

Vol. 18; 1: 29-32 [Lesovoy VN, Poliakov NN et al. Hypothermal perfusion in situ at performance of complicated organ preserving operations at renal tumours. Ukr. J Little Invasive Endoscopic Surgery (2014) Vol. 18; 1: 29 – 32]

14. Комяков Б. К., Шломин В. В., Гулиев Б. Г., Замятнин С. А., Гончар И. С., Товстуха Д. В. Резекция опухоли почки in situ в условиях ее длительной ишемии // Онкоурология. – 2014. – № 2. – С.22-25 [Komiakov BK, Shlomin VV, Guliyev BG et al. Renal resection in situ at the conditions of its long ischemia. Oncourology.- 2014.- N 2.- P. 22 – 5]

15. Комяков Б. К., Замятнин С.А., Шломин В. В., Гончар И. С., Товстуха Д. В. Резекция единственно функционирующей левой почки в условиях ее длительной интракорпоральной холодовой ишемии. Медицинский вестник Башкортостана. Том 10, № 3, 2015: 256-259 [Komiakov BK, Shlomin VV, Guliyev BG et al. Resection of the only functioning kidney at the conditions of its long intracorporal cold ischemia. Medical Herald of Bashkortastan.-2015, Vol.10, N 3.- P.256-9]

16. Janetschek G1, Abdelmaksoud A, Bagheri F, Al-Zahrani H, Leeb K, Gschwendtner M. Laparoscopic partial nephrectomy in cold ischemia: renal artery perfusion. J Urol. 2004 Jan;171(1):68-71

17. Beri A, Lattouf JB, Deambros O, Grull M, Gschwendtner M, Ziegerhofer J, Leeb K, Janetschek G. Partial nephrectomy using renal artery perfusion for cold ischemia: functional and oncologic outcomes. J Endourol 2008; 22: 1285-90

18. Heng-Li Shen, Shih-Chieh Chueh, Ming-Kuen Lai, Chen-Han Welfred Wu, Chun-Chieh Huang, Yuk-Ming Tsang, Chiu-Chen Chuang, Ming-Chih Lai and Hong-Jeng Yu.

19. Balloon occlusion and hypothermic perfusion of the renal artery in laparoscopic partial nephrectomy. International Journal of Urology (2008) 15, 967–970

20. Marley CS1, Siegrist T, Kurta J, O'Brien F, Bernstein M, Solomon S, Coleman JA. Cold intravascular organ perfusion for renal hypothermia during laparoscopic partial nephrectomy. J Urol. 2011 Jun;185(6):2191-5. doi: 10.1016/j.juro.2011.02.013

21. Ya Xiao, Pingxian Wang, Yajun Song, Wengang Hu, Chibing Huang. The evaluation of a novel technique for in situ cold perfusion in laparoscopic partial nephrectomy. Int J Clin Exp Med 2019;12(7):9196-9202.

Робота надійшла в редакцію 12.02.2020 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616.895-036.66:616.89-008.485]-07:[616.89-008.45/.47+316.62]

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3773140>

М. Є. Хоміцький

ПАТОПЕРСОНАЛОГІЧНІ ТРАНСФОРМАЦІЇ У ХВОРИХ НА ШИЗОАФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД (КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ, КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ)

Запорізький державний медичний університет, Україна

Summary. Khomitskyi M. Ye. **PATHOPERSONALOGICAL TRANSFORMATIONS IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER (CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL, MEDICAL-PSYCHOLOGICAL, CLINICAL - ETHOLOGICAL FEATURES).** – Zaporozhskiy State Medical University, Ukraine; e-mail: nhomitski@ukr.net. Currently, the diagnosis and treatment of schizoaffective disorder is predominantly based on an assessment of the features of psychopathological clinical syndromes during the exacerbation period, without attention to the study of pathopersonalological transformations due to the disease.

The objective: to establish the structure of pathopersonological transformations in patients with schizoaffective disorder based on the analysis of clinical-psychopathological, medical-psychological, clinical-ethological characteristics of remission conditions. **Contingents and methods.** On the basis "Regional Clinical Psychiatric Hospital" (Zaporizhzhia) 102 people with schizoaffective disorder in remission have been examined. The methods of the study: clinical - psychopathological, psychodiagnostical, pathopsychological, clinical anamnestic, clinical - cathamnestic, medical - social and medical - statistical analysis. As a result of the study, the structure of pathopersonological transformations in patients with schizoaffective disorder was established. Clinical -psychopathological features of pathopersonological transformations are the presence of remission of positive (11.21 ± 2.93 points), negative (12.06 ± 3.21 points) symptoms and general disturbances (25.99 ± 6.70 points) according to PANSS. Medico-psychological features are diffuse neurocognitive deficits, signs of compensatory strain on personal resources by the standardized method of personality research, and predominance of "mixed" types of response to the disease, anobligatory component of which are maladaptive types. Clinical-ethological features of pathopersonological transformations in schizoaffective disorder are the presence in social communications of a specific nonverbal complex of aggressive behavioral elements. The inserted patterns can be used in the formation of the system of diagnostics, treatment and rehabilitation effects.

Key words: schizoaffective disorder, clinic, social maladjustment, pathopersonological transformations.

Реферат. Хомицкий Н. Е. ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ (КЛИНИКО - ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ). В настоящее время диагностика и терапия шизоаффективного расстройства преимущественно базируется на оценке особенностей психопатологических клинических синдромов периода обострения, не уделяя должного внимания изучению патоперсоналогических трансформаций, формирующихся в результате болезни. **Цель исследования:** установить структуру патоперсоналогических трансформаций у больных шизоаффективным расстройством на основании анализа клинико - психопатологических, медико - психологических, клинико - этиологических характеристик состояний ремиссии. **Контингенты и методы.** На базе «Областная клиническая психиатрическая больница» (г. Запорожье) было обследовано 102 человека с диагнозом «шизоаффективное расстройство» в состоянии ремиссии. Методы исследования: клинико - психопатологический, психодиагностический, патопсихологический, клинико - анамнестический, клинико - катamnестический, медико - социальный и медико - статистический анализ. **Результаты.** Установлена структура патоперсоналогических трансформаций у больных шизоаффективным расстройством. Клинико-психопатологическими признаками патоперсоналогических трансформаций являются наличие в состоянии ремиссии позитивной ($11,21 \pm 2,93$ балла), негативной ($12,06 \pm 3,21$ балла) симптоматики и общих расстройств ($25,99 \pm 6,70$ балла) по PANSS. Медико - психологическими признаками являются диффузный нейрокогнитивный дефицит, выявляемые методикой стандартизированного метода исследования личности признаки компенсаторного напряжения личностных ресурсов и преобладание «смешанных» типов реагирования на болезнь, обязательной составляющей которых являются дезадаптивные типы. Клинико -этиологическим признаком патоперсоналогических трансформаций при шизоаффективном расстройстве являются демонстрируемый при социальных коммуникациях специфический невербальный комплекс агрессивно - предупредительных поведенческих элементов. **Выводы.** Установленные закономерности могут быть использованы при формировании системы диагностики и лечебно - реабилитационных воздействий.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, клиника, социальная дезадаптация, патоперсоналогические трансформации.

Реферат. Хоміцький М. Є. **ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНІ ТРАНСФОРМАЦІЇ У ХВОРИХ НА ШИЗОАФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД (КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ, КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ).** В теперішній час діагностика і терапія шизоафективного розладу переважно базується на оцінці особливостей психопатологічних клінічних синдромів періоду загострення, не приділяючи значної уваги вивченню патоперсоналогічних трансформацій внаслідок хвороби. **Метою дослідження** було встановлення структури патоперсоналогічних трансформацій у хворих на шизоафективний розлад на підґрунті аналізу клініко - психопатологічних, медико - психологічних, клініко - етологічних характеристик станів ремісії. **Контингенти та методи.** На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 102 особи з діагнозом «шизоафективний розлад» в стані ремісії. Основними методами дослідження були клініко - психопатологічний, психодіагностичний, патопсихологічний, клініко - анамнестичний, клініко -катамнестичний, медико - соціальний та медико - статистичний аналіз. В результаті проведеного дослідження встановлено структуру патоперсоналогічних трансформацій у хворих на шизоафективний розлад. Клініко-психопатологічними ознаками патоперсоналогічних трансформацій є наявність в стані ремісії позитивної (11,21±2,93 балів), негативної (12,06±3,21 балів) симптоматики та загальних розладів (25,99±6,70 балів) за PANSS. Медико - психологічними ознаками є дифузний нейрокогнітивний дефіцит, ознаки компенсаторного напруження особистісних ресурсів за методикою стандартизованого методу дослідження особистості та переважання «змішаних» типів реагування на хворобу, обов'язковою складовою яких є дезадаптивні типи. Клініко - етологічними ознаками патоперсоналогічних трансформацій при шизоафективному розладі є наявність при соціальних комунікаціях специфічного комплексу агресивно - попереджувальних невербальних поведінкових елементів. Вставлені закономірності можуть бути використані при формуванні системи діагностики та лікувально - реабілітаційних впливів.

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

Нозологічна самостійність шизоафективного розладу (ШАР) констатована в більшості сучасних класифікацій. Разом з тим, в діагностичному, прогностичному та реабілітаційному аспектах ШАР залишається одним з найменш визначених ендегенних захворювань [1, 2]. На сучасному етапі діагностика і терапія ШАР переважно базується на оцінці особливостей психопатологічних клінічних синдромів періоду загострення, не приділяючи значної уваги вивченню змін особистості внаслідок хвороби та необхідності враховувати вищезазначені зміни при виборі терапевтичних та реабілітаційних впливів в періоди ремісії психозу. Також, уявлення про відсутність особистісних змін при ендегенних психозах (виключаючи шизофренію), яке було сформовано на початку другої половини ХХ століття, вочевидь не відповідає сучасним клінічним реаліям та вимагає перегляду з урахуванням зростання вимог до результатів лікування і рівня соціального функціонування хворих в період ремісії / інтермісії [3, 4]. В окремих дослідженнях останніх десятиліть отримано клініко - психопатологічні, медико - психологічні, нейропсихологічні, клініко-етологічні дані щодо стійких особистісних змін при ендегенних афективних розладах та ШАР [1 - 5]. Отримані результати потребують продовження дослідження патоперсоналогічного аспекту ШАР з подальшим узагальненням та систематизацією отриманих даних.

Таким чином, патоперсоналогічні трансформації є невід'ємною складовою ШАР та стійкою складовою клінічної картини захворювання, яка зберігається в періоди ремісії і значною мірою обумовлює рівень соціальної компетентності, та, відповідно, індивідуальний функціональний прогноз. Наявність нозоспецифічних патоперсоналогічних маркерів при ШАР може бути використана при проведенні диференційної діагностики в середині групи ендегенних психозів з епізодичним типом перебігу (в тому числі і в періоди хвороби, коли продуктивна симптоматика відсутня). Крім того, у відповідності до сучасної концепції «gesovegu», патоперсоналогічні трансформації при ШАР мають бути головною мішенню індивідуально необхідних психофармакологічних, психотерапевтичних та реабілітаційних впливів з метою покращення соціального функціонування пацієнта в період ремісії.

Метою дослідження було встановлення структури патоперсоналогічних трансформацій у хворих на ШАР на підґрунті аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних, клініко-етологічних характеристик станів ремісії.

Контингенти та методи. На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 102 особи із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад». Діагностика вищезазначених захворювань була здійснена згідно Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Середній вік пацієнтів дорівнював $45,0 \pm 10,3$ років; розподілення за статтю: 53 жінки та 49 чоловіків; тривалість захворювання від 2-х до 35 років, середній показник склав $16,8 \pm 8,3$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці дорівнював $28,2 \pm 7,6$ років.

Обов'язковими критеріями включення до вибірки виступали наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології, зловживання психоактивними речовинами. Всі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

У дослідженні приймали участь пацієнти, які приймають медикаментозну терапію атипичними і конвенційними нейролептиками в поєднанні з коректорами (у разі потреби), антидепресантами, нормотиміками – в дозах, які не перевищують рекомендовані для підтримуючої (протирецидивної) терапії та мають різний рівень медикаментозного комплаєнсу, а також особи, які не приймають ніяких психофармакологічних засобів впродовж останніх місяців/років.

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

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду та стану ремісії/інтермісії на момент дослідження, а також для оцінки стану пацієнтів за Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [6].

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

Клініко-катамнестичний метод включав в себе аналіз медичної документації (амбулаторні карти), збір даних шляхом опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Психодіагностичним методом було досліджено особистісні характеристики за допомогою стандартизованого методу дослідження особистості (СМДО) [7] та особливості реагування на хворобу (РНХ) та рівень адаптивності за допомогою тестової методики ТОБОЛ [8]. Психодіагностичне обстеження також включало в себе оцінку нейропсихологічного статусу за допомогою набору нейрокогнітивних методик, заснованих на розробках А. Р. Лурия (Л. І. Вассерман, 1997) [9].

Клініко-етологічний метод було застосовано для вивчення структури та типології невербальних характеристик соціально-комунікативної поведінки, а також кількісного аналізу з використанням глосарію, складеного V. P. Samokhvalov та O. E. Samokhvalova [10].

Статистичний аналіз даних було проведено методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MSExcel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows.

Результати та їх обговорення

При вивченні розподілу контингенту за рівнем освіти, трудової та сімейної адаптації отримано такі результати. Середню освіту мали 22,5% (23 особи) обстежених, середню спеціальну – 41,2% (42 особи) та вищу – 36,3% (37 осіб). Фактично працевлаштованими були лише 31,4% (32 особи), в той час як 68,6% контингенту (70 осіб) не були працевлаштованими впродовж що найменше останніх 3-х місяців. Серед працевлаштованих осіб 17,6% (18 осіб) займали посади пов'язані з виконанням малокваліфікованої праці, хоча більшість з них (12 осіб) мали середню спеціальну або вищу освіту і в минулому отримали досвід праці за спеціальністю. Кваліфіковану працю виконували 7,84% контингенту (8 осіб). На посадах, пов'язаних з виконанням розумової праці, були працевлаштовані лише 5,9% контингенту (6 осіб). Оцінка показників стійкого зниження або втрати працездатності (інвалідізації) дала наступні результати. Інвалідами через психічне захворювання були 76,6% контингенту (76 осіб) з яких 56,8% (58 осіб) мали третю, а 19,8% (18 осіб) – другу

групу інвалідності. Пацієнтів, які не є інвалідами було 23,5% (26 осіб), однак, майже половина з них (12 осіб) не були працевлаштованими.

Згідно з результатами, які було отримано при оцінці сімейного стану, на момент дослідження у шлюбі перебувають 36,3% контингенту (37 осіб), в той час як 40,2% (41 особа) є розлученими, а 23,5% (24 особи) ніколи не перебували в офіційному або цивільному шлюбі.

При вивченні клініко-анамнестичних характеристик контингенту отримано такі результати. Клінічним типом ШАР, який домінував в групі обстеження, 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 склав $11,9 \pm 6,8$ рази. При подальшому ретроспективному аналізі причин госпіталізацій (вивчення епікризів в амбулаторних картах та архівних історій хвороби, опитування родичів пацієнтів) з'ясовано, що в цілому по вибірці у 15,4% випадків звернення за стаціонарним лікуванням більшою мірою були обґрунтовано соціально-побутовими чинниками: конфлікти з родичами, колегами по роботі, сусідами; алкоголізація або наркотизація; матеріально-побутові проблеми. Також для кожного пацієнта було вираховано загальну кількість днів, проведених на стаціонарному лікуванні. В результаті подальшого аналізу отриманої інформації пацієнтів було розподілено на 4 групи за тривалістю перебування в стаціонарі: менше 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 500 днів стаціонарного лікування (50 осіб, 49,0% контингенту). Непоодинокими (12 осіб, 11,8% контингенту) були клінічні випадки, коли за весь термін хвороби пацієнт проводив більше 1000 днів стаціонарного лікування, в тому числі у зв'язку з тривалим перебуванням на примусовому лікуванні через скоєні кримінальні злочини. Оцінка медико-біологічних характеристик стосувалась дослідження якісних та кількісних характеристик медикаментозного лікування за весь час захворювання. Так, для активного та підтримуючого лікування переважної більшості (62 особи, 60,8%) контингенту застосовувались класичні (конвенційні) нейролептики: трифлюперазин, галоперидол, хлорпромазин, хлорпротиксен, зуклопентиксол та флюпентиксол в малих або середньотерапевтичних дозах. У 22 випадках (21,6%) лікування нейролептиками доповнювалось призначенням коректорів (тригексифенідил) в дозі 2–4 мг на добу. У 36 випадках (35,3% контингенту) лікування проводилось переважно атипovими антипсихотиками (рисперидон, клозапін, кветіапін) в малих та середньо терапевтичних дозах. У 35 випадках (24,3% контингенту) провідною групою препаратів для активної та підтримуючої терапії були нормотиміки (вальпроат натрію, карбамазепін та літій карбонат), призначення яких у більшій частині випадків (88,6%) поєднувалось з призначенням нейролептиків / антипсихотиків в дозах, які нижче середньотерапевтичних. Також з метою оцінки прихильності пацієнта до терапії оцінювався 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 прийому підтримуючої терапії поза стаціонаром або несистематичний і вибірковий прийом 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 необхідності продовження лікування в амбулаторних умовах, або пацієнту за рішенням суду тривалий час надавалась амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку (частіше за все депонованими формами класичних нейролептиків).

Згідно з результатами дослідження показників вираженості психопатологічної симптоматики за PANSS загальна сума балів склала $49,25 \pm 11,61$. Для субшкал позитивної, негативної симптоматики та загальних розладів показники становили $11,21 \pm 2,93$, $12,06 \pm 3,21$ та $25,99 \pm 6,70$ балів відповідно. Результати, отримані за окремими субшкалами PANSS відображено на рис. 1

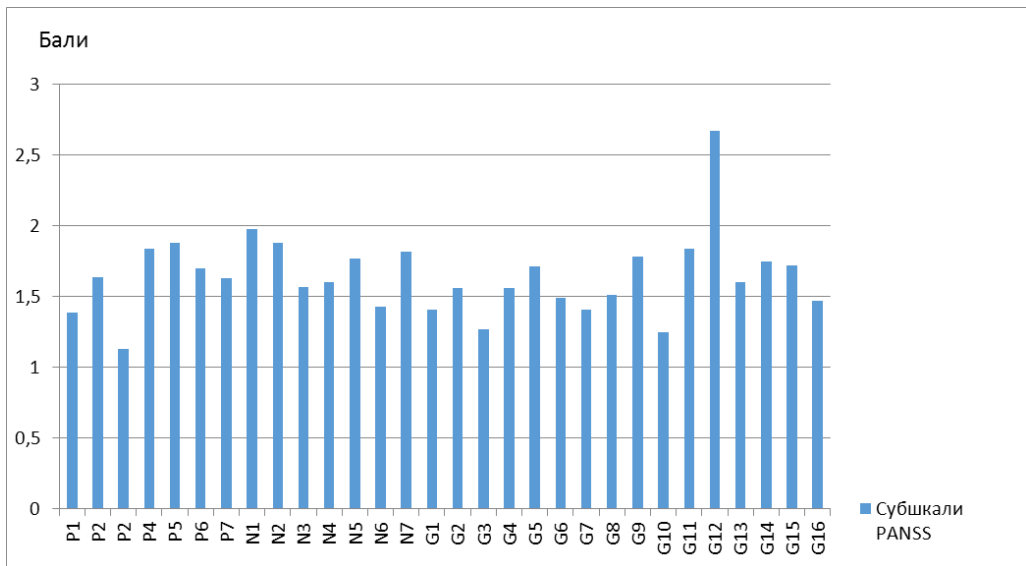


Рис. 1. Показники окремих субшкал PANSS при ШАР в станах ремісії

Проведене нейропсихологічне дослідження контингенту виявило ознаки нейрокогнітивного дефіциту різної структури та ступеня тяжкості. 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% від усіх випадків, коли нейрокогнітивний дефіцит був наявним. Оцінка структури нейропсихологічних порушень в цілому свідчить про їх дифузний характер: за сімнадцятьма з 24 досліджених нейропсихологічних функцій відсоток осіб з порушеннями перевищував 20,0% обстеженого контингенту. Так, 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 входять до кластеру 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% спостережень). У 30 осіб (29,4% контингенту) виявлено порушення функцій автоматизованого, арифметичного, письмового рахування та рішення 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, досягла 45,1% (46 пацієнтів)

Результати, отримані при обстеженні контингентуза методикою СМДО, демонструють наявність декількох помірно підвищених (65–75 Т-балів) показників окремих шкал. Такими шкалами є 2 - а (65,36±12,28 Т - бали), 4 - а (73,23±11,83 Т - бали), 8-а (68,40±12,33 Т - бали) та 9-а (66,05±12,02 Т - бали). Наявність різноспрямованих тенденцій – помірне підвищення показників шкал як гіпостенічного (шкала 2) так і гіперстенічного (шкали 4 та 9) реєстрів може розцінюватись як наслідок компенсаторного напруження особистісних ресурсів та підтвердження наявності патоперсоналогічної трансформації.

Згідно результатів дослідження типу РНХ за допомогою тестової методики ТОБОЛ у обстеженого контингенту виявлено наступні характеристики. Розподіл РНХ за структурою виявив наявність «чистих» (27 випадків, 26,5%), «змішаних» (58 випадків; 56,9%) та

«дифузних» (17 випадків, 16,7%) типів РНХ. Серед «чистих» типів переважали гармонійний (8 випадків, 7,8%), дисфоричний (5 випадків, 4,9%) та паранойальний (4 випадки, 3,9%). Серед «змішаних» типів РНХ найбільш поширеними були ергопатично-анозогнозичний (17 випадків, 16,7%), тривожно-еґоцентричний (16 випадків, 15,7%), еґоцентрично-ергопатичний (8 випадків, 7,8%), тривожно-дисфоричний (5 випадків, 4,9%) та ергопатично-дисфоричний (4 випадки, 3,9%). Серед «дифузних» типів РНХ більш поширеними були профілі, які є комбінацією дисфоричного, тривожного, еґоцентричного та паранойального (3 випадки, 2,9%) та еґоцентричного, анозогнозичного, дисфоричного, ергопатичного (3 випадки, 2,9%) типів РНХ.

В результаті дослідження невербальної поведінки при соціальних комунікаціях у контингенту виявлено наступні особливості. Позиція тіла в сидячому положенні, що характерна ($p < 0,05$) для контингенту є «Поза агресії» – 21,6% спостережень. Також найбільш поширеними елементів пози були «Агресивний випад головою» (18,6% контингенту), «Обидві руки розміщені на стегні» (17,6%), «Притупування ступнею» (12,7% обстежених). Найбільш поширеними елементами міміки були «Фланш бровами» (51,0% обстежених) «Пильний погляд в обличчя співбесідника» (29,4% контингенту), «Посмішка» (62,7%), «Оскал» (20,6%) та «Кусання губ» (11,8%), амімія верхньої половини обличчя (7,8%). Елементами жесту, характерними для обстеженого контингенту були «Жест-указання» (14,7%), «Кулак» (14,7%) та «Аутогрумінг шиї» (11,8% обстежених).

Висновки:

1. В результаті проведеного дослідження на підґрунті аналізу клініко-анамнестичних, клініко - психопатологічних, медико - психологічних, клініко - етологічних характеристик станів ремісії встановлено структуру патоперсоналогічних трансформацій у хворих на ШАР.

2. Клініко - психопатологічними ознаками патоперсоналогічних трансформацій при ШАР є наявність в стані ремісії позитивної (11,21±2,93 балів), негативної (12,06±3,21 балів) симптоматики та загальних розладів (25,99±6,70 балів) за PANSS.

3. Медико - психологічними ознаками патоперсоналогічних трансформацій при ШАР є дифузний нейрокогнітивний дефіцит (за сімнадцятьма з 24 досліджених нейропсихологічних функції відсоток осіб з порушеннями перевищував 20,0% обстеженого контингенту), ознаки компенсаторного напруження особистісних ресурсів за методикою СМДО (помірне підвищення показників 2-ї (65,36±12,28 Т - бали), 4-ї (73,23±11,83), 8-ї (68,40±12,33) та 9-ї (66,05±12,02 Т - бали) шкал) та переважання «змішаних» (58 випадків, 56,9%) типів РНХ, обов'язковою складовою яких є дезадаптивні типи (ергопатично - анозогнозичний (16,7% контингенту), тривожно-еґоцентричний (15,7%) та еґоцентрично - ергопатичний (7,8%));

4. Клініко - етологічними ознаками патоперсоналогічних трансформацій при ШАР є наявність при соціальних комунікаціях специфічного комплексу агресивно - попереджувальних невербальних поведінкових елементів («Поза агресії» у 21,6% обстежених, «Агресивний випад головою» (18,6% контингенту), «Обидві руки розміщені на стегні» (17,6%), «Пильний погляд в обличчя співбесідника» (29,4% контингенту), «Оскал» (20,6%) та «Кусання губ» (11,8%), «Жест - указання» (14,7%) та «Кулак» (14,7% контингенту)).

5. Наслідками патоперсоналогічних трансформацій при ШАР є ознаки соціальної дезадаптації: 68,6% контингенту не були працевлаштованими впродовж що найменше останніх 3-х місяців; 76,6% контингенту є інвалідами через психічне захворювання (56,8% осіб мали третю, а 19,8% другу групу інвалідності; 40,2% контингенту є розлученими, а 23,5% – ніколи не перебували в шлюбі; у 15,4% випадків госпіталізації у обстеженого контингенту були спричинені соціально - побутовими чинниками; 47,1% контингенту мають низький рівень прихильності до прийому підтримуючої терапії, що пов'язано з низькою комплаєнтністю, явищами гіпо- та анозогнозії.

6. Вставлені закономірності розширюють уявлення про клінічні та прогностичні ознаки ШАР і можуть бути використані при формуванні системи діагностичних та диференційно – діагностичних заходів та мають стати головною мішенню лікувально - реабілітаційних впливів зі зменшення рівня соціальної адаптації хворих на ШАР.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Література/References:

1. The liability and clinical utility of ICD-11 schizo – affective disorder: A field trial/Peterson D. L., Webb C. A., Keeley J. W., Gaebel W., Zielasek J., Rebello T. J., Robles R., Matsumoto C., Kogan C. S., Kulygina M., Farooq S., Green M. F., Falkai P., Hasan A., Galderisi S., Larach V., Krasnov V., Reed G. M. //Schizophrenia Research. –2019. – Vol. 208. – P. 235-241. doi: 10.1016/j.schres. 2019. 02. 11.
2. 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 Disorder. – 2015. – Vol. 17(7). – P. 753–768.
3. Марута Н. О. Клініко-психопатологічні прогностичні фактори перебігу первинних депресивних розладів / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю Федченко, О. Є. Семікіна // Психічне здоров'я. – 2017. – Т. 2, вип. 51. – С. 117– 119 [*Maruta NO. Clinical-and-psychopathological prognostic factors of primary depressive disorders development /NO Maruta, TV Pan'ko, Vyu Fedchenko, OYe Semionov//Psychic health. – 2017.- Vol. 2, iss. 51.- P. 117 – 119*]
4. Чугунов В. В. Медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства / В. В. Чугунов, Е. Н. Киреева // Запорожский медицинский журнал (ЗГМУ). – 2014.- N. 3. – С. 71–76. [*Chugunov VV. Medical-and-psychological predictors of prodromal period of reccurent episode of depresssive disorder /VV Chugunov, YeN Kireyeva //Zaporozhiye medical journal. – 2014. – N 3.- P. 71 - 76*]
5. Цьона А. Р. Особливості негативної симптоматики та нейрокогнітивного дефіциту у хворих на шизофренію в стадії ремісії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харків, 2017. – 20 с. [*Tsiona AP. Features of negative symptoms and neurocognitive deficiency in schizophrenia patients in remission: Synopsis of candidate thesis in medicine.- Kharkov, 2017.- 20 p.]*
6. Kay S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophrenia Bulletin (Oxford). – 1987. – Vol. 13. – Issue 2. – P. 261–276
7. Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики: Практическое руководство. – СПб.: Стройлеспечать, 1997. – 360 с. [*Wasserman LI, Dorofeyev SA, Meerson YaA. Methods of neuropsychic diagnostics: Practical guide. – StPetersburg: Stroylespechat, 1997. – 360 p*]
8. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей / Вассерман Л. И., Иовле Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. – 32 с. [*Wasserman LI. Psychic diagnostics of patient's attitude to disease: Guide for doctors . – StPetersburg: VM Bekhterev Research Institute of Psychiatry, 2005. – 32 p.*]
9. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛЛ. – СПб.: Речь, 2000. – 219 с. [*Sobchick LN. Standard multifactorial method of personality research (SMIL). – StPetersburg: Rech, 2000.- 219 p.*]
10. Samokhvalov V. P., Samokhvalova O. E. Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project / Michael S. Ritsner [et al.] // Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders, Vol. II, 2011. – P. 121–164.

Робота надійшла в редакцію 22.01.2020 року.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування