

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМОГЕНЕЗУ ПАРАНО ДНО ШИЗОФРЕНІ КОМОРБІДНО ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННО СИСТЕМИ

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМОГЕНЕЗУ ПАРАНО ДНО ШИЗОФРЕНІ КОМОРБІДНО ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННО СИСТЕМИ – У статті висвітлено результати клініко-психопатологічного, катamnестичного та експериментально-психологічного дослідження особливостей клінічної картини парано дно шизофрені, що перебігає із супутньою патологією серцево-судинно системи. Досліджено та обґрунтовано механізми, за якими реалізується утворення синдрому парано дно шизофрені у період екзацербаци захворювання та на етапі формування ремісії. В результаті дослідження виділено типи клінічно синдромологічно коморбідності при поєднанні парано дно шизофрені та коморбідно серцево-судинно патології.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМОГЕНЕЗА ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ КОМОРБИДНОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ – В статье высветлено результаты клиничко-психопатологического, катamnестического и экспериментально-психологического исследования особенностей клинической картины параноидной шизофрени, что протекает с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы. Исследовано и обосновано механизмы, по которым реализуется образование синдрома параноидной шизофрени в период эказацербации заболевания и на этапе формирования ремиссии. В результате исследования выделено типы клинической синдромологической коморбидности в сочетании параноидной шизофрени и коморбидной сердечно-сосудистой патологии.

CLINICAL ASPECTS OF SYNDROMOGENESIS OF PARANOID SCHIZOPHRENIA COMORBID WITH PATHOLOGY OF CARDIOVASCULAR SYSTEM – The results of clinical-psychopathological, catamnestic and experimentally psychological research of clinical presentation of paranoid schizophrenia which flows with concomitant pathology of the cardiovascular system have been presented in the article. Mechanisms of syndromogenesis of paranoid schizophrenia in the period of exacerbation of disease and on the stage of forming of remission have been investigated. As a result of research types of clinical syndromological comorbidity in combination of paranoid schizophrenia with cardiovascular pathology have been distinguished.

Ключові слова: парано дна форма шизофрені, синдромогенез шизофрені, коморбідність.

Ключевые слова: параноидная форма шизофрени, синдромогенез шизофрени, коморбидность.

Key words: paranoid form of schizophrenia, syndromogenesis of schizophrenia, comorbidity.

ВСТУП У пацієнтів, що страждають від шизофрені, відмічається підвищена смертність та скорочення тривалості життя на 20 % порівняно із загальним населенням [7]. Основним фактором підвищено смертності серед даного контингенту пацієнтів є супутні соматичні захворювання [7, 8], а провідне місце серед причин смертності займають захворювання серцево-судинно системи [6, 8, 9]. У пацієнтів, що страждають від шизофрені, смертність від серцево-судинно патології вдвічі більша, ніж в загальній популяції [6, 9]. Ризик летального результату при серцево-судинній патології зростає у пацієнтів із шизофренією чолові-

чо статі в 4,7 раза і в 2,7 раза у жінок [6]. У хворих на шизофренію частіше, ніж у осіб без психічно патології, спостерігалися гостра недостатність кровообігу, рання постінфарктна стенокардія, хронічна аневризма лівого шлуночка [4, 5]. Також описано специфічну фенотіазинову кардіоміопатію у пацієнтів, що тривало приймають антипсихотики фенотіазинового ряду [1].

Хворі на шизофренію, внаслідок х психопатологічного стану, не до кінця усвідомлюють переваги здорового способу та його значення життя для х соматичного та психічного благополуччя і майбутнього здоров'я. Зокрема поширеність таких важливих чинників ризику серцево-судинних захворювань, як діабет і ожиріння, у пацієнтів із шизофренією у 1,5-3,5 раза вище, ніж серед загально популяції [10], куріння – 75 % порівняно з 25 % серед загального населення, дисліпідемії, інсулінорезистентності, гіпертензії, гіпокінетичного способу життя і дієти з великим вмістом жирів і малим насиченням клітковиною [11]. Незважаючи на те, що більшість цих чинників ризику може бути усунена, пацієнти з тяжкими психічними розладами практично не можуть скористатися останніми досягненнями в області лікування та профілактики серцево-судинних захворювань і у них не спостерігається зниження смертності від соматичних захворювань, як серед загально популяції [8, 9, 11] (наприклад, при коморбідній шизофрені артеріально гіпертензії частка пацієнтів, що не отримують гіпотензивну терапію, зростає до 62,4 %, а при гіперліпідемії терапію статинами не призначають більшості – 89,4 % пацієнтів [6]). Через наявне супутнє соматичне захворювання 30-50 % пацієнтів зовсім не приймають психотропних препаратів або приймають х у знижених дозах, 55 % пацієнтів порушують терапевтичний режим через 3 місяці після виписки [9].

Хворі на шизофренію частіше, ніж пацієнти з іншими психічними розладами виявляють ознаки патологічно поведінки в соматичній хворобі; нерідко, навіть при ургентних станах не пред'являють жодних скарг або навіть відмовляються від медично допомоги [2, 4, 5].

Метою дослідження стало на основі комплексного аналізу клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних, соціально-демографічних характеристик хворих дослідити закономірності синдромоутворення при парано дній формі шизофрені у період еказацербаци та коморбідній патології серцево-судинно системи, а також дослідити вплив соматичного захворювання на особливості становлення ремісії серед даного контингенту пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Для реалізації мети дослідження на базі Тернопільсько обласно клінічно комунально психоневрологічно лікарні за період 2008-2010 рр. обстежили 63 стаціонарних пацієнтів, що лікувалися із діагнозом: "Шизофренія, парано дна форма".

Пацієнтів було поділено на 2 групи. В I групу ввійшли 31 пацієнт, з них 14 чоловіків (43,75 %), 17 жінок (56,25 %), середній вік пацієнтів 48,52 років (від 35 до 66 років) з діагнозом парано дно шизофрені і коморбідними захворюваннями серцево-судинно системи (середня тривалість захворювання на шизофре-

нію – 17,9 років, від 7 до 44 років). У 16 пацієнтів (51,61 %) відмічали обтяжену спадковість по серцево-судинній патології.

Нозологічний розподіл пацієнтів, що страждають від шизофрені з коморбідною патологією серцево-судинно системи представлено в таблиці 1.

Таблиця 1. Нозологічний розподіл пацієнтів

Коморбідна шизофренія, кардіологічна патологія	Абсолютна кількість пацієнтів	Відносна кількість пацієнтів, %
Ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз	11	34,4
Ішемічна хвороба серця, постінфарктний кардіосклероз	3	9,4
Гіпертонічна хвороба	4	12,5
Нейроциркуляторна вегето-судинна дистонія	3	9,4
Дисметаболическа кардіоміопатія	8	25
Порушення серцевого ритму	2	6,3

II контрольна група – 32 пацієнтів, з них 16 чоловіків (50 %), 16 жінок (50 %), середній вік пацієнтів 32 роки (від 23 до 53 років) із діагнозом парано дно шизофрені без соматично коморбідності. Середня тривалість захворювання на шизофренію – 10,66 роки (від 2 до 28 років).

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, клініко-катамнестичний. Пацієнтів оглядали двічі: в період загострення шизофрені при госпіталізації та через місяць стаціонарного лікування на етапі формування ремісії. У доповнення клініко-психопатологічного обстеження використовували психометричні шкали HAMD для оцінки депресії та PANSS; всім пацієнтам проводили експериментально-психологічне обстеження: дослідження мислительних операцій, проективна методика піктограм за Херсонським (Л.С. Виготський, Б.Г. Херсонський, 1982), з вирахуванням факторів абстрактності, індивідуально значимості, частоти вибору, адекватності, опитувальник для оцінки реактивності та особистісно тривожності Спілбергера-Ханіна, опитувальник якості життя "SF-36 Health Status Survey".

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ У пацієнтів I групи при клініко-психопатологічному обстеженні у період загострення шизофрені традиційно найчастіше спостерігався галюцинаторно-парано дний синдром (70,97 %). У 12,90 % пацієнтів спостерігали специфічну тематику парано дного синдрому у вигляді маячення вагітності. Також було відмічено синдроми порушено афективності у вигляді тривожного (9,68 %), депресивного (19,35 %) та маніакаль-

ного (9,68 %) синдромів психотичного реєстру із маяченням голотимного змісту (маячення величі, винахідництва, особливого значення при маніакальному та маячення малоцінності, гріховності, непотрібності, покинутості, іпохондричності при депресивному синдромі). Також часто мали місце синдроми спотворення вольово сфери у вигляді як гіперактивності (психомоторне збудження з активним негативізмом (25,81 %) та агресивністю (16,13 %), гебефреноподібні стани), так і ступорозні (12,90 %) та субступорозні (12,90 %) стани з аутизмом (19,35 %), ідеаторною та моторною загальмованістю.

У пацієнтів контрольної групи у фазі загострення у 71,58 % випадків спостерігався галюцинаторно-парано дний синдром. Крім того часто спостерігалися наступні синдроми: тривожний (25 %), емоційно неадекватності (18,75 %), аутопсихічно деперсоналізації (21,88 %), синдром порушення мислення (18,75 %), психомоторного збудження (25 %).

При психометричному дослідженні за шкалою оцінки позитивних та негативних симптомів шизофрені PANNS виявлено, що у період загострення в пацієнтів I групи відмічали більшу (34,41 бала) порівняно з контрольною групою (30,5 бала) оцінку за підшкалою позитивної симптоматики, при майже однакових значеннях за підшкалами негативно симптоматики та загальнопсихопатологічних симптомів. Загальна оцінка за шкалою PANNS у період 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. 2).

Таблиця 2. Порівняльні результати обстеження за шкалою PANNS

	Фаза загострення		Фаза затихаючого загострення (становлення ремісії)	
	контрольна група	пацієнти з кардіологічною патологією	контрольна група	пацієнти з кардіологічною патологією
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 фазі формування ремісії для пацієнтів I групи були характерними афективні психопатологічні синдроми: гіпоманіакальний (6,45 %), афективно не-

стійкості (12,90 %), дисфоричності (16,13 %), тривожний (12,90 %), депресивний (12,90 %). Також відмічали синдроми порушення когнітивно сфери у вигляді

порушення оперативної частини мислительно діяльності, зниженого абстрагування, когнітивно недостатності (19,35 %), якісних порушень мислення (19,35 %).

Для пацієнтів контрольної групи у фазі формування ремісії були характерні наступні синдроми: окрім апато-абулчного синдрому, який спостерігався у 51,16 % пацієнтів, також мали місце депресивний (12,5 %), галюцинаторний (12,5 %), синдром порушення мислення (21,88 %) та когнітивно недостатності (12,5 %), стереотипних пар апраксії (9,57 %).

У період формування ремісії при оцінці за шкалою PANNS виявлено, що у пацієнтів контрольної групи відмічали вищу загальну оцінку та оцінку за підшкалами позитивно і негативно симптоматики, ніж у пацієнтів із супутньою кардіологічною патологією, проте оцінка загальних психопатологічних симптомів була вищою у пацієнтів із коморбідними захворюваннями серцево-судинної системи. Також у пацієнтів з супутньою кардіологічною патологією відмічали кращу редукцію позитивно психотично симптоматики (на 22,46 % у пацієнтів контрольної групи, на 46,85 % у пацієнтів із супутньою кардіологічною патологією), що може свідчити про вищу терапевтичну чутливість до антипсихотиків.

За шкалою Гамільтона для оцінки симптомів депресії виявлено, що у фазі екзацербаци шизофренії депресивну симптоматику тяжкого ступеня вираженості відмічали у 32,26 % пацієнтів із кардіологічною патологією і у 15 % пацієнтів контрольної групи. У фазі формування ремісії, навпаки, тяжкий депресивний синдром у пацієнтів контрольної групи спостерігали у 25 % випадків, і у 9,68 % пацієнтів із супутніми захворюваннями серцево-судинної системи.

За результатами експериментально-психологічного обстеження за Херсонським (методикою піктограм) виявлено, що у пацієнтів контрольної групи у фазі загострення коефіцієнт відтворення був вищим (0,6), ніж у пацієнтів I групи (0,4), що свідчить про більшу цілеспрямованість мислительних процесів, вищу ефективність абстрагування, більшу осмисленість діяльності. При оцінці фактора абстрактності з'ясовано, що у пацієнтів контрольної групи виявлено більшу кількість конкретних образів (56 %), що свідчить про глибший ступінь загального когнітивного зниження із зниженням абстрактності та дедуктивного мислення. При оцінці фактора індивідуально значимості виявлено, що у пацієнтів I групи відмічали меншу кількість формальних образів та більшу – індивідуально значимих, що свідчить про більшу включеність емоційних процесів у мотивації діяльності та в тематиці психопатологічних переживань. При оцінці фактора адекватності виявлено більшу кількість адекватних образів, що корелює із вищим коефіцієнтом відтворення у пацієнтів I групи. Більша кількість випадків спонтанних пояснень, очікування підтримки зі сторони та самокритики у пацієнтів I групи свідчили про депресивні емоційні порушення.

У результаті дослідження виділено наступні механізми синдромогенезу при коморбідності параноїдно шизофренії та кардіологічно патології:

1) переважно соціально-зумовлений тип – пов'язаний із соціальними, культуральними факторами, так званою соціальною атрибуцією ролі хворого. Синдро-

могенез за даним типом реалізується у пацієнтів при достатньо збереженому рівні соціально компетентності, особистісно цілісності, при задовільному соціальному орієнтуванні та функціонуванні. Даний тип спостерігався у 21 % пацієнтів із коморбідною серцево-судинною патологією;

2) психопатологічно – зумовлений тип (феноменологічний) – зумовлений наявними психопатологічними симптомами параноїдно шизофренії як позитивного, так і негативного спектра. Синдромоутворення за даним типом визначається актуальними ендогенними патологічними симптомами, через призму яких сприймається об'єктивність супутнього соматичного захворювання. Даний тип спостерігався у 59 % пацієнтів I групи;

3) соматобіологічний тип – зумовлений патоанатомічними, ноцицептивними (патофізіологічними) змінами в організмі, які достатньо виразно відрізняються від попереднього соматопсихічного досвіду особистості і впливають на особистісне реагування на наявність соматичного захворювання, а також впливають на формування фабули параноїдних утворень, емоційні синдроми тощо. Даний тип спостерігався у 20 % пацієнтів.

ВИСНОВКИ 1. Загострення шизофренії у пацієнтів із супутньою кардіологічною патологією супроводжується більш вираженою продуктивною психотичною симптоматикою порівняно з пацієнтами без соматично коморбідності.

2. У пацієнтів із супутньою кардіологічною патологією в фазі загострення шизофренії характерним є глибше ураження когнітивних процесів, в результаті чого має місце менша осмисленість діяльності та виражені поведінкові девіації.

3. На етапі формування ремісії для клініки параноїдно шизофренії із супутньою патологією серцево-судинної системи характерне формування синдромів порушено ефективності.

4. Синдромогенез параноїдно шизофренії при супутній кардіологічній патології найчастіше реалізується за психопатологічно – зумовленим типом.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ Дані висновки свідчать про синдромологічний патоморфоз параноїдно шизофренії при приєднанні супутнього захворювання серцево-судинної системи і є проміжним кроком до розширення уявлень про вплив соматичних захворювань різних систем організму на синдромологічну реалізацію параноїдно шизофренії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волков В.П. Фенотиазиновая дилатационная кардиомиопатия: некоторые аспекты клиники и морфологии. – Клиническая медицина. – 2009. – № 8. – С. 13–17.
2. Бурлаков А.В. Психозы послеоперационного периода вмешательства на открытом сердце (аспекты клиники и терапии) // Психиатрия. – 2005. – № 3. – С. 45–51.
3. Вильянов В.Б., Цыганков Б.Д. Некоторые современные особенности динамики синдромогенеза у больных параноидной шизофренией // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 15–19.
4. Ильина Н.А., Бурлаков А.В. Шизофренические нозогенные реакции у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Аспекты типологии и предикции // Психиатрия. – 2005. – № 1. – С. 7–16.

5. Смулевич А.Б., Бробижев М.А., Иванов С.А. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2002. – № 7. – С. 9–13.

6. Hennekens C.H. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia / Hennekens C.H. // J. Clin. Psychiatry. 2007. – Vol. 68, (suppl. 4). – P. 4–7.

7. Saha S. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? / Saha S., Chant D., McGrath J. // Arch. Gen. Psychiatry. – 2007. – Vol. 64. – P. 1123–1131.

8. Morbidity and Mortality in People With Serious Mental Illness: Technical Report. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) / [Parks J., Svendsen D., Singer P.

et al.] Medical Directors Council. October 2006. Available at: <http://www.nasmhpd.org/publications.ctm#rechpap>. Accessibility verified February 26, 2008.

9. Hennekens C.H. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease / [Hennekens C.H., Hennekens A.R., Hollar D. et al.] // An. Heart. J. – 2005. – Vol. 150. – P. 1115–1121.

10. Type 2 diabetes among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey / [Suvisaari J., Perala J., Saarni S.I. et al.] / Suvisaari J, Perala J, Saarni SI et al. [published online ahead of print November 7, 2007] // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. doi: 10.1007/s00406-007-0762-y.

11. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia / [Brown S., Birtwistle J., Roe L. et al.] // Psychol. Med. – 1999. – Vol. 29. – P. 697–701.

Отримано 05.11.10