

М. Є. Хоміцький

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ, МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ТА НЕЙРОКОГНІТИВНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕЗАДАПТАЦІЇ В СТАНІ РЕМИСІЇ ЯК СКЛАДНИКА ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ У ХВОРИХ НА ШИЗОАФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД

Н. Е. Хоміцький

Взаимосвязь клинико-анамнестических, медико-биологических и нейрочкогнитивных характеристик дезадаптации в состоянии ремиссии как составляющей патоперсоналогического трансформаций у больных шизоаффективным расстройством

М. Ye. Khomitskyi

Interrelation of clinical-anamnestic, medical-biological and neurocognitive characteristics of maladaptation in remission as a component of pathopersonological transformations in patients with schizoaffective disorder

Метою дослідження було вивчення взаємозв'язків між клініко-анамнестичними, медико-біологічними та нейрочкогнітивними характеристиками дезадаптації у хворих на шизоафективний розлад в стані ремісії.

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 102 особи із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад». Діагностика була здійснена відповідно до МКХ-10. Обов'язковими критеріями включення до вибірки були наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики і відсутність важкої соматичної та неврологічної патології, зловживання психоактивними речовинами. Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, психодіагностичний, клініко-анамнестичний та клініко-катамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Проведене дослідження встановило наявність та закономірності сполучення клініко-анамнестичних, медико-біологічних та нейрочкогнітивних характеристик дезадаптації (як складника патоперсоналогічних трансформацій) у хворих на шизоафективний розлад в стані ремісії.

Структура нейрочкогнітивного дефіциту при шизоафективному розладі в стані ремісії має зв'язки з клінічним типом захворювання, статтю, тривалістю патологічного процесу та характеристиками психофармакологічного лікування. Встановлені закономірності наголошують значущість нейрочкогнітивних порушень в структурі патоперсоналогічних трансформацій і можуть бути використані під час формування системи діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів задля підвищення якості диференціальної діагностики і проведення профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів зі зменшення рівня соціальної дезадаптації хворих на шизоафективний розлад.

Ключові слова: шизоафективний розлад, клініка, нейрочкогніція, соціальна дезадаптація, патоперсоналогічні трансформації

Целью исследования было изучение взаимосвязей между клинико-анамнестическими, медико-биологическими и нейрочкогнитивными характеристиками дезадаптации у больных шизоаффективным расстройством в состоянии ремиссии.

На базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС (г. Запорожье) было обследовано 102 человека с установленным диагнозом «шизоаффективное расстройство». Диагностика была осуществлена в соответствии с МКБ-10. Обязательными критериями включения в выборку выступали наличие состояния клинической ремиссии с редукцией психотической симптоматики и отсутствие тяжелой соматической и неврологической патологии, злоупотребления психоактивными веществами. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, психодиагностические, клинико-анамнестический и клинико-катамнестический, а также медико-статистический анализ.

Проведенное исследование установило наличие и закономерности сопряжения клинико-анамнестических, медико-биологических и нейрочкогнитивных характеристик дезадаптации (как составляющей патоперсоналогического трансформаций) у больных шизоаффективным расстройством в состоянии ремиссии.

Структура нейрочкогнитивного дефицита при шизоаффективном расстройстве в состоянии ремиссии имеет связи с клиническим типом заболевания, полом, продолжительностью патологического процесса и характеристиками психофармакологического лечения. Установленные закономерности подчеркивают значимость нейрочкогнитивных нарушений в структуре патоперсоналогического трансформаций и могут быть использованы при формировании системы диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий для повышения качества дифференциальной диагностики и проведения профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий с целью уменьшения уровня социальной дезадаптации больных шизоаффективным расстройством.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, клиника, нейрочкогнициция, социальная дезадаптация, дифференциальная диагностика, патоперсоналогические трансформации

The aim of the study was to study the interrelation between clinical, medical, biological and neurocognitive characteristics of maladaptation (as a component of pathopersonological transformations) in patients with schizoaffective disorder in remission.

On the basis of the Regional Clinical Psychiatric Hospital (Zaporizhzhia, Ukraine) 102 persons with the established diagnosis of "schizoaffective disorder" were examined. Diagnosis was performed according to the International ICD-10. The mandatory criteria for inclusion in the study were the presence of a condition of clinical remission with reduction of psychotic symptoms and the absence of severe somatic and neurological pathology, abuse of psychoactive substances. The main methods of the study were clinical psychopathological, psychodiagnostic, clinical-anamnestic and clinical-cathamnestic as well as medical and statistical analysis.

The study established the presence and regularities of conjugation of clinical, medical, biological, and neurocognitive characteristics of maladaptation (as a component of pathopersonological transformations) in patients with schizoaffective disorder in remission.

The structure of neurocognitive deficits in schizoaffective disorder in remission is related to the clinical type of the disease, the sex, the duration of the pathological process, and the characteristics of psychopharmacological treatment. The established regularities emphasize the importance of neurocognitive disorders in the structure of pathopersonological transformations and can be used in the formation of the system of diagnostic and treatment and rehabilitation measures to improve the quality of differential diagnosis and to carry out preventive and therapeutic rehabilitation measures to reduce the level of social maladaptation of patients with schizoaffective disorder.

Keywords: schizoaffective disorder, clinic, neurocognition, social maladaptation, pathopersonological transformations

Сьогодні важливим завданням, яке повстає перед науковцями та практичними лікарями-психіатрами, є рання діагностика психічних захворювань [1, 2]. Важливість цієї задачі невпинно зростає з огляду на введення концепції «recovery» і підвищення вимог суспільства до результатів лікування при ендогенних психозах, а також завдяки успіхам психофармакології, яка пропонує можливості використання препаратів з вузькою спрямованістю дії та безпечних щодо виникнення побічних ефектів [3]. Втім, відправним пунктом призначення персоналізованої схеми лікування та вторинної психопрофілактики залишається діагностика на рівні визначення нозологічної належності окремого клінічного випадку. Чималі складнощі диференціальної діагностики, а відповідно і найбільша кількість діагностичних помилок, припадають на ендогенні психози з епізодичним типом перебігу: шизофренію, шизоафективний розлад (ШАР), біполярний афективний розлад та рекурентний депресивний розлад [4]. Останні дві з зазначених нозологічних одиниць розглядають як афективні розлади (АР), оскільки рекурентний депресивний розлад є уніполярним варіантом біполярного афективного розладу (що підтверджується клінічними та прогностичними критеріями).

З часів Е. Краепелін диференціальна діагностика психозів базується на дослідженні клініко-психопатологічних особливостей екзацербачії захворювання та оціненні шкоди, яку зазнала особистість внаслідок хворобливого процесу [5]. З огляду на об'єктивні складнощі нозологічної верифікації афективно-маячного стану в період загострення, вивчення та порівняння постманіфестних патоперсонологічних трансформацій при ендогенних психозах є надзвичайно актуальним завданням. Водночас, більшою мірою дослідницький інтерес в цьому аспекті спрямовано на вивчення шизофренії та АР (захворюваність на які в останні роки істотно зростає у зв'язку з поширенням депресії), оминаючи увагою ШАР. Отримано дані щодо стійких нейрокогнітивних розладів при шизофренії, ШАР і АР та наявність зв'язку нейрокогнітивного дефіциту зі зниженням рівня соціальної адаптації, стійкими проявами ворожості та особливостями захисної організації особистості при ендогенних психозах, зв'язків преморбідних особливостей з клінікою дебюту, невербальними особливостями соціально-комунікативної поведінки та ін. [2, 6—8]. Подальше вивчення та узагальнення даних щодо нейрокогнітивних порушень як складника патоперсонологічних трансформацій при ШАР та їх зв'язку з клініко-анамнестичними та медико-біологічними характеристиками (зокрема, вивчення впливу психофармакологічних втручань на структуру і вираженість нейрокогнітивного дефіциту) є потрібним задля реалізації мети створення системи диференціальної діагностики в межах кластера ендогенних психозів з епізодичним перебігом та протидії соціальній дезадаптації з використанням індивідуальних психофармакологічних та психокорекційних програм.

Метою дослідження було дослідження взаємозв'язків між клініко-анамнестичними, медико-біологічними та нейрокогнітивними характеристиками дезадаптації (як складника патоперсонологічних трансформацій) у хворих на ШАР в стані ремісії.

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 102 особи із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад». Діагностику здійснювали відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Середній вік пацієнтів дорівнював $45,0 \pm 10,3$ років; розподіл за статтю:

53 жінки та 49 чоловіків; тривалість захворювання — від 2-х до 35 років, середній показник становив — $16,8 \pm 8,3$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці дорівнював $28,2 \pm 7,6$ років. Обов'язковими критеріями включення до вибірки були наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики і відсутність важкої соматичної та неврологічної патології, зловживання психоактивними речовинами. Всі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, психодіагностичний, клініко-анамнестичний та клініко-катамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями МКХ-10 та стану ремісії/інтермісії на момент дослідження.

Психодіагностичне обстеження проводили за допомогою набору нейрокогнітивних методик, що ґрунтувалися на розробках А. Р. Лурія (Вассерман Л. І., 1997) [9], згрупованих для оцінення основних когнітивних функцій: слухомовної та зорової пам'яті, праксису (довільних рухів), зорового, оптико-просторового, акустичного невербального і тактильного гнозису, мислення, нейродинаміки і довільної регуляції діяльності. Також оцінювали поведінку пацієнта під час процедури психодіагностичного дослідження.

У дослідженні брали участь пацієнти, які приймають медикаментозну терапію атипівими і традиційними нейролептиками в поєднанні з коректорами (у разі потреби), антидепресантами, нормотиміками в дозах, що не перевищують рекомендовані для підтримувальної (протирецидивної) терапії, та мають різний рівень медикаментозного комплаєнсу, а також особи, які не приймають жодних психофармакологічних засобів протягом останніх місяців/років.

Клініко-анамнестичний метод було застосовано для поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Клініко-катамнестичний метод містив в себе аналіз медичної документації (амбулаторні карти), збирання даних за допомогою опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Результатами обстеження є інтегральні клінічні висновки, які отримані під час аналізу якісних значень окремих нейропсихологічних тестів, що дозволяє розглядати фінальні результати методики як якісні показники.

Статистичний аналіз даних було проведено методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows. З метою перевірки гіпотези щодо наявності зв'язку для кожної пари якісних ознак було застосовано метод аналізу чотирипільних таблиць із використанням точного критерію Фішера ϕ .

Під час вивчення клініко-анамнестичних характеристик контингенту отримано такі результати. Клінічним типом ШАР, який домінував в групі обстежених, був змішаний тип (56 осіб). У 25 пацієнтів було діагностовано маніакальний тип, а у 21 особи — депресивний тип ШАР. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 32-х епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому у вибірці цей показник становив $11,9 \pm 6,8$ разів. При подальшому ретроспективному аналізі причин госпіталізацій (вивчення епікризів в амбулаторних картах та архівних історій хвороби, опитування родичів пацієнтів) з'ясовано, що загалом по вибірці у $15,4\%$

випадків звернення за стаціонарним лікуванням більшою мірою були обґрунтовані соціально-побутовими чинниками: конфлікти з родичами, колегами по роботі, сусідами; алкоголізація або наркотизація; матеріально-побутові проблеми. Також для кожного пацієнта було підраховано загальну кількість днів, проведених на стаціонарному лікуванні. В результаті подальшого аналізу отриманої інформації пацієнтів було поділено на 4 групи за тривалістю перебування в стаціонарі: менше ніж 100 днів (5 осіб, 4,9 % контингенту), від 100 до 300 днів (18 осіб, 17,6 %), від 300 до 500 днів (29 осіб, 28,4 % контингенту) та більше ніж 500 днів стаціонарного лікування (50 осіб, 49,0 % контингенту). Непоодинокими (12 осіб, 11,8 % контингенту) були клінічні випадки, коли за весь строк хвороби пацієнт проводив більше ніж 1000 днів у стаціонарі, зокрема з тривалим перебуванням на примусовому лікуванні через скоєні кримінальні злочини. Оцінення медико-біологічних характеристик стосувалося дослідження якісних та кількісних характеристик медикаментозного лікування за весь час захворювання. Зокрема, для активного та підтримувального лікування здебільшого (62 особи, 60,8 % контингенту) застосовували класичні (конвенційні) нейролептики: трифлуоперазин, галоперидол, хлорпромазин, хлорпротиксен, зуклопентиксол та флюпентиксол в малих або середньотерапевтичних дозах. У 22 випадках (21,6 %) лікування нейролептиками доповнювали призначенням коректорів (тригексифенідил) в дозі 2—4 мг на добу. У 36 випадках (35,3 % контингенту) лікування проводили переважно атипівними антипсихотиками (рисперидон, клозапін, кветіапін) в малих та середньотерапевтичних дозах. У 35 випадках (24,3 % контингенту) провідною групою препаратів для активної і підтримувальної терапії були нормотимики (вальпроат натрію, карбамазепін та літію карбонат), призначення яких у більшій частині випадків (88,6 %) поєднувалося з призначенням нейролептиків/антипсихотиків в дозах, які нижче середньотерапевтичних.

Також з метою оцінення прихильності пацієнта до терапії оцінювали суб'єктивний (зі слів пацієнта) та об'єктивний (зі слів родичів, вивчення амбулаторної карти) анамнез. Прихильність до терапії у 47,1 % контингенту (48 осіб) була оцінена як «низька»: повна відмова від підтримувальної терапії поза стаціонаром або несистематичне і вибіркове приймання рекомендованих препаратів, що спричинено низькою комплаєнтністю, явищами гіпо- та анозогнозії, наявними побічними ефектами лікування та матеріальними чинниками (пацієнти з ШАР, окрім інвалідів 2 групи, в амбулаторних умовах не підлягають безкоштовному забезпеченню препаратами). Осіб з середнім та високим рівнем прихильності до терапії було 36,3 % (37 осіб) та 16,7 % (17 осіб) відповідно. Проте, середній і високий рівень прихильності до медикаментозного лікування не завжди був відображенням високого рівня комплаєнсу та наявності у пацієнта критичного ставлення до захворювання. Нерідко хворі лише підкорювались родичам щодо обов'язковості далі лікуватися в амбулаторних умовах, або пацієнту за рішенням суду тривалий час надавалась амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку (частіше за все — депонованими формами класичних нейролептиків).

Відповідно до отриманих результатів, у обстеженого контингенту виявлено ознаки нейрокогнітивного дефіциту різної структури та ступеня тяжкості. За ступенем вираженості у пацієнтів переважали порушення легкого та середнього ступеня у співвідношенні, близькому до 3 : 1. Виражені порушення мали поодинокий характер

та становили не більше ніж 9,0 % від усіх випадків (коли нейрокогнітивний дефіцит був наявний). Оцінка структури нейропсихологічних порушень загалом свідчить про їх дифузний характер: за сімнадцятьма з 24 досліджених нейропсихологічних функцій частка осіб з порушеннями перевищувала 20,0 % обстеженого контингенту. Зокрема, порушення експресивної мови проявляли себе через порушення функції віддзеркалення (повторення) мови у 29 обстежених (28,4 % контингенту) та порушення короткочасної слухомовної пам'яті у 38 пацієнтів (37,3 % обстежених). Серед нейрокогнітивних функцій, які належать до кластера розуміння мови та словесних значень, однакова кількість пацієнтів (32 особи, 31,4 % контингенту) мали порушення розуміння ситуативної мови та слів та (або) розуміння логіко-граматичних структур. Порушення функції читання вголос та «мовчазне читання» зафіксовано у 22 пацієнтів (21,6 % спостережених). У 30 осіб (29,4 % контингенту) виявлено порушення функцій автоматизованого, арифметичного, письмового рахування та розв'язання простих задач. Поширеність дефіциту функцій конструктивного та динамічного праксису у обстеженого контингенту дорівнювала 37,3 % (38 спостережень). Порушення аудіального гнозису спостерігались у 33 осіб (32,4 % контингенту). Порушення схеми тіла проявляли себе через порушення право-ліво орієнтування (38 осіб, 37,3 %) та пальцевого гнозису (30 осіб, 29,4 %). Порушення просторового гнозису виявлено у 38 осіб (37,3 % контингенту). Нейрокогнітивний дефіцит зорового гнозису проявляв себе через розлади предметного зорового гнозису (26 спостережень, 25,5 % контингенту), гнозису облич (40 спостережень, 39,2 %) та короткочасної зорової пам'яті (25 випадків, 24,5 % обстежених). Поширеність порушень мислення, виявлених за допомогою методик сюжетних та послідовних картинок, досягала 45,1 % (46 пацієнтів).

Виявлено сполучення між окремими клініко-анамнестичними та нейрокогнітивними характеристиками контингенту. Зокрема, депресивний тип ШАР є сполученим з порушенням короткочасної слухомовної пам'яті ($p = 0,012$) та право-ліво орієнтування ($p = 0,044$). Характерними для змішаного типу ШАР є порушення мислення при виконанні завдань з сюжетними та послідовними картинками ($p = 0,028$) та конструктивного ($p = 0,041$) і динамічного праксису ($p = 0,041$). У пацієнтів з тривалою захворювання до 5 років характерною ($p = 0,026$) ознакою є порушення розуміння ситуативної мови та слів; якщо хвороба триває 5—15 років, виявляються порушення предметного зорового гнозису ($p = 0,019$); при тривалості хвороби більше ніж 15 років — характерними є порушення віддзеркаленої мови ($p = 0,028$) та просторових співвідношень ($p = 0,025$). Суттєві розбіжності нейропсихологічного дефіциту виявлено залежно від загальної (тобто сукупної за час хвороби) тривалості стаціонарного лікування пацієнта. Зокрема, показник тривалості лікування в стаціонарі протягом 100—300 днів є сполученим з дефіцитом короткочасної слухомовної пам'яті ($p = 0,031$), розуміння ситуативної мови та слів ($p = 0,024$), динамічного праксису ($p = 0,031$) та право-ліво орієнтування ($p = 0,031$). У пацієнтів, які за весь час хвороби перебували на лікуванні в стаціонарі більше ніж 500 днів (в окремих випадках — більше ніж 1000 днів), характерними були порушення розуміння логіко-граматичних структур ($p = 0,010$), впізнавання звуків та відтворення ритмів ($p = 0,020$), пальцевого гнозису ($p = 0,009$), просторових співвідношень ($p = 0,014$) та короткочасної зорової пам'яті

($p = 0,039$). Виявлено прямий зв'язок високих показників (більше ніж 20 %) госпіталізацій, пов'язаних з соціальними чинниками, та порушень автоматизованого та письмового рахування ($p = 0,011$), пальцевого гнозису ($p = 0,028$), просторових співвідношень ($p = 0,042$) та мислення ($p = 0,025$). У обстежених, які мали менше ніж 10 % госпіталізацій, пов'язаних з соціальними чинниками, виявлено

прямий зв'язок з дефіцитом короточасної слухомовної пам'яті ($p = 0,013$), конструктивного праксису ($p = 0,013$) і право-ліво орієнтування ($p = 0,023$), а також зворотний зв'язок з наявністю порушень віддзеркаленої мови ($p = 0,046$) та розуміння ситуативної мови і слів ($p = 0,032$).

Отримані результати сполучення нейропсихологічних та клініко-анамнестичних ознак наведено в табл. 1.

Таблиця 1. Парна сполученість показників нейропсихологічних профілів та клініко-анамнестичних характеристик при ШАР

Нейропсихологічні порушення		Ознаки	Тип ШАР			Тривалість захворювання			Загальна тривалість стаціонарного лікування			Госпіталізації через соціальні чинники		
			маніакальний	депресивний	змішаний	менше ніж 5 років	5—15 років	більше ніж 15 років	до 100 днів	від 100 до 300 днів	від 300 до 500 днів	більше ніж 500 днів	менше ніж 10 %	10—20 %
Експресивна мова	Віддзеркалена мова (повторення)	0,444	0,417	1,00	0,440	0,121	0,028	—	0,265	0,809	0,274	0,046*	0,123	0,054
	Короточасна слухомовна пам'ять	0,154	0,012	0,538	0,724	0,678	0,840	0,648	0,031	0,113	1,00	0,013	0,499	0,065
Розуміння мови та словесних значень	Розуміння ситуативної мови та слів	0,460	0,598	0,198	0,026	0,667	0,395	—	0,024	0,813	0,138	0,032*	0,009	0,813
	Розуміння логіко-граматичних структур	1,00	1,00	1,00	0,716	0,278	0,138	1,00	0,170	0,163	0,010	0,397	0,355	0,056
Читання	Читання вголос та «мовчазне читання»	0,782	0,384	0,342	0,680	0,051	0,151	—	0,757	0,007	0,092	0,090	0,017	0,757
Рахування	Автоматизоване, письмове рахування	0,211	1,00	0,383	0,276	0,081	0,017	—	0,259	0,631	0,030	0,083	1,00	0,011
Праксис	Конструктивний	0,056	0,617	0,041	0,724	0,406	0,544	0,358	0,593	0,822	0,544	0,013	0,259	0,168
	Динамічний	0,344	0,207	0,041	0,013	0,678	0,413	0,648	0,031	0,822	0,311	0,305	0,176	0,359
Аудіальний гнозис	Впізнавання звуків, відтворення ритмів	0,633	0,298	0,675	0,714	0,198	0,093	1,00	0,166	0,350	0,020	1,00	0,641	0,644
Схема тіла	Право-ліво орієнтування	0,154	0,044	0,837	0,478	0,836	0,840	0,648	0,031	1,00	0,156	0,023	1,00	0,065
	Пальцевий гнозис	0,802	0,293	0,522	—	0,386	0,051	—	0,576	0,099	0,009	0,081	1,00	0,028
Орієнтування у просторі	Просторове співвідношення, «сліпий» циферблат	0,637	1,00	0,684	0,148	0,212	0,025	—	0,429	0,822	0,014	0,064	1,00	0,042
Зоровий гнозис	Предметний зоровий гнозис	0,601	0,799	0,821	0,441	0,019	0,070	—	0,552	0,026	0,499	0,360	0,082	0,621
	Гнозис облич	0,815	0,621	0,424	0,477	0,222	0,071	0,378	0,791	0,178	0,224	0,157	0,826	0,181
	Короточасна зорова пам'ять	0,789	0,393	0,251	—	0,648	0,169	1,00	0,550	0,320	0,039	0,652	1,00	0,609
Мислення	Сюжетні та послідовні картинки	0,358	0,810	0,028	0,273	0,551	0,426	0,375	0,800	0,665	0,232	0,110	0,665	0,025

Примітки. Тут і далі жирним шрифтом наведено ознаки з парною сполученістю з рівнем вірогідності $p < 0,05$ та $p < 0,01$; «—» — позначено відсутність клінічних випадків збігу за відповідними ознаками; * — позначено ознаки зі зворотним взаємозв'язком

Також було виявлено сполученість між окремими медико-біологічними та нейрокогнітивними характеристиками контингенту. Для жінок більш характерними були порушення конструктивного праксису ($p = 0,014$) та право-ліво орієнтування ($p = 0,014$), тимчасом, як у чоловіків частіше спостерігались порушення віддзеркалення (повторення) мови ($p = 0,030$), розуміння ситуативної мови та слів ($p = 0,048$) і дефіцит динамічного праксису ($p = 0,024$). Було виявлено переважання порушень низки нейропсихологічних функцій у пацієнтів віком 50—60 років, а саме: автоматизоване та письмове рахування ($p = 0,048$), динамічний праксис ($p = 0,011$), впізнавання звуків, мелодій і відтворення ритмів ($p = 0,029$), пальцевого гнозису ($p = 0,048$), просторових співвідношень ($p = 0,034$) та мислення ($p = 0,014$). Визначено сполученість лікування типовими нейролептиками та порушення розуміння ситуативної мови та слів ($p = 0,017$), розуміння логіко-граматичних структур ($p = 0,017$), динамічного праксису ($p = 0,006$), пальцевого гнозису ($p = 0,045$), просторових співвідношень ($p = 0,020$) та мислення ($p = 0,014$). Водночас у випадках, коли пацієнти приймали

типові нейролептики у поєднанні з тригексифенідилом, до вищезазначених сполучень додавались також прямі зв'язки з дефіцитом віддзеркалення мови ($p = 0,039$), конструктивного праксису ($p = 0,006$) та гнозису облич ($p = 0,013$). Призначення атипичних антипсихотиків мало зворотний зв'язок з наявністю дефіциту розуміння логіко-граматичних структур ($p = 0,007$), динамічного праксису ($p = 0,031$), пальцевого гнозису ($p = 0,043$), просторового співвідношення ($p = 0,031$) та мислення ($p = 0,003$). Була виявлена сполученість ($p = 0,017$) між лікуванням нормотимічними препаратами і порушеннями динамічного праксису. В групі пацієнтів, які мали високий рівень прихильності до терапії, виявлено сполученість з порушеннями віддзеркаленої мови ($p = 0,006$), розуміння логіко-граматичних структур ($0,011$) та пальцевого гнозису ($p = 0,038$). Так само у обстежених з низьким рівнем прихильності до терапії виявлено зворотний взаємозв'язок з дефіцитом розуміння логіко-граматичних структур ($0,011$) та динамічного праксису ($p = 0,007$).

Отримані результати сполученості нейропсихологічних та клініко-анамнестичних ознак наведено в табл. 2.

Таблиця 2. Парна сполученість показників нейропсихологічних профілів та медико-біологічних характеристик при ШАР

Ознаки		Стать	Вік, роки				Тип терапії				Прихильність до терапії		
			20—29	30—39	40—49	50—60	типові нейролептики	нейролептик + коректор	атипові антипсихотики	нормотиміки	низька	середня	висока
Експресивна мова	Віддзеркалена мова (повторення)	0,030 (чол.)	0,440	0,798	0,813	0,260	0,370	0,039	0,171	0,105	0,128	0,648	0,006
	Короткочасна слухомовна пам'ять	0,102	0,466	0,635	1,00	0,396	0,530	0,081	0,669	0,281	0,838	0,525	0,174
Розуміння мови та словесних значень	Розуміння ситуативної мови та слів	0,048 (чол.)	1,00	0,806	0,165	0,191	0,017	0,041	0,182	0,261	0,054	0,112	0,572
	Розуміння логіко-граматичних структур	0,139	0,430	0,314	0,020	0,664	0,017	0,018	0,007*	0,501	0,011*	0,375	0,011
Читання	Читання вголос та «мовчазне читання»	0,480	0,430	0,154	0,799	0,622	0,226	1,00	0,455	0,310	1,00	0,803	0,518
Рахування	Автоматизоване, письмове рахування	0,133	—	0,043*	0,237	0,048	0,121	0,437	0,117	0,650	0,391	1,00	0,131
Праксис	Конструктивний	0,014 (жінки)	0,466	0,470	0,276	0,206	0,058	0,006	0,086	0,281	0,306	0,672	0,072
	Динамічний	0,024 (чол.)	—	0,227	1,00	0,011	0,006	0,024	0,031*	0,017	0,007*	0,090	0,174
Аудіальний гнозис	Впізнавання звуків, мелодій, відтворення ритмів	0,675	—	0,216	1,00	0,029	0,129	0,197	0,275	0,125	0,534	1,00	0,407
Схема тіла	Право-ліво орієнтування	0,014 (жінки)	0,707	0,810	0,828	0,674	0,214	0,457	0,526	0,090	0,418	0,832	0,587
	Пальцевий гнозис	0,521	—	0,133	0,814	0,048	0,045	0,007	0,043*	0,111	0,085	1,00	0,038

Нейропсихологічні порушення		Ознаки	Стать	Вік, роки				Тип терапії				Прихильність до терапії		
				20—29	30—39	40—49	50—60	типові нейролептики	нейролептик + коректор	атипові антипсихотики	нормотимики	низька	середня	висока
Орієнтування у просторі	Просторове співвідношення, «сліпий» циферблат	0,308	0,252	0,018*	0,657	0,034	0,020	0,024	0,031*	0,130	0,838	0,289	0,056	
	Предметний зоровий гнозис	0,650	—	0,605	1,00	0,646	0,647	0,095	1,00	0,637	0,257	0,638	0,549	
Зоровий гнозис	Гнозис облич	0,840	0,476	0,634	0,271	1,00	0,149	0,013	0,403	0,201	0,227	1,00	0,181	
	Короткочасна зорова пам'ять	0,654	—	0,788	0,809	0,344	1,00	0,782	1,00	1,00	0,647	1,00	0,554	
Мислення	Сюжетні та послідовні картинки	0,164	0,289	0,101	0,829	0,014	0,014	0,057	0,003*	0,211	0,075	0,680	0,109	

Узагальнюючи наведені дані, треба зазначити таке.

Проведене дослідження встановило наявність та закономірності сполучення клініко-анамнестичних, медико-біологічних та нейрокогнітивних характеристик дезадаптації (як складника патоперсоналогічних трансформацій) в стані ремісії у хворих на ШАР.

Структура нейрокогнітивного дефіциту при ШАР в стані ремісії має зв'язки з клінічним типом захворювання, статтю та тривалістю патологічного процесу. Зокрема, характерними для змішаного типу ШАР є порушення мислення під час виконання завдань з сюжетними та послідовними картинками ($p = 0,028$) та конструктивного ($p = 0,041$) і динамічного праксису ($p = 0,041$), а депресивний тип ШАР характеризується порушеннями короткочасної слухомовної пам'яті ($p = 0,012$) та право-ліво орієнтування ($p = 0,044$). Для жінок характерними є порушення конструктивного праксису ($p = 0,014$) та право-ліво орієнтування ($p = 0,014$), тимчасом як у чоловіків частіше спостерігались порушення віддзеркалення (повторення) мови ($p = 0,030$), розуміння ситуативної мови та слів ($p = 0,048$) і дефіцит динамічного праксису ($p = 0,024$). У пацієнтів з тривалістю захворювання до 5 років характерною ($p = 0,026$) ознакою є порушення розуміння ситуативної мови та слів; якщо хвороба триває 5—15 років, виявляються порушення предметного зорового гнозису ($p = 0,019$), а при тривалості хвороби більше ніж 15 років характерними є порушення віддзеркаленої мови ($p = 0,028$) та просторових співвідношень ($p = 0,025$).

З віком відбувається поглиблення нейропсихологічного дефіциту. Зокрема, у пацієнтів старшого віку (50—60 років) частіше виявляють порушення автоматизованого та письмового рахування ($p = 0,048$), динамічного праксису ($p = 0,011$), впізнавання звуків, мелодій і відтворення ритмів ($p = 0,029$), пальцевого гнозису ($p = 0,048$), просторових співвідношень ($p = 0,034$) та мислення ($p = 0,014$).

Виразеність нейропсихологічних порушень має зв'язок з якісними характеристиками медикаментозних

утручань (належність препаратів до певної психофармакологічної групи). Наявна сполученість між лікуванням типовими нейролептиками та порушенням розуміння ситуативної мови та слів ($p = 0,017$), розуміння логіко-граматичних структур ($p = 0,017$), динамічного праксису ($p = 0,006$), пальцевого гнозису ($p = 0,045$), просторових співвідношень ($p = 0,020$) та мислення ($p = 0,014$). При використанні типових нейролептиків разом з коректором (тригексифенідолом) до вищезазначених сполучень додавались також прямі зв'язки з дефіцитом віддзеркалення мови ($p = 0,039$), конструктивного праксису ($p = 0,006$) та гнозису облич ($p = 0,013$). Призначення атипичних антипсихотиків мало зворотний взаємозв'язок з наявністю дефіциту розуміння логіко-граматичних структур ($p = 0,007$), динамічного праксису ($p = 0,031$), пальцевого гнозису ($p = 0,043$), просторового співвідношення ($p = 0,031$) та мислення ($p = 0,003$). Наявна сполученість ($p = 0,017$) між лікуванням нормотимічними препаратами і порушеннями динамічного праксису.

Виразеність нейропсихологічного дефіциту пов'язана з інтенсивністю психофармакологічного лікування. В групі пацієнтів, які мали високий рівень прихильності до терапії, виявлено сполученість з порушеннями віддзеркаленої мови ($p = 0,006$), розуміння логіко-граматичних структур ($p = 0,011$) та пальцевого гнозису ($p = 0,038$). У обстежених з низьким рівнем прихильності до терапії виявлено зворотний взаємозв'язок з дефіцитом розуміння логіко-граматичних структур ($p = 0,011$) та динамічного праксису ($p = 0,007$). Наявний зв'язок між довготривалим (більше 500 днів сукупно за весь період хвороби) стаціонарним лікуванням і порушеннями розуміння логіко-граматичних структур ($p = 0,010$), впізнавання звуків та відтворення ритмів ($p = 0,020$), пальцевого гнозису ($p = 0,009$), просторових співвідношень ($p = 0,014$) та короткочасної зорової пам'яті ($p = 0,039$).

Наявна сполученість частки госпіталізації, пов'язаних з соціальними чинниками, і порушень автоматизованого та письмового рахування ($p = 0,011$), пальцевого гнозису ($p = 0,028$), просторових співвідношень ($p = 0,042$),

порушення віддзеркаленої мови ($p = 0,046$), розуміння ситуативної мови і слів ($p = 0,032$) та мислення ($p = 0,025$). Водночас дефіцит короткочасної слухомовної пам'яті ($p = 0,013$), конструктивного праксису ($p = 0,013$) та право-ліво орієнтування ($p = 0,023$) є пов'язаним зі зниженням частки госпіталізацій через соціальні чинники.

Встановлені закономірності наголошують значущість нейрокогнітивних порушень в структурі патоперсоналогічних трансформацій при ШАР і можуть бути використані під час формування системи діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів задля підвищення рівня диференціальної діагностики, персоніфікованої оцінки статусу пацієнта та проведення профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів зі зменшення рівня соціальної адаптації хворих на ШАР.

Список літератури

1. McGorry P., Nelson B. Why we need a transdiagnostic staging approach to emerging psychopathology, early diagnosis, and treatment // *JAMA Psychiatry*. 2016. Vol. 73. P. 191—192. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2868.
2. Чугунов В. В., Киреева Е. Н. Медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства // *Запорожский медицинский журнал*. 2014. № 3. С. 71—76.
3. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—11.
4. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression — a systematic review and meta-analysis / [Santelmann H., Franklin J., Bußhoff J., Baethge C.] // *Bipolar Disord.* 2015. Vol. 17 (7). P. 753—768. DOI: 10.1111/bdi.12340.

5. Учебник психиатрии для врачей и студентов / Эмиль Крепелин; пер. с 8-го нем. перераб. изд. врачей Покровской Земской Психиатрической больницы Галунов [и др.]. Москва, 1910. 468 с.

6. Марута Н. О., Вербенко Г. М. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад // *Здоров'я України*. 2017. № 3. С. 32—34. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2016_24_3_3.

7. Федченко В. Ю. Особистісні характеристики пацієнтів в динаміці депресивних розладів допомоги // *Медична психологія*. 2018. № 3. С. 25—29. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2018_13_3_8.

8. Samokhvalov Victor P., Samokhvalova Oxana E. Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project // *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders, Volume II: Phenotypic and Endophenotypic Presentations* / Editors: Ritsner Michael S. Springer Science & Business Media, 2011. P. 121—164. DOI: 10.1007/978-94-007-0831-0_6.

9. Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейropsychологической диагностики : практическое руководство. СПб. : Стройлеспечать, 1997. 360 с.

Надійшла до редакції 20.12.2019

ХОМИЦЬКИЙ Микола Євгенович, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя, Україна; <https://orcid.org/0000-0002-8622-6718>; e-mail: nhomitski@ukr.net

КНОМИТСЬКИЙ Mykola, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of the Zaporizhzhia State medical University, Zaporizhzhia, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0002-8622-6718>; e-mail: nhomitski@ukr.net