

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

про певний негативний вплив супутньої неврологічної патології на перебіг основного захворювання з ранньою інвалідизацією таких хворих.

Синдромальна структура загострень параноїдної шизофренії в обох досліджених групах мала ідентичний характер і була представлена галюцинаторно-маячним, параноїдним, депресивно-параноїдним та галюцинаторним синдромами.

Найпоширенішим провідним клінічним синдромом в основній групі був галюцинаторно-маячний синдром (9 пацієнтів – 32,14%). Друге місце посідали депресивно-параноїдний та галюцинаторний синдроми. Кожен з них зустрічався відповідно у 8 хворих (28,57% спостережень). Параноїдний синдром спостерігався у 3 пацієнтів (10,71% спостережень).

Порівняння з контрольною групою виявило наступні особливості синдромологічної структури: в клінічній картині загострень параноїдної шизофренії у пацієнтів із супутньою неврологічною патологією частіше зустрічалися галюцинаторний та депресивно-параноїдний

синдроми (по 8 пацієнтів, 28,57% в кожному випадку), ніж у пацієнтів з параноїдною шизофренією без супутніх неврологічних розладів (5 пацієнтів, 16,67% і 1 пацієнт, 3,33% відповідно, $p < 0,05$). Вірогідно рідше у пацієнтів основної групи спостерігався параноїдний синдром в порівнянні з контрольною групою (3 пацієнти, 10,71% та 14 пацієнтів, 46,67% відповідно). Галюцинаторно-маячний синдром зустрічався в обох групах майже з однаковою частотою – у 9 (32,14%) та 10 (33,33%) спостереженнях відповідно ($p > 0,05$).

Висновок. Результати нашого дослідження показали, що наявність супутньої неврологічної патології обтяжує перебіг параноїдної шизофренії, знижує рівень соціальної адаптації, призводить до швидкого погіршення соціального статусу та більш раннього виходу на інвалідність. Отримані дані свідчать про зв'язок супутньої неврологічної патології із клінічними проявами загострень, у структурі яких частіше зустрічаються галюцинаторно-маячний, галюцинаторний та депресивно-параноїдний синдроми і рідше – параноїдний синдром.

Ю.А. Блажевич

ІНІЦІАЛЬНИЙ ЕТАП ПСИХОЗУ (КЛІНІКА, ДИНАМІКА) НА ПРИКЛАДІ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Територіальне медичне об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві
blazhevych@ukr.net

Актуальність. Першому психотичному епізоду в останні роки приділяють значну увагу. Обумовлено це уявленнями, що своєчасні виявлення та спеціалізована допомога пацієнту сприятимуть максимально швидкому виходу, сприятливому перебігу захворювання, тривалій соціально-психологічній збереженості особистості. Автори наводять дані з власне медичної, а також економічної складової проблеми. Такий акцент у модусі надання психіатричної допомоги став можливим завдяки появі в останні роки психотропних засобів нового покоління, які дозволяють домогтися відносно швидкого та якісного ефекту в терапії психозів. Однією з найважливіших складових сучасної діагностики психічного розладу є знання симптоматики доманіфестного періоду.

Метою дослідження було вивчення клінічних і патопсихологічних проявів захворювання на доманіфестному етапі.

Матеріали та методи дослідження. Досліджували пацієнтів Центру першого психотичного епізоду ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві. Для досягнення поставленої мети ми відібрали 130 пацієнтів: 68 чоловіків та 62 жінки. Середній вік пацієнтів з першим психотичним епізодом в обстежуваній групі склав $27,4 \pm 0,2$ роки: серед чоловіків – $26,2 \pm 0,4$ роки, серед жінок – $28,1 \pm 0,4$ роки.

Хворих на параноїдну шизофренію (F 20.0) було 20 (12 чоловіків та 8 жінок); на гострі психотичні розлади без симптомів шизофренії (F 23.0) – 12 (6 чоловіків та 6 жінок); на гострі психотичні розлади з симптомами шизофренії (F 23.1) – 30 (16 чоловіків та 14 жінок); на поліморфні шизоафективні розлади, маніакальний тип

(F 25.0) – 30 (14 чоловіків та 16 жінок); на поліморфні шизоафективні розлади, депресивний тип (F 25.1) – 38 (20 чоловіків та 18 жінок).

Використовували клініко-анамнестичний метод, методи патопсихологічного дослідження, метод ретроспективного аналізу, метод оцінки якості життя (Mezzch), методи математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналіз) з використанням обчислювальних таблиць «Excel».

Результати. Спадкову обтяженість шизофренією встановлено у 18 випадках. Найвища обтяженість була у групі пацієнтів з шизофренією та гострими психотичними розладами (відповідно 5 та 8 випадків). Обтяженість афективними і емоційно-вольовими розладами встановлена в 6 випадках (по 2 випадки гострого психотичного розладу без симптомів шизофренії, шизоафективного розладу маніакального типу та шизоафективного розладу депресивного типу).

За наявністю та характером ініціального етапу психозу всіх досліджуваних пацієнтів умовно можна поділити на 3 групи. У пацієнтів першої групи (72 особи) ініціальний етап характеризувався тривалістю від півроку до двох років. У цей період у них відмічались явища немотивованої астенії, реактивної лабільності, втомленості, небажання будь-що робити, намагання усамітнитись, «щоб залишили в спокої», були порушення сну. Періоди гіпоманії аутохтонні, короткочасні, проявлялись епізодами стривоженості, непродуктивної активності, конфліктністю, поведінковими порушеннями і порушеннями потягів.