт, 3,3%,  $p < 0,05$ ). Майже однаково часто в обох групах зустрічався параноїдний синдром – у 10 пацієнтів (31,25%) основної групи та у 14 пацієнтів (46,67%) контрольної. Рідше спостерігався галюцинаторний синдром (4 пацієнти, 12,50% та 5 пацієнтів, 16,67% відповідно).

На основі аналізу визначено, що наявність супутньої серцево-судинної патології впливає на стан пацієнтів, клінічну картину захворювання, обтяжує перебіг параноїдної шизофренії та знижує рівень соціальної адаптації; все це призводить до інвалідизації вказаних хворих.

О.І. Серікова, С.О. Український, О.В. Скринник, О.С. Серікова, М.М. Марченко

### КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИЗОФРЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНИМИ НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
Національної академії медичних наук України», м. Харків  
ukrayinsky@ukr.net

Шизофренія займає перше місце серед психозів за поширеністю, прогресивністю та тяжкістю соціальних наслідків (А.С. Тиганов, 2010; Р. Kreczmanski et al., 2007). Доведено, що пацієнти з шизофренією більш уразливі до соматичних захворювань (М.Ю. Дробижев, 2000), а наявність коморбідної соматичної патології з ендогенним процесом значно ускладнює перебіг психічної патології та впливає на прогноз самого соматичного захворювання (А.Б. Смулевич, 2003).

**Метою** нашої роботи було вивчення особливостей перебігу параноїдної шизофренії у пацієнтів з супутніми неврологічними порушеннями.

**Матеріали та методи дослідження.** З використанням клініко-катамнестичного методу було проаналізовано 28 історій хвороби пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ ІНПН НАМН України в 2006–2015 роках з діагнозом параноїдна шизофренія (за МКХ–10 – F20.0), що мали супутню неврологічну патологію і склали основну групу. Серед них було 8 жінок та 20 чоловіків (співвідношення жінки: чоловіки – 1:2,5), середній вік досліджених –  $(35,2 \pm 6,35)$  років. Вік манифестації захворювання був  $(23,9 \pm 5,24)$  років, а тривалість хвороби –  $(11,9 \pm 5,10)$  років. У середньому ці хворі перенесли по  $(3,7 \pm 2,14)$  загострення. Також була відібрана контрольна група, яку склали 30 пацієнтів з параноїдною шизофренією без сомато-неврологічної патології. Контрольна група складалася з 9 жінок та 21 чоловіка у співвідношенні 1:2,3. Середній вік пацієнтів контрольної групи склав  $(31,60 \pm 6,24)$  років. Вік манифестації захворювання був  $(20,30 \pm 4,86)$  років, а тривалість хвороби –  $(12,50 \pm 4,95)$  років. У середньому ці хворі перенесли по  $(3,10 \pm 1,86)$  загострення.

**Результати.** Неврологічна патологія, яку спостерігали у пацієнтів основної групи, була представлена вегетосудинною дистонією (ВСД) – 17 спостережень (60,7%), та різними варіантами дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕП) – 11 спостережень (39,3%). Більша частина пацієнтів основної групи з супутньою ВСД була у віковому діапазоні 18–29 років (12 пацієнтів, 70,59%), а решта (5 пацієнтів, 29,41%) – у віці 30–39 років. Серед пацієнтів основної групи з ДЕП лише 1 пацієнт (9,09%) був молодший 29 років; 4 пацієнти (36,36%) були віком від 30 до 39 років, а вік 6 пацієнтів (54,55%) знаходився в діапазоні 40–49 років. Середній вік пацієнтів з шизофренією і супутньою ВСД склав  $(28,5 \pm 8,16)$  років і був вірогідно нижчим, ніж середній вік пацієнтів з шизофренією і ДЕП –  $40,4 \pm 7,84$  років.

Аналіз соціодемографічних даних показав, що контингент хворих, які страждають на параноїдну шизофренію та мають супутню неврологічну патологію, був представлений особами, що переважно мали знижений соціальний статус – інвалідів (60,7%) було більше, ніж тих, що працювали (21,4%). Також значна частина пацієнтів не мала роботи (17,9%), незважаючи на працездатний вік і те, що більшість осіб цієї групи отримали професійні навички, про що свідчила висока питома частка осіб, які мали середню спеціальну (32,2%), неповну вищу (14,3%) та вищу (25,0%) освіту. Переважна частина пацієнтів мали проблеми з сімейною адаптацією – лише третина з них перебувала у шлюбі (32,1%), а інші залишалися самотніми (42,9%) або були розлучені (25,0%). Звертала на себе увагу достовірно менша кількість осіб, що мали групу інвалідності у зв'язку з шизофренією, в контрольній групі, ніж в основній групі (3 пацієнти, 10,0% проти 17 пацієнтів, 60,7% відповідно), що може свідчити