

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ

БЛАЖЕВИЧ ЮЛІЯ АНАТОЛІЇВНА

УДК 616.095-008.44-036.12-085

**АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ
З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ
(СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ТЕРАПІЯ)**

14.01.16 – психіатрія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук



Київ – 2018

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Науковий керівник – доктор медичних наук, професор **Мішисв В'ячеслав Данилович**, ТМО «Психіатрія» у м. Києві, директор

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Напрєєнко Олександр Костянтинович**, Національний медичний університет імені акад. О. О. Богомольця МОЗ України, кафедра психіатрії та наркології, завідувач кафедри

доктор медичних наук, професор **Пилягіна Галина Яківна**, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології, завідувач кафедри

Захист дисертації відбудеться «12» червня 2018 р. о 10 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 26.620.01 в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

Автореферат розісланий «11» травня 2018 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
кандидат медичних наук, с.н.с.



О. П. Олійник

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я 27 % дорослого населення Європейського Союзу, Ісландії, Норвегії та Швейцарії у віці 18–65 років мали в минулому році хоча б один із психічних розладів (Movement for Global Mental Health. Position Statement on mental health in the post-2015 development agenda 2013). Згідно прогнозів ВООЗ до 2020 року психічні розлади увійдуть до першої п'ятірки хвороб, які ведуть до втрати працездатності.

Вітчизняні автори (Шафранський В. В., 2016.) встановили, що 2,3 % (1706070 осіб) українців страждають розладами психіки та поведінки. Первинна захворюваність всього населення країни зросла на 0,06 % (показники 2014–2015 рр.). Кількість психотичних розладів в Україні становить 17,8 %. Шизофренія, шизотипові та маревні розлади становлять 34,5 % від загальної кількості, саме вони є провідними причинами інвалідності в Україні (Морозов Н. Р. та ін., 2014).

Суїцид є лідером серед причин смерті при шизофренії та розлади шизофренічного спектру. Рівень суїцидальних спроб при першому психотичному епізоді – 10–50 %. В Україні кількість пацієнтів з психічними і поведінковими розладами, які скоїли суїциди, у структурі всіх випадків суїцидів становить 10,6 % (Морозов П. В., Марута Н. О. та ін., 2014).

Враховуючи тенденцію до зростання психічної патології серед населення, Всесвітня психіатрична асоціація і Європейська асоціація психіатрів в якості основної стратегії пропонують раннє виявлення цієї патології та своєчасне медичне втручання. Насамперед, це стосується психозів в цілому, і шизофренії зокрема, як найбільш інвалідизуючих психічних захворювань.

Значний науковий інтерес, спрямований на розробку стратегії ранніх терапевтичних втручань при першому психотичному епізоді (ППЕ) визначається високою вірогідністю сприятливого перебігу хвороби.

Згідно визначень вітчизняних авторів, ППЕ – це важкий психотичний розлад, яке відрізняється поліморфізмом клінічних проявів, порушенням цілісності та єдності психічних функцій, неадекватною поведінкою і який стає серйозним біологічним і соціальним стресом для хворого і його близьких (Пішель В. Я., 2007; Марута Н. О. та ін., 2009).

Застосування антипсихотичної терапії та психосоціальних втручань призводить до клінічної ремісії протягом 12 місяців у 96 % пацієнтів з ППЕ (Гурович І. Я., 2010; Мішиєв В. Д., 2014; Пішель В. Я., 2015; Wu M. H., 2015). Але, довгострокові дослідження, як закордонних, так і вітчизняних авторів, вказують на те, що протягом наступних п'яти років у 80 % цих хворих формується рецидив ініціального епізоду (Юр'єва Л. Н., 2010; Пшук Н. Г., 2012; Теклюк С. В., 2013; Осокіна О. І., 2016; Castelein et al., 2015). Представляється важливим, що з кожним наступним нападом збільшується ризик розвитку стійкої психотичної симптоматики, формування толерантності до антипсихотичної терапії (через біологічні наслідки психозу), а також зниження рівня соціального та професійного функціонування пацієнтів (Семке В. Я., 2012; Чугунов В. В., 2013; Кожина Г. М., 2013; Хрітін Д. Ф. та ін., 2014; Матюшкова О. С., 2016; Jahshan S., 2010). Крім того, економічні втрати щодо рецидиву психозу, є більшими у порівнянні з лікуванням

хворих зі стабільним перебігом шизофренії (Кришталь Є. В. з співавт., 2013; Kahn R. S., 2013; Sinyor M., 2015). Тому у сучасний період актуальною є рання профілактика рецидиву ППЕ.

З точки зору вітчизняних та зарубіжних вчених ефективними засобами профілактики рецидивів психозу є рання їх діагностика та лікування, активна взаємодія з лікарями загальної практики з питань діагностики та терапії ППЕ, а також підвищення рівня комплайенса цієї групи хворих, оптимізація їх реабілітації та ресоціалізації (Михайлов Б. В., 2009; Ярославцев С. О., 2015; Букреєва Н. Д., 2016; Tarrier N., 2014; Turkington D., 2015).

У цьому є важливим виділення групи ризику ППЕ. Так, встановлено, що серед симптомів продромального періоду ППЕ найбільш часто діагностуються афективні розлади (АР) у формі депресії і тривоги (Ряполова Т. Л., 2013; Сирчіна Т.Д. та ін., 2014; Чабан О. С., 2015; Антохін Е. Ю., 2016; Петрова Н. Н., 2016; Jauhar S., 2014; Fusar-Poli P., 2014; Chung Chang W. et al., 2014; Coentrab R., 2017; McGinty J., 2017).

Дані ретроспективних досліджень також свідчать про наявність у 75 % пацієнтів депресивної і негативної симптоматики в продромальній фазі шизофренії і за рік до маніфестації психотичної симптоматики ППЕ (Чабан О. С. з співавт., 2013; Підкоритов В. С., 2014; Kasper S., 2014; Nutt D., 2014; Sanchez-Gistau V. et al., 2015).

Депресії при ППЕ нерідко не діагностуються, маскуючись несприятливим перебігом психозу, низьким соціальним функціонуванням, частими рецидивами і повторними госпіталізаціями (Білобровка Р. І., 2013; Коростій В. І., 2013; Пілягіна Г. Я., 2014; Fleischhscher W., 2012; Renwicka L. 2015). Останні вказують на взаємопов'язаний характер депресії і шизофренії, що має важливе значення при прийнятті терапевтичних рішень.

Незважаючи на великий обсяг досліджень, що стосуються ППЕ, в сучасній літературі відсутні дані про структурно-динамічні особливості афективних розладів (АР) у пацієнтів з ППЕ відповідно до фаз його розвитку (продромальний період, психоз, ремісія), а також критерії їх ранньої діагностики, недостатньо вивчена протирецидивна результативність комплексної терапії (за критеріями рівня комплайенсу, частоти рецидивів, небажаних явищ, тривалості ремісії, якості життя тощо), а терапевтичні підходи до лікування таких хворих потребують оптимізації.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, за темою «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)» (№ державної реєстрації 0115U001445).

Мета і задачі дослідження. Метою дисертаційного дослідження було визначення структурно-динамічних особливостей афективних розладів, оптимізація їх ранньої діагностики та терапії на основі комплексного дослідження пацієнтів з ППЕ.

Для досягнення зазначеної мети в роботі були поставлені такі задачі:

1. Вивчити патопсихологічні та клініко-соціальні особливості пацієнтів з афективними розладами ППЕ.

2. Вивчити структуру афективних розладів у пацієнтів з ППЕ.
3. Дослідити клінічну динаміку афективних розладів відповідно до перебігу ППЕ (у продромі, на стадії психозу та ремісії).
4. Дослідити рівень суїцидального ризику у пацієнтів з афективними розладами при ППЕ.
5. Визначити критерії та розробити алгоритм ранньої діагностики афективних розладів у пацієнтів з ППЕ.
6. Розробити програму терапії афективних розладів у пацієнтів з ППЕ та оцінити її ефективність.

Об'єкт дослідження – афективні розлади при ППЕ.

Предмет дослідження – структурно-динамічні особливості АР при ППЕ, патопсихологічні та клініко-соціальні особливості, суїцидальний ризик пацієнтів з АР при ППЕ.

Методи дослідження. В дисертаційній роботі були використані інформаційно-аналітичний, клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний, соціально-демографічний і клініко-статистичний методи.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше детально вивчені основні клініко-психопатологічні прояви АР ППЕ при гострих полімофних, шизофреноподібних та шизоафективних психотичних розладах на основі інформаційно-аналітичного, клініко-психопатологічного, психометричного, психодіагностичного, соціально-демографічного і клініко-статистичний методів а також клініко-анамнестичного і катамнестичного обстежень.

Вперше описано клінічну динаміку АР ППЕ в продромі, маніфестації і ремісії гострого психозу у пацієнтів з гострими поліморфними, шизофреноподібними та шизоафективними психотичними розладами.

Встановлено рівень суїцидального ризику хворих з АР при ППЕ в межах гострих психотичних розладів.

Визначено патопсихологічні і клініко-соціальні особливості пацієнтів (тип ставлення до хвороби, патопсихологічні особливості, особливості їх соціального функціонування та соціальної адаптації) з АР при ППЕ в структурі гострих полімофних, шизофреноподібних та шизоафективних розладів.

Науково обґрунтовано принципи диференційованої системи терапії АР ППЕ у хворих з гострими поліморфними, шизофреноподібними та шизоафективними розладами.

Практичне значення отриманих результатів. За результатами проведеного дослідження виділено критерії та розроблено алгоритм ранньої діагностики АР в період маніфестації ППЕ у хворих з гострими поліморфними, шизофреноподібними та шизоафективними психотичними розладами.

Виділено основні патопсихологічні та клініко-соціальні чинники формування АР ППЕ у хворих з гострими психотичними розладами шизофренічного кола.

Розроблено комплексну програму терапії АР ППЕ у хворих з гострими поліморфними, шизофреноподібними та шизоафективними психотичними розладами, яка складається з методів фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти. Поєднання цих засобів терапії дозволяє впливати як на чинники формування АР ППЕ, так і на фактори, що протистоять рецидиву цієї психічної патології.

Вперше на основі клініко-психопатологічних та клініко-патофизиологічних (частота рецидивів, тривалість ремісії, рівень комплайенса хворих і т.д.) оцінок ефективності проведено порівняльний аналіз розробленого в дослідженні і традиційного підходу до терапії АР у пацієнтів з ППЕ, який свідчив на користь розробленої системи.

Результати проведеного комплексного дослідження впроваджено в практичну роботу амбулаторних і стаціонарних психіатричних установ України, а саме: ТМО «Психіатрія» в місті Києві (акт від 17.10.2017 р.); КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької міської ради (акт від 23.10.2017 р.); Миколаївської обласної психіатричної лікарні № 2 (акт від 30.09.2017 р.); КЗОЗ Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. Отримані в результаті дослідження було впроваджено в програму підготовки студентів, лікарів-інтернів, магістрів та аспірантів на базі кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця та на базі кафедри психіатрії, психотерапії (акт від 19.10.2017 р.) та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (18.10.2017 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертантом самостійно заплановано і проведено дослідження, результати якого представлені в роботі.

Автором самостійно виконано інформаційно-патентний пошук, здійснено організацію наукової роботи і планування дисертації, аналітичний огляд літератури, проведено клініко-психопатологічне, психометричне і психодіагностичне обстеження 147 хворих з афективними розладами в структурі ППЕ з подальшою статистичною обробкою отриманих даних, а також системний науковий аналіз та інтерпретацію результатів дослідження.

Особисто дисертантом проведено впровадження в практику розробленої комплексної програми диференційованої терапії АР ППЕ у хворих з гострими поліморфними, шизофреноподібними та шизоафективними психотичними розладами та оцінено її ефективність в порівнянні з традиційними терапевтичними підходами до лікування таких хворих.

Апробація результатів дисертації. Результати дослідження та основні положення роботи висвітлено у доповідях на національному, регіональному та галузевому рівнях, зокрема на конгресах і науково-практичних конференціях: V Науково-практичній міжрегіональній конференції «Інтегративні підходи у діагностиці та лікуванні психічних та психосоматичних розладів» (м. Вінниця, 4 березня 2013 р.); Науково-практичних конференціях з міжнародною участю «Сучасні проблеми коморбідних розладів у психіатрії» (м. Харків, 23–24 травня 2013 р.); «Персоніфікована терапія психічних розладів: проблеми та рішення» (м. Харків, 24–25 квітня 2014 р.); «Сучасні підходи до діагностики, терапії і реабілітації посттравматичних стресових розладів» (м. Харків, 28–29 травня 2015 р.); Науковому симпозиумі з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід у наданні неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні» (м. Одеса, 9–10 жовтня 2014 р.); Науковому симпозиумі з міжнародною участю «Мозок і стрес» (м. Дніпропетровськ, 1–2 жовтня 2015 р.); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоціальна реабілітація у психіатрії» (м. Харків, 19–20 жовтня 2016 р.); Науково-практичній конференції з міжнародною

участю «Когнітивні порушення при неврологічних, психічних і наркологічних захворюваннях» (м. Ужгород, 6–7 жовтня 2016 р.); V-му Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України з міжнародною участю «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики» (м. Харків, 16–17 березня 2017 р.).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 12 наукових праць (з них 8 в моноавторстві), з яких 9 статей у фахових виданнях МОН України (з них 4 статті у фахових виданнях, що цитуються у міжнародних науково-метричних базах) та 3 тези.

Структура й обсяг дисертації. Основний текст дисертації викладено на 320 сторінках машинописного тексту. Робота складається зі вступу, аналітичного огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, 4 розділи власних досліджень, висновків. Дисертацію ілюстровано 57 таблицями та 11 рисунками. Окремо в додатках представлено 6 сканкопій (акти впровадження). Список використаних джерел містить 364 посилання, в тому числі 244 – кирилицею, 120 – латиницею.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Дизайн дисертаційного дослідження передбачав скринінг та три етапи порівняльного дослідження (рис. 1).



Рис. 1 Дизайн дисертаційного дослідження

На етапі скринінгу за критеріями включення/виключення було обстежено в форматі реального часу і ретроспективно 147 пацієнтів з АР в структурі ППЕ: 34 пацієнта з діагнозом гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії (F23.0) (ГППРбСШ); 37 хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F23.1) (ГППРзСШ); 40 пацієнтів з гострим шизофреноподібним психотичним розладом (F23.2) (ГШПР); 36 хворих на гостре шизоафективне порушення (змішаний тип) (F25.2) (ГШПЗТ).

На *першому етапі* було вивчено основні клініко-психопатологічних прояви АР ППЕ, їх динаміка (на стадії психозу, в продромі та ремісії) та рівень суїцидального ризику у хворих з гострими полімофними, шизофреноподібними та шизоафективними психотичними розладами.

На *другому етапі* дослідження було визначено критерії та розроблено алгоритм ранньої діагностики афективних розладів у пацієнтів з ППЕ.

На *третьому етапі* було розроблено програму терапії афективних розладів у пацієнтів з ППЕ, проведено її апробацію та оцінку ефективності.

Для вирішення поставлених завдань в роботі був використаний комплекс наступних методів: інформаційно-аналітичний, клініко-психопатологічний з використанням індивідуальної карти обстеження пацієнта з ППЕ, психометричний (шкала оцінки позитивної і негативної симптоматики PANSS (Мосолов С. Н., 2001); Калгарійська шкала депресії при шизофренії (CDSS) (Addington D., Addington J., 1993); шкала продромальних симптомів SOPS (McGlashan, T., 2010); шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (Юрьєва, Л.Н., 2006); шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Краснов, В. Н., 2008); шкала суїцидального ризику Лос-Анджелеського суїцидологічного центру (Нечипоренко В. В., 2007); шкала глобального функціонування (GAF) (Лутова Н. Б., 2006), психодіагностичний (особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (Кабанов, М. М., 1983); методи діагностики соціально-психологічної адаптації (Райгородский Д. Я., 2002); характерологічний опитувальник К. Леонгарда – Г. Шмішека (Овчинников Б. В., 2010)), соціально-демографічний і клініко-статистичний, клініко-анамнестичний, катанестичний і статистичний (методи статистичної обробки отриманих даних з визначенням середніх величин (M), помилки середньої величини (m), середнього квадратичного відхилення (σ), показника відмінності (p), коефіцієнту кореляції (r), оцінки відмінності відносних величин (t) з використанням таблиць Ст'юдента-Фішера).

За результатами досліджень встановлено, що АР у структурі ППЕ при ГППРБСШ переважали у осіб чоловічої статі (в 61,8 % випадків, при $p < 0,05$), у віці $25,8 \pm 4,2$ років (при $p < 0,05$), з середньо-спеціальною освітою (в 50,0 % випадків, при $p < 0,05$), розумовим характером праці (в 64,7 % випадків, при $p < 0,05$), які виховувалися в неповній сім'ї (в 64,7 % випадків, при $p < 0,01$), перебували в шлюбі (в 67,6 % випадків, при $p < 0,01$) з незадовільними сімейними відносинами (в 60,9 % випадків, при $p < 0,05$) і поганими матеріально-побутовими умовами життя (в 47,1 % випадків, при $p < 0,05$).

АР у структурі ППЕ при ГППРЗСШ частіше реєструвалися у осіб жіночої статі (в 70,3 % випадків, при $p < 0,01$), у віці $28,1 \pm 5,4$ року (при $p < 0,05$), з розумовим характером праці (в 70,3 % випадків, при $p < 0,05$), які виховувалися в повній сім'ї (в 78,4 % випадків, при $p < 0,01$), не перебували в шлюбі (в 64,9 % випадків, при $p < 0,01$), мешкали у задовільних матеріально-побутових умовах (в 54,0 % випадків, при $p < 0,05$).

АР у структурі ППЕ при ГШПР переважали у осіб чоловічої статі (в 60,0 % випадків, при $p < 0,05$), у віці $26,6 \pm 4,4$ років (при $p < 0,05$), з вищою (незакінченою вищою) освітою (в 55,0 % випадків, при $p < 0,05$), з розумовим характером праці (в 67,5 % випадків, при $p < 0,05$), які виховувалися в повній сім'ї (в 75,0 % випадків,

при $p < 0,01$), перебували в шлюбі (в 72,5 % випадків, при $p < 0,01$), мешкали у задовільних матеріально-побутових умовах (в 52,5 % випадків, при $p < 0,05$).

АР у структурі ППЕ при ГШПЗТ частіше реєструвалися у осіб чоловічої статі (в 63,9 % випадків, при $p < 0,05$), у віці $39,7 \pm 6,1$ років (при $p < 0,05$), із середньою освітою (в 41,7 % випадків, при $p < 0,05$), з фізичним характером праці (в 61,1 % випадків, при $p < 0,05$), які виховувалися в повній сім'ї (в 77,8 % випадків, при $p < 0,01$), перебували в шлюбі (в 72,2 % випадків, при $p < 0,01$) з незадовільними сімейними відносинами (в 57,7 % випадків, при $p < 0,05$), мешкали у задовільних матеріально-побутових умовах (в 55,6 % випадків, при $p < 0,05$).

Вивчення клініко-психопатологічних проявів АР при ППЕ і суїцидального ризику на стадії психозу показало, що у хворих з ГППРБСШ домінувала експансивна манія (в 20,6 % випадків, при $p < 0,05$) та малий депресивний епізод сомато-вегетативної депресії (в 29,4 % випадків, при $p < 0,01$) з наявністю в клініці АР: ідей самовихваляння і самовпевненості (в 17,6 % випадків, при $p < 0,05$); божевільних ідей (в 55,9 % випадків, при $p < 0,01$); галюцінаторної поведінки (в 52,9 % випадків, при $p < 0,05$); шлунково-кишкових еквівалентів депресії (в 20,6 % випадків, при $p < 0,05$); симпато-адреналових і ваго-інсулярних вегетативно-вісцеральних кризів (в 26,5 % випадків, при $p < 0,05$) та суїцидального ризику легкого ступеня ($101,9 \pm 20,4$ балів, при $p < 0,05$).

У хворих на ГППРЗСШ афективні розлади в період ППЕ проявлялися великим депресивним епізодом тривожної і анестетичної депресії (в 32,4 % випадків та 18,9 % випадків, при $p < 0,05$ відповідно) з наявністю в клініці АР: божевільних ідей (в 64,9 % випадків, при $p < 0,05$); деперсоналізації і дереалізації ($3,3 \pm 0,5$ балів, при $p < 0,01$); психічної тривоги (в 16,2 % випадків, при $p < 0,01$); напруги (в 24,3 % випадків, при $p < 0,05$); ажитації (в 37,8 % випадків, при $p < 0,01$); респіраторних симптомів (в 21,6 % випадків, при $p < 0,01$); ригідності мислення (в 45,9 % випадків, при $p < 0,05$) та суїцидального ризику середньо-високого ступеня ($411,2 \pm 74,9$ балів, при $p < 0,05$).

У пацієнтів з ГШПР до АР в період ППЕ належав великий депресивний епізод дисфоричної та сенесто-іпохондричної депресії (в 37,5 % та 22,5 % випадків, при $p < 0,01$ відповідно) з наявністю в клініці АР: емоційної відчуженості (в 37,5 % випадків, при $p < 0,01$); ворожості (в 30,0 % випадків, при $p < 0,01$); іпохондричних еквівалентів депресії (в 22,5 % випадків, при $p < 0,01$); загальносоматичних і генітальних симптомів (в 22,5 % випадків, при $p < 0,05$); психосенсорних розладів (у 12,5 % випадків, при $p < 0,01$); порушень чутливості (в 17,5 % випадків, при $p < 0,01$); рудиментарних рухових розладів (у 67,5 % випадків, при $p < 0,05$) та суїцидального ризику легкого ступеня ($98,8 \pm 24,5$ балів, при $p < 0,05$).

АР в період ППЕ у хворих на ГШПЗТ проявлялися через гнівливу манію і великий депресивний епізод тужливо-адинамічної депресії (в 22,2 % випадків та 30,6 % випадків, при $p < 0,01$ відповідно) з наступними проявами: божевільні ідеї (в 36,1 % випадків, при $p < 0,05$); ідеї величі (в 17,7 % випадків, при $p < 0,01$); прискорення процесів мислення (в 33,3 % випадків, при $p < 0,05$); почуття провини (в 22,2 % випадків, при $p < 0,01$); моторна загальмованість (в 16,7 % випадків, при $p < 0,05$); зниження комунікабельності (в 16,7 % випадків, при $p < 0,05$); закріпи (у 41,7 % випадків, при $p < 0,05$); порушення зорової і короткочасної пам'яті

(у 63,9 % випадків, при $p < 0,01$) та суїцидальний ризик середньо-високого ступеня ($396,7 \pm 68,5$ балів, при $p < 0,05$).

В результаті аналізу клініко-психопатологічних проявів АР при ППЕ в стадії продрому було виявлено, що при ГППРБСШ в клініці продромального періоду спостерігалися: проблеми з фокусуванням уваги (в 26,5 % випадків, при $p < 0,05$); розлади сну (в 26,5 % випадків, при $p < 0,05$); зниження толерантності до стресу (в 23,5 % випадків, при $p < 0,01$); афективно-екзальтована та емотивна форми емоційного реагування з тенденцією до акцентуації (в 23,5 % та 17,6 % випадків, при $p < 0,05$ відповідно).

У групі хворих з АР у структурі ППЕ при ГППРЗСШ в клініці продромального періоду були зафіксовані: незвичайний зміст мислення (в 18,9 % випадків, при $p < 0,01$); соціальна ізоляція (в 21,6 % випадків, при $p < 0,05$); дезактуалізація емоційних переживань (в 18,9 % випадків, при $p < 0,01$); зниження толерантності до стресу (в 24,3 % випадків, при $p < 0,05$); акцентуація афективно-ригидної форми емоційного реагування (в 27,0 % випадків, при $p < 0,01$).

До АР у структурі ППЕ у пацієнтів з ГШПР в клініці продромального періоду належали: незвичайний зміст мислення (в 20,0 % випадків, при $p < 0,05$); підозрілість (в 20,0 % випадків, при $p < 0,01$); концептуальна дезорганізація (в 17,5 % випадків, при $p < 0,01$); соціальна ізоляція (в 20,0 % випадків, при $p < 0,05$); зниження емоційності (в 20,0 % випадків, при $p < 0,05$); дисфоричний настрій (в 22,5 % випадків, при $p < 0,01$); акцентуація тривожної і збудливої форми афективного реагування (в 20,0 % та 22,5 % випадків, при $p < 0,05$ відповідно).

В клініці продромального періоду у групі хворих з АР у структурі ППЕ при ГШПЗТ реєструвалися: концептуальна дезорганізація (в 38,9 % випадків, при $p < 0,05$); погіршення рольового функціонування (в 30,6 % випадків, при $p < 0,05$); розлади сну (в 36,1 % випадків, при $p < 0,05$); дисфоричний настрій (в 22,2 % випадків, при $p < 0,01$); акцентуація циклотимічної форми афективного реагування (в 25,0 % випадків, при $p < 0,05$).

Згідно клінічного аналізу у пацієнтів з АР при ГППРБСШ, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання спостерігалися: соматична тривога ($1,1 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$); вегетативні симптоми ($1,3 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$); проблеми з фокусуванням і увагою (в 23,5 % випадків, при $p < 0,01$); зниження толерантності до звичайного стресу (в 20,6 % випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР при ГППРЗСШ, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання вірогідно частіше зустрічалися тривожний субдепресивний розлад (в 10,8 % випадків, при $p < 0,01$), безсоння (в 21,6 % випадків, при $p < 0,05$), тривожність ($1,3 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,05$), напруга ($1,0 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$), тривожна поведінка ($1,1 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$), погіршення рольового функціонування (в 16,2 % випадків, при $p < 0,01$), маячне мислення (в 18,9 % випадків, при $p < 0,01$).

При ГШПР, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання реєструвалися: відсутність критики до хвороби ($1,2 \pm 0,1$ бали, при $p < 0,05$), ідеї і відчуття звинувачення ($1,0 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$), підозрілість (в 20,0 % випадків, при $p < 0,01$), збідніння мислення (в 15,0 % випадків, при $p < 0,01$), дисфоричний настрій (в 15,0 % випадків, при $p < 0,05$).

У хворих на ГШПЗТ, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання були представлені: тужливо-адинамічний субдепресивний розлад з почуттям провини (в 8,3 % випадків, при $p<0,05$), добові коливання настрою ($1,3\pm0,2$ бала, при $p<0,05$), концептуальна дезорганізація мислення (в 16,7 % випадків, при $p<0,01$), соціальна неухважність (в 13,9 % випадків, при $p<0,01$), зниження толерантності до звичайного стресу (в 19,4 % випадків, при $p<0,01$).

Згідно з отриманими даними, дослідження основних патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей пацієнтів з АР у структурі ППЕ у хворих на ГППР6СШ переважав ейфорійний тип ВКХ (необґрунтовано підвищений настрій, зниження критики до хвороби, зневажливе і легковажне ставлення до хвороби і лікування, часті порушення режиму лікування, самостійне скасування лікування і зміна схеми прийому ліків) (в 20,6 % випадках, при $p<0,05$) з помірно-вираженим ($49,8\pm8,8$ балів, при $p<0,05$) рівнем порушень глобального соціального функціонування (від помірних труднощів до серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах) і соціально-психологічною дезадаптацією з прийняттям себе (позитивна самооцінка, задоволеність своїми особистісними особливостями, поведінкою, мотивами, настановами та іншими характеристиками особистісного поведінки, когнітивного і емоційного реагування) (в 26,5 % випадків, при $p<0,05$), з високим рівнем ескапізму (уникнення пацієнтом проблемних ситуацій, відхід від їх вирішення) (в 67,6 % випадків, при $p<0,05$).

У хворих з АР у структурі ППЕ при ГППР3СШ переважав тривожний (тривожність, пригніченість, неспокій, надмірна недовірливість, страх можливих ускладнень хвороби, сумніви в ефективності лікування, пошук нових засобів і методів «безпечного лікування», додаткової інформації про можливі ускладнення лікування) і сенситивний тип ВКХ (заклопотаність про несприятливе враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про психічну хворобу, величезні побоювання, що через хворобу навколишні стануть уникати хворого, вважати його неповноцінним, зневажливо до нього ставитися) в 27,0 % та 32,4 % випадках відповідно (при $p<0,05$), низький рівень глобального соціального функціонування ($25,2\pm4,3$ балів, при $p<0,05$), який, в значній мірі, визначається психічним розладом зі значними труднощами в спілкуванні, критиці, з нездатністю функціонувати в більшості сфер життєдіяльності та соціально-психологічною дезадаптацією з вираженою залежністю від інших в 62,2 % випадків (при $p<0,05$).

Пацієнти з АР у структурі ППЕ при ГШПР мали переважно анозогнозічний (відсутність критики відносно психічного захворювання, заперечення його наслідків, приписування хвороби випадковим обставинам, відмова від обстеження і лікування) і паранойяльний тип ВКХ (впевненість, що хвороба – результат чийогось злого наміру, надмірна підозрілість щодо лікування, недовіра медичному персоналу, переконаність, що лікарі прагнуть нашкодити пацієнту, приписування можливих ускладнень лікування наміру медперсоналу, відмова від обстеження і лікування) в 35,0 % та 32,5 % випадках (при $p<0,01$), помірно-виражений рівень порушень глобального соціального функціонування ($52,3\pm6,1$ бала, при $p<0,05$), соціально-психологічну дезадаптацію з вираженим неприйняттям інших (конфлікт з іншими людьми, негативне ставлення до них, низький рівень потреби пацієнта в спілкуванні і взаємодії з іншими, низька потреба в спільній діяльності) в 52,5 % випадків (при $p<0,01$).

У хворих на ГШПЗТ з АР у структурі ППЕ переважали меланхолійний (пригніченість хворобою, невіра в одужання або в поліпшення психічного стану, навіть при сприятливих об'єктивних даних) і апатичний тип ВКХ (повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, лікування, пасивне підпорядкування призначеним процедурам і лікуванню, втрачений інтерес до всього, що раніше хвилювало) в 33,3 % та 19,4 % випадках відповідно (при $p < 0,05$), зниження глобального соціального функціонування ($35,2 \pm 4,1$ балів, при $p < 0,05$), погіршення оцінки реальності, труднощі в спілкуванні (мова часом незрозуміла, нелогічна або не відноситься до справи), соціально-психологічна дезадаптація з вираженим внутрішнім контролем в 58,3 % випадків (при $p < 0,05$), низький рівень ескапізму (прагнення вирішити проблемні ситуації, братися за вирішення важких завдань, не йти від відповідальності за вирішення проблемних завдань) в 25,0 % випадків (при $p < 0,05$).

На підставі проведеного дослідження визначені основні диференційно-діагностичні критерії діагностики АР у структурі ППЕ у пацієнтів з ГППРБСШ (табл.1):

- на етапі продрому: проблеми з фокусуванням і увагою легкого ступеню, розлади сну і зниження толерантності до стресу помірного ступеню, афективно-екзальтована й емотивна форми емоційного реагування з тенденцією до акцентуації;

- на етапі ППЕ: експансивна манія і малий депресивний епізод сомато-вегетативної депресії з наявністю в клініці АР ідей самовихваляння і самовпевненості, маячних ідей, галюцинаторної поведінки, соматичної тривоги, шлунково-кишкових еквівалентів депресії, вегетато-вісцеральних кризів, безсоння, суїцидального ризику легкого ступеню;

- патопсихологічні та клініко-соціальні особливості: ейфорійний тип ВКХ, помірно-виражений рівень порушень глобального соціального функціонування, соціально-психологічна дезадаптація з прийняттям себе і високий рівень ескапізму.

Таблиця 1

Основні диференційно-діагностичні критерії діагностики АР
у структурі ППЕ у пацієнтів з ГППРБСШ

Етапи	Основні диференційно-діагностичні критерії АР
Продром	проблеми з фокусуванням і увагою легкого ступеню, розлади сну, зниження толерантності до стресу помірного ступеню, афективно-екзальтована й емотивна форми емоційного реагування з тенденцією до акцентуації
ППЕ	експансивна манія і малий депресивний епізод сомато-вегетативної депресії з ідеями власної величі, соматична тривога, шлунково-кишкових еквіваленти депресії, безсоння, суїцидальний ризик легкого ступеню
Ремісія	соматична тривога, вегетативні симптоми, проблеми з фокусуванням і увагою, зниження толерантності до звичайного стресу, ейфорійний тип ВКХ

В якості основних диференційно-діагностичних критеріїв ранньої діагностики АР у хворих на ГППРЗСШ були виділені:

– на етапі продрому: незвичайний зміст мислення, соціальна ізоляція, зниження переживань емоцій і самого себе, зниження толерантності до стресу, акцентуація афективно-ригідної форми емоційного реагування;

– на етапі ППЕ: великі депресивні епізоди тривожної і астеничної депресії з наявністю в клініці АР маячних ідей, деперсоналізації і дереалізації, психічної тривоги, тривожної поведінки і напруги, ажитації, безнадійності, респіраторних симптомів, ригідності мислення з суїцидальним ризиком середньо-високого ступеню;

– патопсихологічні та клініко-соціальні критерії: тривожний і сенситивний типи ВКХ, значні труднощі в спілкуванні і критиці з низькою здатністю функціонувати в більшості сфер життєдіяльності і соціально-психологічною дезадаптацією.

Основні диференційно-діагностичні критерії ранньої діагностики АР у хворих на ГППРЗСШ представлені у таблиці 2.

Таблиця 2

Основні диференційно-діагностичні критерії ранньої діагностики АР у хворих на ГППРЗСШ

Етапи	Основні диференційно-діагностичні критерії АР
Продром	соціальна ізоляція, зниження переживань емоцій і самого себе, зниження толерантності до стресу, акцентуація афективно-ригідної форми емоційного реагування
ППЕ	великі депресивні епізоди тривожної і астеничної депресії деперсоналізація і дереалізація, психічна тривога, тривожна поведінка і напруга, ажитація, безнадійність, респіраторні симптоми, суїцидальний ризик середньо-високого ступеню
Ремісія	тривожний субдепресивний розлад, безсоння, тривожність, напруга, тривожна поведінка, погіршення рольового функціонування, тривожний і сенситивний типи ВКХ

Диференційно-діагностичні критерії діагностики АР у структурі ППЕ у пацієнтів з ГШПР характеризувалися наявністю таких ознак:

– на етапі продрому: незвичайний зміст мислення, підозрілість, концептуальна дезорганізація, соціальна ізоляція або усамітнення, емоційне зниження і дисфоричний настрій, акцентуація тривожної і збудливої форми афективного реагування;

– на етапі ППЕ: малі – великі депресивні епізоди дисфоричної і сенесто-іпохондричної депресії з наявністю в клініці АР підозрілості, емоційної відчуженості, ворожості, іпохондричних еквівалентів депресії, іпохондричних страхів,

загальносоматичних та генітальних симптомів, психосенсорних розладів і порушень чутливості, рудиментарних рухових розладів з суїцидальним ризиком легкого ступеню;

– патопсихологічні та клініко-соціальні критерії: анозогностичний і паранойяльний типи ВКХ, помірно-важкий рівень порушень глобального соціального функціонування, соціально-психологічна дезадаптація з вираженим неприйняттям інших.

Диференційно-діагностичні критерії діагностики АР у структурі ППЕ у пацієнтів з ГШПР представлені у таблиці 3.

Таблиця 3

Основні диференційно-діагностичні критерії діагностики АР
у структурі ППЕ у пацієнтів з ГШПР

Етапи	Основні диференційно-діагностичні критерії АР
Продром	соціальна ізоляція або усамітнення, емоційне зниження і дисфоричний настрій, підозрілість, акцентуація тривожної і збудливої форми афективного реагування
ППЕ	великі депресивні епізоди дисфоричної і сенесто-іпохондричної депресії з наявністю в клініці АР підозрілості, емоційної відчуженості, ворожості, іпохондричних еквівалентів депресії, іпохондричних страхів, загальносоматичних та генітальних симптомів, психосенсорних розладів і порушень чутливості, рудиментарних рухових розладів з суїцидальним ризиком легкого ступеню
Ремісія	відсутність критики до хвороби, ідеї і відчуття звинувачення, підозрілість, збіднення мислення, дисфоричний настрій, анозогностичний і паранойяльний типи ВКХ

З основних диференційно-діагностичних критеріїв діагностики АР у структурі ППЕ у хворих на ГШПЗТ були виділені:

– на етапі продрому: концептуальна дезорганізація, погіршення рольового функціонування, розлади сну, дисфоричний настрій, акцентуація циклотимічної форми афективного реагування;

– на етапі ППЕ: гнівлива манія і великий депресивний епізод тужливо-адинамічної депресії з наявністю в клініці АР маячних ідей, ідей величі, прискорення процесів мислення, почуття провини, моторної загальмованості, зниження працездатності і активності, низької комунікабельності, втрати маси тіла, порушення зорової і короткочасної пам'яті з суїцидальним ризиком середньо-високого ступеню;

– патопсихологічні та клініко-соціальні критерії: меланхолійний і апатичний типи ВКХ, зниження глобального соціального функціонування, соціально-психологічна дезадаптація з вираженим внутрішнім контролем і низьким рівнем ескапізму.

Виділені критерії АР у структурі ППЕ у хворих на ГШПЗТ представлені в таблиці 4.

Таблиця 4

Основні диференційно-діагностичні критерії діагностики АР у структурі ППЕ у хворих на ГШПЗТ

Етапи	Основні диференційно-діагностичні критерії АР
Продром	концептуальна дезорганізація, погіршення рольового функціонування, розлади сну, дисфоричний настрій, акцентуація циклотимічної форми афективного реагування
ППЕ	гнівлива манія і великий депресивний епізод тужливо-адинамічної депресії, ідей величі, прискорення процесів мислення, почуття провини, моторна загальмованість, зниження працездатності і активності, низька комунікабельність, втрата маси тіла, порушення зорової і короткочасної пам'яті, суїцидальний ризик середньо-високого ступеню
Ремісія	тужливо-адинамічний субдепресивний розлад з почуттям провини, добові коливання настрою, концептуальна дезорганізація мислення, соціальна неухважність, зниження толерантності до звичайного стресу, меланхолійний і апатичний типи ВКХ

Розроблена програма терапії АР у структурі ППЕ складається з:

1. Біологічної терапії, яка включає використання атипичних антипсихотиків (рисперидон, кветіапін, оланзапін, арипіпразол, паліперидон); антидепресантів (амітріптілін, кломіпрамін, міансерін, міртазапін, пароксетин, сертралін, есциталопрам, флувоксамін); стабілізаторів настрою (вальпроєва кислота, ламотриджин, препарати літію); небензодіазепінових гіпнотиків (зопіклон, залеплон); бенздіазепінової групи (діазепам), препаратів загальнозміцнюючої дії (вітаміни групи В, РР, С, мультивітамінні комплекси).

2. Психотерапії: кризова, комплайнс-терапія, сімейна психотерапія, груповий тренінг контролю афективних реакцій і поведінки довіри, арттерапія.

3. Методів та засобів соціального втручання: соціально-медичні, соціально-середовищні і соціально-побутові форми роботи з пацієнтом.

Поєднання представлених засобів терапії та соціально-психологічного втручання дозволяє впливати як на чинники формування АР у структурі ППЕ, так і на фактори, що протистоять рецидиву цієї психічної патології.

В апробації розробленої програми терапії АР у структурі ППЕ брало участь 76 хворих (18 пацієнтів з ГППРБСШ, 20 – з ГППРЗСШ, 19 – з ГШПР, 19 – ГШПЗТ). Контрольна група складалася з 63 хворих (14 пацієнтів з ГППРБСШ, 16 – з ГППРЗСШ, 17 – з ГШПР, 16 – з ГШПЗТ). Хворі основної групи пройшли курс терапії за розробленою програмою, контрольна група отримувала традиційне лікування АР у структурі ППЕ.

Результати апробації показали перевагу розробленої в дисертації програми терапії АР у структурі ППЕ. Так, у 77,6 % хворих основної групи відзначалася стійка ремісія, в контрольній групі – у 58,7 % хворих (при $p<0,05$). У 11,1 % пацієнтів контрольної групи відбулося погіршення психічного стану, в основній групі – у 5,3 % (при $p<0,01$).

В контрольній групі у 15,9 % пацієнтів спостерігалася суїцидальна поведінка, в основній групі – тільки у 6,6 % (при $p<0,01$). Рівень суїцидального ризику хворих з суїцидальними тенденціями в основній групі складав $76,4\pm22,5$ балів, в контрольній групі – $169,0\pm34,6$ балів (при $p<0,01$).

Високий рівень медикаментозного комплайєнсу діагностувався у 73,7 % хворих основної групи і у 6,6 % – низький (при $p<0,05$). В контрольній групі ці показники складали 55,6 % та 20,6 % відповідно (при $p<0,05$).

В основній групі більшість пацієнтів мали гармонійний тип ВКХ (в 43,4 % випадків, при $p<0,05$), значно менше – тривожний, меланхолійний і анозогнозичний (в 7,9 %, 14,5 % та 13,2 % випадків відповідно, при $p<0,05$). У контрольній групі гармонійний тип ВКХ відзначався лише у 23,8 % хворих, а тривожний, меланхолійний і анозогнозичний – у 19,0 %, 28,6 % і 26,9 % відповідно.

У хворих основної групи прояви тривожних, афективно-ригідних і збудливих характерологічних особливостей були низькими ($14,2\pm2,3$; $12,1\pm2,2$; $14,1\pm1,1$ балів відповідно, при $p<0,05$), в той час, коли в контрольній групі вони сягали рівня акцентуації ($21,1\pm2,1$; $20,4\pm2,6$ і $19,9\pm2,7$ балів відповідно, при $p<0,05$).

В основній групі після лікування виявлено меншу кількість хворих, які перебували у стані соціально-психологічної дезадаптації (в 22,4 % випадків, при $p<0,01$) з неприйняттям інших (в 18,4 % випадків, при $p<0,01$) і ескапізмом (в 19,7 % випадків, при $p<0,05$). В контрольній групі 52,4 % пацієнтів перебували в стані соціально-психологічної дезадаптації, у 38,1 % хворих відзначалося неприйняття інших і уникнення проблем.

Результати порівняльного дослідження представлені у таблиці 5.

Таблиця 5

Узагальнені результати апробації програми терапії АР в структурі ППЕ

Показники	Основна група	Контрольна група
1. Психічний стан		
Стійка ремісія	77,6 %	58,7 %
Погіршення стану	5,3 %	11,1 %
2. Суїцидальні тенденції		
Суїцидальна поведінка	6,6 %	15,9 %
Суїцидальний ризик	76,4 бала	169,0 бала
3. Медикамен. комплайєнс		
Високий рівень	73,7 %	55,6 %
Низький рівень	6,6 %	20,6 %
4. Тип ВКХ		
Гармонійний	43,4 %	23,8 %
Тривожний	7,9 %	19,0 %
Меланхолійний	14,5 %	28,6 %
Анозогнозичний	13,2 %	26,9 %

Показники	Основна група	Контрольна група
5. Характерні особливості		
Тривожні	14,2 бала	21,1 бала
Афективно-ригідні	12,1 бала	20,4 бала
Збудливі	14,1 бала	19,9 бала
6. Соціальний статус		
Соц-психологічна дезадаптація	22,4 %	52,4 %
Неприйняття інших	18,4 %	38,1 %
Ескапізм	19,7 %	38,1 %

Таким чином, розроблена система терапії хворих з АР у структурі ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШПЗТ сприяє купіруванню гострих психотичних і афективних розладів, аутоагресивної поведінки, досягненню стійкої ремісії, відновленню соціального функціонування і якості життя та характеризується переважною ефективністю в порівнянні з традиційним лікуванням.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі на основі проведеного комплексного дослідження представлено теоретичне узагальнення і нове рішення наукового завдання, яке включає аналіз клініко-психопатологічних проявів АР у структурі ППЕ на різних етапах перебігу психозу (в продромі, маніфестації і ремісії), вивчення рівня суїцидального ризику та соціальних особливостей таких пацієнтів. Це дозволило виділити основні диференційно-діагностичні критерії АР у структурі ППЕ, розробити і впровадити в психіатричну практику алгоритм ранньої діагностики та програму терапії цієї патології.

2. Встановлено, що серед хворих на ГППРбСШ АР переважали у чоловіків у середньому віці 25,8 років, з середньо-спеціальною освітою, які перебували у шлюбі з незадовільними сімейними відносинами та поганими матеріально-побутовими умовами життя.

У хворих на ГППРзСШ АР частіше спостерігалися у жінок середньому віці 28,1 років, які не перебували у шлюбі, мешкали в задовільних матеріально-побутових умовах.

При ГШПР АР виявлялися переважно у чоловіків, середній вік яких становив 26,6 років, з вищою (незакінченою вищою) освітою, що виховувалися в повній сім'ї, перебували у шлюбі, мешкали в задовільних матеріально-побутових умовах.

Серед хворих на ГШПЗТ АР переважали у чоловіків, у віці 39,7 років, з середньою освітою, що працювали в сфері фізичної праці, перебували у шлюбі з незадовільними сімейними відносинами та мешкали в задовільних матеріально-побутових умовах.

3. В структурі АР у хворих на ГППРбСШ в період ППЕ виявлялися експансивна манія і легкий депресивний епізод (сомато-вегетативного характеру) та суїцидальний ризик легкого ступеня.

У пацієнтів з ГППРЗСШ АР проявлялися через важкий депресивний епізод з переважанням тривожної та анестетичної депресії; суїцидальний ризик легкого ступеня.

У хворих на ГШПР структура АР в період ППЕ характеризувалася наявністю депресивного епізоду середнього ступеню важкості з дисфоричною та сенесто-іпохондричною депресією; суїцидальний ризик легкого ступеня.

Серед АР в період ППЕ у пацієнтів з ГШПЗТ спостерігалася гнівлива манія та депресивний епізод з депресією тужливо-адинамічного характеру; суїцидальний ризик середньо-високого ступеня.

4. Виявлено, що за інтенсивністю та складом продромальних симптомів АР при ППЕ у хворих на ГППРБСШ в клініці продромального періоду реєструвалися: афективно-екзальтована та емотивна форми емоційного реагування (23,5 %), які супроводжувались тенденцією до зниження фокусування і уваги (26,5 %), незначними розладами сну (26,5 %), помірним зниженням толерантності до стресу (23,5 %).

У групі хворих з АР у структурі ППЕ при ГППРЗСШ в клініці продромального періоду вірогідно частіше спостерігалися: афективно-ригідна форма емоційного реагування (27,0 %), незвичайний зміст мислення (18,9 %), відчуття самотності (21,6 %), дезактуалізація емоційних переживань (18,9 %), зниження толерантності до стресу легкого ступеня (24,3 %).

У пацієнтів з ГШПР серед АР у структурі ППЕ в клініці продромального періоду вірогідно переважали: тривожна та збудлива форми афективного реагування (22,5 %), незвичайний зміст думок (20,0 %), підозрілість (20,0 %), концептуальна дезорганізація (17,5 %), соціальна ізоляція та почуття самотності (20,0 %), емоційне зниження (20,0 %), дисфоричний настрій (22,5 %).

В клініці продромального періоду серед АР ППЕ у групі хворих на ГШПЗТ спостерігалися: циклотимічна форма афективного реагування (25,0 %), концептуальна дезорганізація (38,9 %), погіршення рольового функціонування (30,6 %), розлади сну (36,1 %), дисфоричний настрій (22,2 %).

5. Показано, що у хворих з АР при ГППРБСШ в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання переважали: помірно виражені вегетативні симптоми, незначна соматична тривога, проблеми з фокусуванням і увагою та зниження толерантності до стресу.

У хворих з АР при ГППРЗСШ, в період ремісії ППЕ в клініці захворювання спостерігалися: тривожний субдепресивний розлад, порушення сну, погіршення рольового функціонування, вигадливе мислення, а також тривожність, напруга і тривожна поведінка.

В період ремісії ППЕ у хворих з АР при ГШПР в клініці захворювання відзначалися: дисфоричний субдепресивний розлад, відсутність критики до хвороби, ідеї звинувачення, підозрілість, збіднення змісту мислення, дисфоричний настрій.

У пацієнтів з АР при ГШПЗТ в період ремісії ППЕ в клініці захворювання переважали: тужливо-адинамічний субдепресивний розлад з почуттям провини, добові коливання настрою, концептуальна дезорганізація мислення, соціальна неуважність, а також зниження толерантності до звичайного стресу.

6. В механізмах розвитку АР важлива роль належала патопсихологічним і клініко-соціальним особливостям пацієнтів з ППЕ, таким як ВКХ, рівень соціального функціонування, соціальна адаптованість.

У хворих на ГППРбСШ до таких факторів відносилися: ейфорійний тип ВКХ, помірно-тяжкий рівень порушень глобального соціального функціонування та соціально-психологічна дезадаптація (26,5 %) з високим показником есканізму.

У пацієнтів з АР ППЕ при ГППРзСШ переважали тривожний і сенситивний типи ВКХ, низький рівень глобального соціального функціонування, соціально-психологічна дезадаптація.

Для пацієнтів з АР ППЕ при ГШПР були характерними анозогнозичний та паранойяльний типи ВКХ, помірно-важкий рівень порушень глобального соціального функціонування і соціально-психологічна дезадаптація з вираженим неприйняттям інших.

У хворих з АР ППЕ при ГШПЗТ відзначалися меланхолійний і апатичний типи ВКХ, зниження рівня глобального соціального функціонування, соціально-психологічна дезадаптація з підвищеним внутрішнім контролем.

7. Результати проведеного аналізу патопсихологічних, патопсихологічних та клініко-соціальних особливостей АР ППЕ у хворих на ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШПЗТ дозволили виділити основні диференційно-діагностичні критерії і розробити алгоритм ранньої діагностики і терапії АР у пацієнтів з ППЕ, що базується на принципах індивідуально орієнтованого, диференційного та системно-орієнтованого підходів.

Розроблена програма сприяє підвищенню клінічної, соціально-психологічної та економічної ефективності надання психіатричної допомоги пацієнтам з ППЕ.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для підвищення ефективності діагностики пацієнтів з першим психотичним епізодом розроблено критерії ранньої діагностики АР в період маніфестації ППЕ у хворих з гострими поліморфними, шизофреноподібними та шизоафективними психотичними розладами.

2. Для забезпечення раннього втручання та встановлення групи ризику, виділено основні патопсихологічні та клініко-соціальні чинники формування АР ППЕ у хворих з гострими психотичними розладами шизофренічного кола.

3. Для профілактики рецидиву та підвищення ефективності лікування пацієнтів з гострими поліморфними, шизофреноподібними та шизоафективними психотичними розладами, розроблено комплексну програму терапії АР ППЕ, яка складається з методів фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Мишиев В.Д., Шейко М.В., Блажевич Ю.А. Переносимость, безопасность и эффективность лечения гибкими дозами арипипразола Арип МТ у пациентов с

шизофренією // Архів психіатрії. 2011. Т.17, № 4(67). С. 28–32. *Дисертантом проведено набір матеріалу, клінічне дослідження, аналіз та статистичну обробку отриманих результатів.*

2. Блажевич Ю.А. Динамика клинической картины при первых приступах первичного психотического эпизода // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2015. № 4(22). С. 59–64.

3. Мішиєв В.Д., Блажевич Ю.А. Методологічні підходи щодо виявлення структурно-динамічних особливостей афективних розладів у пацієнтів з першим психотичним епізодом та їх терапія // Український вісник психоневрології. 2015. Т.23, Вип. 3(84). С. 89–92. *Дисертантом обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження.*

4. Блажевич Ю.А. Структура депрессивных расстройств и их динамика у пациентов с первым психотическим эпизодом // Архів психіатрії. 2016. Т.22, № 1 (84). С. 87–90.

5. Блажевич Ю.А. Катамнез рецидивів психозів за даними відділень першого психотичного епізоду // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика, Вип. 25, 2016. С. 403–409.

6. Блажевич Ю.А. Клініко-психопатологічні особливості перших психотичних розладів на доманіфестному, маніфестному етапах та етапі розгорнутих клінічних проявів // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика, Вип. 26. 2016. С. 510–515.

7. Блажевич Ю.А. Первые психотические эпизоды: клиника, динамика, терапия // Архів психіатрії. 2016. Т.22, № 4 (87). С. 29–33.

8. Мишиєв В.Д., Блажевич Ю.А. Некоторые критерии клинического прогноза приступов первого психотического эпизода с преобладанием симптомов аффективного регистра // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2017. Том 8, №1. С. 57–63. *Дисертантом запропоновано гіпотезу дослідження, проведено клініко-психопатологічне дослідження, здійснено систематизацію та інтерпретацію результатів дослідження.*

9. Мишиєв В.Д., Блажевич Ю.А. Лечение биполярного аффективного расстройства в интерконтинентальном регионе: международное исследование пациентов с биполярным расстройством в реальных жизненных условиях (результаты украинских пациентов) // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2017. 8(2). С. 237–248. *Дисертант приймав участь у формуванні мети дослідження, самостійно провів статистичну обробку отриманих результатів.*

Праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації

10. Блажевич Ю.А. Ініціальний етап психозу (клініка, динаміка) на прикладі пацієнтів з першим психотичним епізодом // Архів психіатрії. 2016. Т.22, № 2 (85). С. 122–123.

11. Блажевич Ю.А. Частота рецидивов и динамика клинической представленности психозов после первого психотического эпизода по данным катamnестического исследования // Український вісник психоневрології. – 2017. Т.25, вип. 1 (90). С. 116.

12. Блажевич Ю. А. Нозологическая структура психозов по данным центра первого психотического эпизода // Тези доповідей, Міжнародний конгрес «Людина та ліки – Україна» (31 березня – 1 квітня 2016 р., м. Київ). Київ. 2016. С. 5.

АННОТАЦІЯ

Блажевич Ю. А. Афективні розлади у пацієнтів з першим психотичним епізодом (структурно-динамічні особливості, терапія). – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Український науково-дослідний інститут судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ 2017.

Дисертація присвячена вивченню структурно-динамічних особливостей афективних розладів (АР) у пацієнтів з першим психотичним епізодом (ППЕ) та оптимізації їх ранньої діагностики та терапії.

Основну групу дослідження склали 147 пацієнтів з АР в структурі ППЕ.

Встановлено, що в структурі АР у хворих на гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії в період ППЕ виявлялися експансивна манія (20,6 %) і легкий депресивний епізод ($12,9 \pm 3,3$ балів), переважанням депресивної симптоматики сомато-вегетативного характеру (29,4 %).

У пацієнтів з гострим поліморфним психотичним розладом з симптомами шизофренії АР в період ППЕ проявлялися через важкий депресивний епізод ($30,7 \pm 6,6$ балів) з переважанням тривожної (32,4 %) та анестетичної (18,9 %) депресії.

У хворих на гострий шизофреноподібний психотичний розлад структура АР в період ППЕ характеризувалася переважанням депресивного епізоду середнього ступеня важкості ($15,3 \pm 3,8$ балів), дисфоричної (37,5 %) та сенесто-іпохондричної депресії (22,5 %).

Серед АР в період ППЕ у пацієнтів з гострим шизоафективним порушенням (змішаний тип) переважали гнівлива манія (22,2 %), депресивний епізод ($28,1 \pm 5,8$ балів) та тужливо-адинамічна депресія (30,6 %).

Згідно з результатами проведеного дослідження до основних диференційно-діагностичних критеріїв ранньої діагностики АР у пацієнтів з ППЕ відносяться: статеві, вікові та загальносоціальні показники; анамнестичні дані; преморбідні особливості емоційного реагування; особливості клініки АР при ППЕ в продромі та на стадії психозу; клініко-соціальні критеріальні чинники.

Результати апробації показали явну перевагу розробленої в дисертації системи терапії АР ППЕ відносно традиційного курсу лікування.

Ключеві слова: афективні розлади, перший психотичний епізод, психотичні розлади, структурно-динамічні особливості, критерії ранньої діагностики, диференційована система терапії.

АННОТАЦИЯ

Блажевич Ю. А. Аффективные расстройства у пациентов с первым психотическим эпизодом (структурно-динамические особенности, терапия). – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Украинский научно-исследовательский институт судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, Киев, 2018.

Диссертация посвящена изучению структурно-динамических особенностей аффективных расстройств (АР) у пациентов с первым психотическим эпизодом (ППЭ) и оптимизации их ранней диагностики и терапии.

Основную группу исследования составили 147 пациентов с аффективными расстройствами в структуре первого психотического эпизода.

Установлено, что в структуре аффективных расстройств у больных с острым полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении в период ППЭ проявлялась экспансивная мания (20,6 %) и легкий депрессивный эпизод ($12,9 \pm 3,3$ балла) преимущественно сомато-вегетативного характера (29,4 %).

У больных с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении аффективные расстройства в период ППЭ проявлялись тяжелым депрессивным эпизодом ($30,7 \pm 6,6$ балла) с преобладанием тревожной (32,4 %) и анестетической (18,9 %) депрессий.

У больных с острым шизофреноподобным психотическим расстройством структура АР в период ППЭ проявлялась депрессивным эпизодом средней степени тяжести ($15,3 \pm 3,8$ балла), дисфорической (37,5 %) и сенесто-ипохондрической депрессией (22,5 %).

У больных с острым шизоаффективным расстройством (смешанный тип) АР в период ППЭ проявлялись гневливой манией (22,2 %), выраженным депрессивным эпизодом ($28,1 \pm 5,8$ балла), преимущественно тоскливо-адинамической депрессией (30,6 %).

К патопсихологическим и клинико-социальным особенностям пациентов с АР ППЭ у больных с острым полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении относятся: эйфорический тип внутренней картины болезни (ВКБ) (20,6 %); умеренно-серьезный уровень нарушений глобального социального функционирования; социально-психологическая дезадаптация с принятием себя (26,5 %) и высоким уровнем эскапизма (67,6 %).

У больных с АР ППЭ при остром полиморфном психотическом расстройстве с симптомами шизофрении преобладают тревожный (27,0 %) и сенситивный (32,4 %) типы ВКБ; низкий уровень глобального социального функционирования ($25,2 \pm 4,3$ балла); социально-психологическая дезадаптация с выраженной ведомостью (62,2 %).

Для пациентов с АР ППЭ при остром шизофреноподобном психотическом расстройстве характерен анозогностичный (35,0 %) и паранойяльный (32,5 %) типы ВКБ; умеренно-серьезный уровень нарушений глобального социального функционирования ($52,3 \pm 6,1$ балла); социально-психологическая дезадаптация с выраженным неприятием других (52,5 %).

У больных с АР ППЭ при остром шизоаффективном расстройстве (смешанный тип) отмечались меланхолический (33,3 %) и апатический (19,4 %) типы ВКБ; выраженный уровень снижения глобального социального функционирования ($35,2 \pm 4,1$ балла); социально-психологическая дезадаптация с повышенным внутренним контролем (58,3 %) и низким уровнем эскапизма (25,0 %).

Проведенный системный анализ аффективных расстройств у пациентов с ППЭ позволил разработать и внедрить программу терапии, которая подразумевает раннюю диагностику АР ППЭ; своевременность лечения; специализированность помощи (психиатрические клиники и диспансеры, центры социально-психологической помощи, службы занятости, врачи психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники и работники служб занятости); преемственность между учреждениями и специалистами, участвующими в программе терапии; этапность (этап диагностики (I этап), терапия на этапе психоза (II этап) и на этапе ремиссии (III этап)).

У пациентов, прошедших курс терапии по новой программе, в отличие от больных, получавших стандартное лечение, наблюдались достоверные различия по показателям: стойкой ремиссии (77,6 % и 58,7 %); ухудшения психического состояния (5,3 % и 11,1 %); суицидального поведения (6,6 % и 15,9 %); высокого уровня медикаментозного комплаенса (73,7 % и 55,6 %); гармоничного типа ВКБ (43,4 % и 23,8 %); социально-психологической дезадаптации (22,4 % и 52,4 %); повышения социального статуса (53,9 % и 26,9 %); улучшения профессионального статуса (48,7 % и 30,2 %).

Результаты апробации показали явное преимущество разработанной в диссертации системы терапии АР ППЭ, над курсом традиционного лечения.

Ключевые слова: аффективные расстройства, первый психотический эпизод, психотические расстройства, структурно-динамические особенности, критерии ранней диагностики, дифференцированная система терапии.

SUMMARY

Blagevich Y. A. Affective disorders in patients with the first psychotic episode (structural and dynamic features, therapy). – Manuscript.

Dissertation to quest a scientific degree of Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.16 – Psychiatry. – Ukrainian Scientific Research Institute of Forensic Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv 2017.

The thesis is dedicated to research of the structural and dynamic features of affective disorders (AD) in patients with the first psychotic episode (FPE) and optimization of its early diagnostic and treatment.

The study's main group consisted of 147 patients with AD in the structure of the FPE.

It is established that the structure of AD in patients with acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia in FPE consisted of expansive mania (20.6 %) and light depressive episode ($12,9 \pm 3,3$ points), prevalence of somatic-vegetative depressive symptoms (29.4 %).

In patients with acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia among AD in FPE were marked depressive episode of average severity

(30,7±6,6 points) with the prevalence of anxiety (32,4 %) and anesthetic (18,9 %) depression.

In patients with acute schizophreniform psychotic disorder structure of AD in FPE was characterized by a predominance of depressive episodes of moderate severity (15,3±3,8 points), dysphoric (37,5 %) and senesto-hypochondriacal depression (22,5 %).

Among AD in FPE in patients with acute schizoaffective disorder (mixed type) angry mania (22.2 %), depressive episode (28,1±5,8 points) and sad-adynamic depression (30.6 %) were dominated

According to the study results the main differential diagnostic criteria for early diagnostic of AD FPE include: sex, age and general social indicators; premorbid features of emotional response; AD FPE clinical features in prodroma and at the stage of psychosis; clinical criteria and social factors.

The results of approbation showed a clear advantage in the thesis developed system of therapy AR of FPE relatively conventional treatment.

Keywords: affective disorder, the first psychotic episode, psychotic disorders, structural and dynamic features, criteria for early diagnostic, differential therapy system.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АП	– аутоагресивна поведінка
ВКХ	– внутрішня картина хвороби
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ДР	– депресивний розлад
МКХ-10	– Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду
МК	– медикаментозний комплайнс
БП ППЕ	– безперервний перебіг першого психотичного епізоду
ГППРбСШ	– гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії
ГППРзСШ	– гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії
ГП	– гострий психоз
ГШПР	– гострий шизофреноподібний психотичний розлад
ГШРСТ	– гострий шизоафективний розлад, змішаний тип
ПСП	– продромальна стадія психозу
ППЕ	– перший психотичний епізод
СІЗЗС	– селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну
СІЗЗСН	– селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну
ЗП ППЕ	– змішаний перебіг першого психотичного епізоду
ЧСС	– частота серцевих скорочень в 1 хв
ЦНС	– центральна нервова система
ЕЕГ	– електроенцефалографія
ЕКГ	– електрокардіографія
ЕП ППЕ	– епізодичний перебіг першого психотичного епізоду

Підписано до друку 03.05.2018 р. Формат 60х90/16.
Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.
Тираж 100. Зам. 39.

«Видавництво “Науковий світ”»[®]
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.
м. Київ, вул. Казимира Малевича (Боженка), 23, оф. 414.
200-87-15, 050-525-88-77
E-mail: nsvit23@ukr.net
Сайт: nsvit.cc.ua