

УДК 616.895.87-008.454-02:316.6

## ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ТА КЛІНІКО-ДИНАМІЧНИХ ФАКТОРІВ ПРЕДИСПОЗИЦІЇ ДО РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

© Х. С. Живаго

Обстежено 129 хворих на параноїдну шизофренію та виявлено ряд соціальних та клініко-динамічних факторів предиспозиції до розвитку депресивної симптоматики. Також визначено, що депресивна симптоматика може розвинути на будь-якому етапі захворювання в результаті чого шизофренія швидко набуває несприятливого перебігу. Виявлені особливості дозволять підвищити якість діагностики депресії та медико-соціальної реабілітації даного контингенту хворих

**Ключові слова:** депресія, шизофренія, предиспозиція, соціальне функціонування, ризик, взаємовплив, динаміка, схильність, лікування

**Background.** The raise of the quality of diagnostics of depressive symptomatology in patients with paranoid schizophrenia by revelation of the factors of predisposition to its development.

**Materials and methods.** 82 хворих patients (studied group) were examined for paranoid schizophrenia with depressive syndrome and 47 – without the syndrome of depression (group of comparison). For this aim the clinical-anamnestic, socio-demographic, clinico-psychopathological and pathopsychological methods of research were used. The scales PANSS, CDSS, HARS, HDRS, questionnaire for the assessment of social functioning and the life quality of psychic patients were also used. On the base of received results the prognostic importance of the separate factors of predisposition to the development of depressive symptomatology in patients with paranoid schizophrenia was assessed.

**Results of research.** Social predisposing factors: absence of own family; inability to use the existent educational and professional potential; absence of work and short employment history. The age and gender belonging had not essential influence on the development of depressive symptomatology. The clinico-dynamic factors of predisposition were determined as: depressive-paranoid syndrome in the period of exacerbation; duration of exacerbation period more than 40 days; development of depressive symptomatology at the beginning of disease and its further conservation; raise of the frequency of rehospitalizations with the course of disease; short dose of supporting therapy and short-term remissions without rehabilitation support; continuous-progredient course of disease with development of apathetic-abulic defect.

**Conclusions.** Depressive symptomatology can develop at any stage of schizophrenia disease. Being associated with depressive symptomatology, disease fast acquires the unfavorable, malignant course with reduction of the quality and duration of emissions and raise of rehospitalization level already in first 5 years of disease. It is proved by the low level of compliance, development of hospitalism, decrease of social functioning and level of life quality. The revealed social and clinico-dynamic predisposition factors will allow raise the level of diagnostics of depressive symptomatology in patients with paranoid schizophrenia. Elaboration of the complex socio-medical rehabilitation of patients with depressive symptomatology at paranoid schizophrenia that takes into account the revealed factors of predisposition will favor the increase of the level of social functioning and life quality of this contingent of patients

**Keywords:** depression, schizophrenia, predisposition, social functioning, risk, mutual influence, dynamics, inclination, treatment

### 1. Вступ

Результати психофармакотерапії на сучасному етапі розвитку психіатрії дозволяють досягти значних результатів у лікуванні продуктивної симптоматики у хворих на параноїдну форму шизофренії. В результаті, стало можливим виявляти інші, масковані або стерті симптоми, такі, як депресія. Поширеність депресивної симптоматики, в залежності від етапу та тривалості захворювання, коливається від 7 % до 75 %. Невчасні діагностика та лікування призводять до таких негативних наслідків, як суїцид, зниження соціального функціонування та якості життя, інвалідність. Виявлення факторів предиспозиції до розвитку депресивної симптоматики у даного контингенту хворих дозволить покращити

її виявлення, почати вчасне лікування, впроваджувати реабілітаційні заходи, які будуть враховувати потреби даних хворих, що сприятиме зниженню негативних наслідків хвороби та підвищенню якості життя пацієнтів.

### 2. Обґрунтування дослідження

Депресивна симптоматика у близько 60 % випадків є причиною самогубств [1], які серед причин смерті психічнохворих, в останні десятиліття, посідають перше місце [1–3]. На початковому етапі захворювання афективна симптоматика проявляється у вигляді стертих невротичних та соматизованих депресій, котрі виникають як аутохтонно, так і після психогенної провокації [4–7]. З плином хвороби фор-

муються інтегровані у структуру депресій, загальні для афективних та негативних розладів, симптомокомплекси, які визначають клінічні властивості депресій у рамках параноїдної форми шизофренії [8, 9]. А стійкість негативної психопатологічної симптоматики призводить до низької здатності до емоційного відгуку, формування кола інтересів, побудови міжособистісних стосунків, що суттєво обмежує можливості соціальної адаптації [10].

Таким чином, недостатньо вивченими залишаються фактори передиспозиції до розвитку депресивної симптоматики при параноїдній шизофренії та їх взаємовплив.

### 3. Мета дослідження

Підвищення якості діагностики депресивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію шляхом виявлення факторів передиспозиції до її розвитку.

### 4. Матеріал та методи дослідження

Нами використано клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний та патопсихологічний методи дослідження. На базі ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві було обстежено, на основі добровільної поінформованої згоди, 82 хворих (дослідна група) на параноїдну шизофренію, у яких було діагностовано депресивну симптоматику та 47 – без симптомів депресії (група порівняння). Критеріями включення у дослідження були: відповідність стану хворого критеріям МКХ-10 для діагнозу «Шизофренія, параноїдна»; рівень депресії за шкалою Калгарі (CDSS) «6» балів та вище; тривалість захворювання не більше 5 років; вік хворих від 18 років; надання добровільної інформованої згоди на участь у дослідженні. Критеріями виключення були: наявність вогнищевої неврологічної симптоматики; наявність наркологічних захворювань; наявність високого суїцидального ризику; наявність гострої або субкомпенсованої/декомпенсованої хронічної соматичної патології; період вагітності або лактації; наявність виразної екстрапірамідної симптоматики.

Середній вік хворих у дослідній групі становив  $30,3 \pm 5,9$  р., в групі порівняння –  $27,6 \pm 5,9$  р. Різниця між групами за віком клінічно не значима. Середній рівень депресії за шкалою CDSS в дослідній групі склав  $14,6 \pm 3,8$  бали, в групі порівняння –  $3,1 \pm 1,4$  бали ( $p < 0,0001$ ). Також було використано шкали PANSS ( $113,3 \pm 7,1$  та  $110,7 \pm 7,1$  бали, відповідно ( $p > 0,05$ )), HDRS ( $13,8 \pm 3,6$  та  $3,7 \pm 1,8$  бали, відповідно ( $p < 0,0001$ )), HARS ( $19,6 \pm 8,0$  та  $12,1 \pm 6,9$  бали, відповідно ( $p < 0,0001$ )) та опитувальний для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих, який ми використали для виявлення соціальних факторів передиспозиції. Дослідна група складалася з 35 (42,7 %) чоловіків та 47 (57,3 %) жінок; група порівняння – з 34 (72,3 %) чоловіків та 13 (27,7 %) жінок. За шкалою HDRS депресивна симптоматика легкого ступеню була виявлена у 34

(41,5 %) хворих, середнього ступеню – 43 (52,4 %), важкого – 5 (6,1 %) обстежених. Депресивну симптоматику вкрай важкого ступеню не було діагностовано у жодного хворого. Таким чином, групи не відрізнялися за основними демографічними показниками, тривалістю та перебігом захворювання на шизофренію. Статистичну обробку отриманих даних здійснено за допомогою пакету програм зі статистичної обробки даних SPSS Statistics for Macintosh (версія 22.0.0.0). Оцінка всіх параметрів аналізу проведена з прийнятим рівнем статистичної значимості не нижче 95 % ( $p < 0,05$ ). Було використано непараметричні критерії: Манна-Уїтні (U), Вілкоксона (W),  $\chi^2$  та точний критерій Фішера. Для виявлення факторів передиспозиції до депресивної симптоматики проведено оцінки прогностичної значимості окремих факторів передиспозиції (оцінку відношення шансів).

Дослідження соціальних факторів включало вивчення сімейного положення, освіти, професійної діяльності: трудових стажу та статусу. Клініко-динамічні фактори передиспозиції включали період загострення (гендерні особливості, синдромальна структура, характер маячної симптоматики, тривалість періоду загострення, кількість госпіталізацій з приводу депресивної симптоматики в минулому, кількість госпіталізацій), ремісії (схема підтримуючого лікування, тривалість прийому підтримуючої терапії, тривалість періоду ремісії, дослідження працездатності хворих, участь в амбулаторних реабілітаційних заходах) та дослідження перебігу захворювання на параноїдну шизофренію (тривалість захворювання, дослідження типу перебігу захворювання, дослідження типу дефекту особистості, термін призначення та група інвалідності). Відповідно до мети, у роботі висвітлено результати проведеного обстеження хворих із депресивною симптоматикою при параноїдній шизофренії. Результати дослідження обох груп було занесено до електронної бази даних. На її основі проведено оцінку прогностичної значимості окремих факторів передиспозиції (оцінку відношення шансів) до депресивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію та виділено найбільш статистично значимі ( $p < 0,05$ ).

### 5. Результати дослідження

Оскільки основною метою було виявлення передиспонуєчих факторів саме у хворих із депресивною симптоматикою при параноїдній шизофренії, ми детально дослідили їх особливості у даного контингенту хворих. Так, дослідження соціальних факторів передиспозиції до розвитку депресивної симптоматики у хворих дослідної групи показало, що за сімейним станом 13 (15,9 %) обстежених хворих були одружені. Із них 7 (8,5 %) пацієнтів проживали в квартирах разом із батьками та, деякі, з дітьми. Інші 5 (6,1 %) проживали окремо від батьків у подружжі. 61 (74,4 %) хворий ніколи не вступав у шлюб, та 8 (9,8 %) були розлучені. Із них, 1 (1,2 %) хворий мешкав окремо у своїй квартирі, інші 68 (82,9 %) обстежених проживали разом із батьками.

Всі обстежені хворі мали закінчену середню освіту. Із них 14 (17,1 %) отримали середню спеціальну освіту. Незакінчену вищу освіту мали 10 (12,2 %) та 22 (26,8 %) пацієнти мали вищу освіту.

Професійна діяльність характеризувалася трудовим стажем та трудовим статусом на момент обстеження. Трудовий стаж 1–4 роки мав 31 (37,8 %) обстежений хворий, 15 (18,3 %) хворих мали трудовий стаж 5–9 років і 36 (43,9 %) – ніколи не працювали.

При цьому, на момент обстеження 56 (68,3 %) пацієнтів, при збереженій працездатності, не працювали та не навчалися, 3 (3,7 %) – навчалися, 8 (9,8 %) обстежених працювали на некваліфікованих роботах, 5 (6,1 %) хворих були висококваліфікованими робітниками, 2 (2,4 %) – службовцями, 8 (9,8 %) – мали групу інвалідності та не працювали.

При вивченні періоду загострення ми з'ясували, що, середній вік хворих чоловіків становив  $27,09 \pm 4,0$  р., жінок –  $32,70 \pm 5,9$  р. Відповідно до даних, наведених у табл. 1, під час дослідження серед чоловіків (14 (40,0 %)) превалював віковий діапазон 18–25 років, серед жінок (13 (27,7 %)) – 31–35 років та старше, що відповідає даним літературних джерел щодо розвитку та перебігу захворювання на шизофренію.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за статтю та віком при включенні у дослідження, n (%)

Віковий діапазон	Чоловіки (n=35)	Жінки (n=47)	Всього (n=82)
18–25 років	14 (40,0)	9 (19,1)	33 (40,24)
26–30 років	10 (28,6)	9 (19,1)	19 (23,17)
31–35 років	11 (31,4)	13 (27,7)	24 (29,26)
Старше 35 років	0	16 (34,0)	16 (19,51)
Всього	35 (100,0)	47 (100,0)	82 (100,0)

Серед чоловіків синдромальна структура була представлена: депресивно-параноїдний синдром – 28 (34,1 %); депресивно-параноїдний з кататонічними включеннями та депресивно-галюцинаторно-параноїдний – по 1 (1,2 %); тривожно-депресивний та тривожно-депресивний з параноїдними включеннями – по 2 (2,4 %); тривожно-депресивний з іпохондричними включеннями – 1 (1,2 %).

Серед жінок: депресивно-параноїдний синдром – 34 (41,5 %) пацієнтки; депресивний синдром – 1 (1,2 %); депресивно-галюцинаторно-параноїдний синдром та галюцинаторно-параноїдний синдром з депресивними включеннями – по 3 (3,7 %); тривожно-депресивний синдром – 2 (2,4 %); тривожно-депресивно-параноїдний синдром та тривожно-депресивний синдром з галюцинаторно-параноїдними включеннями по 1 (1,2 %); тривожно-депресивний синдром з параноїдними включеннями – 2 (2,4 %).

Враховуючи, що більше, ніж у 70 % хворих депресія поєднана із маячною симптоматикою, ми дослідили її особливості.

Так, у 75 (91,5 %) пацієнтів на перший план виступають маячні ідеї відношення. У 64 (78,0 %) хворих також виявляються маячні ідеї особливого значення. Ідеї самозвинувачення та самоприниження чітко виявлено у 42 (51,2 %) хворих. Маячні ідеї впливу визначено у 39 (47,6 %) хворих. Маячні ідеї переслідування визначались у 8 (9,8 %) обстежених.

Вивчення періоду загострення показало, що його тривалість у хворих із депресивною симптоматикою склала  $40,7 \pm 9,5$  дні. При цьому, серед чоловіків –  $40,3 \pm 8,8$  днів; серед жінок –  $41,1 \pm 9,3$  днів. Тобто, тривалість періоду загострення серед чоловіків та жінок статистично суттєво не відрізнялася. При цьому, відповідно до розподілу хворих за тривалістю періоду загострення та статтю ми виявили, що у більшості (26 (74,3 %)) чоловіків період загострення тривав 25–45 днів, у більшості (40 (85,1)) жінок – 36–65 днів. Протягом двох місяців загострення було купіровано у всіх обстежених хворих в умовах стаціонару.

Серед обстежених хворих, 44 (53,7 %) були вперше госпіталізовані із симптомами депресії у складі провідного синдрому. 14 (17,1 %) обстежених були госпіталізовані вдруге із депресивною симптоматикою, інші 24 (29,3 %) були неодноразово госпіталізовані із проявами депресивної симптоматики у складі провідного синдрому.

Наявність статистично значимої різниці за кількістю госпіталізацій протягом хвороби в групах з різною тривалістю захворювання ( $\chi^2=19,47$ ,  $p=0,003$ ), свідчить про наявність взаємозалежності між даними характеристиками (табл. 2). Тобто, чим довше триває захворювання, тим частіше хворі потребують госпіталізації. Як видно, захворювання, із приєднанням депресивної симптоматики, швидко набуває несприятливого, злоякісного перебігу із скороченням якості та тривалості ремісій, вже в перші 5 років хвороби.

Таблиця 2

Розподіл хворих за тривалістю захворювання та кількістю госпіталізацій, n (%)

Кількість госпіталізацій	Тривалість захворювання			Всього
	До 1 року	1–3 роки	4–5 років	
1	2 (16,7)	7 (58,3)	3 (25,0)	12 (14,6)
2–3	1 (2,2)	8 (17,8)	36 (80,0)	45 (54,9)
4–5	0	6 (31,6)	13 (58,4)	19 (23,2)
Більше 5	0	0	6 (100)	6 (7,3)
Всього	3	21	58	82 (100)

Дослідження періоду ремісії показало, що комбіновану підтримуючу терапію (нейролептики у комбінації із антидепресантами) отримували 15 (18,3 %) хворих. Монотерапію (атипові нейролептики) у якості підтримуючої було рекомендовано іншим 67 (81,7 %) хворим.

Середня тривалість безперервного прийому підтримуючої терапії у обстежених хворих склала  $4,6 \pm 2,1$  місяці. Розподіл хворих за даною характерис-



тикою показав, що до 12 місяців приймали підтримуючу терапію 76 (92,7 %) хворих, із них до 6 місяців – 62 (75,6 %) обстежених.

Розподіл хворих в групах з різною тривалістю прийому підтримуючої терапії показав, що хворі, які приймали підтримуючу терапію менше 6 місяців мали більшу тривалість періоду загострення ( $\chi^2=47,2$ ,  $p<0,0001$ ) та меншу кількість повторних госпіталізацій ( $\chi^2=38,0$ ,  $p=0,0009$ ). Тривалий прийом підтримуючої терапії сприяє зменшенню тривалості періоду загострення та кількості повторних госпіталізацій у хворих із симптомами депресії (табл. 3).

Чим менша тривалість прийому підтримуючої терапії, тим тривалішим є період загострення ( $\chi^2=47,2$ ,  $p<0,0001$ ) та збільшується кількість госпіталізацій ( $\chi^2=38,0$ ,  $p=0,0009$ ) у хворих із депресивною симптоматикою (табл. 2).

Таблиця 3  
Оцінка взаємовпливу тривалості прийому підтримуючої терапії, тривалості періоду загострення та кількості повторних госпіталізацій, n (%)

Тривалість прийому підтримуючої терапії	Тривалість періоду загострення			Кількість повторних госпіталізацій		
	25–35 днів	36–45 днів	46–65 днів	2–3	4–5	Більше 5
Не приймали підтримуючу терапію	2 (66,7)	1 (33,3)	0	0	3 (100,0)	0
1–3 місяці	8 (22,9)	9 (25,7)	18 (51,4)	23 (65,7)	12 (34,3)	0
4–6 місяців	0	9 (75,0)	3 (25,0)	6 (50,0)	3 (25,0)	3 (25,0)
7–9 місяців	0	7 (87,5)	1 (12,5)	7 (87,5)	1 (12,5)	0
10–12 місяців	0	6 (100,0)	0	6 (100,0)	0	0
Більше 12 місяців	0	6 (100,0)	0	3 (50,0)	0	3 (50,0)
Всього, n	10	38	22	45	19	6

Ми також дослідили тривалість періоду ремісії, яка передувала теперішньому загостренню у обраного контингенту хворих. Тривалість останньої ремісії у хворих із депресивною симптоматикою склала  $13,0\pm 5,4$  місяці, тобто, близько 1 року. Відповідно до розподілу хворих за терміном тривалості ремісії, до 6 місяців ремісія тривала у 28 (34,6 %) хворих, 7–12 місяців – у 20 (24,7 %), 13–18 місяців – у 17 (20,7 %), більше 18 місяців – у 17 (20,7 %) обстежених.

Результати проведеного розподілу хворих показали, що чим менш тривалий час хворі приймають підтримуючу терапію, тим коротшим є період ремісії, що сприяє обважненню перебігу захворювання та “вкоріненню” депресивної симптоматики ( $\chi^2=23,9$ ,  $p=0,0043$ ) (табл. 4).

Далі ми досліджували рівень працездатності хворих із депресивною симптоматикою при параноїдній шизофренії. Як видно з таблиці 5 ( $\chi^2=19,1$ ,  $p=0,024$ ),

більшість хворих, 56 (68,3 %), не працює та не навчається при збереженій працездатності. При цьому вік більшості цих хворих не перевищує 35 років, що є найбільш працездатним та перспективним віком (табл. 5).

Таблиця 4

Аналіз взаємовпливу тривалості прийому підтримуючої терапії та тривалості ремісії, n (%)

Тривалість прийому підтримуючої терапії	Тривалість ремісії				Всього (n=82)
	До 6 місяців	7–12 місяців	13–18 місяців	Більше 18 місяців	
Не приймали підтримуючу терапію	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	0	6 (7,3)
1–6 місяців	23 (41,1)	15 (26,8)	12 (21,4)	6 (10,7)	56 (68,3)
7–12 місяців	3 (21,4)	2 (14,3)	2 (14,3)	7 (50,0)	14 (17,1)
Більше 12 місяців	0	0	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (7,3)

Таблиця 3

Незважаючи на те, що майже 70 % хворих не навчаються та не працюють, участь у реабілітаційних амбулаторних заходах приймали вкрай низький відсоток обстежених хворих – 16 (19,5 %). При цьому, ця участь носила непостійний, нетривалий характер, що не дозволяло досягати поставлених цілей.

Дослідження перебігу хвороби включало вивчення особливостей тривалості та типу перебігу захворювання, типу дефекту особистості та рівень інвалідності.

Середня тривалість захворювання контингенту хворих на параноїдну шизофренію із симптомами депресії склала  $3,9\pm 1,2$  роки. Серед чоловіків середня тривалість захворювання склала  $3,6\pm 1,2$  роки, серед жінок –  $4,0\pm 0,9$  роки.

Розподіл хворих за статтю та тривалістю захворювання показав, що 58 (70,7 %) хворих, мали тривалість захворювання 4–5 років, серед них 20 (24,4 %) чоловіків та 38 (46,3 %) жінок. 3 (3,7 %) хворих мали тривалість захворювання менше 1 року – 1 (1,2 %) чоловік та 2 (2,4 %) жінки. Всі хворі мали тривалість захворювання менше 5 років, відповідно до критеріїв включення у дослідження.

Дослідження типу перебігу захворювання показало, що у 31 (37,8 %) чоловіка та 39 (47,6 %) жінок спостерігався безперервно-прогресивний тип перебігу захворювання; у 3 (3,7 %) чоловіків та 6 (7,3 %) жінок – епізодичний перебіг із прогресивним розвитком дефекту; у 1 (1,2 %) чоловіка та 2 (2,4 %) жінок неможливо було визначити тип перебігу захворювання, оскільки період клінічного спостереження склав менше одного року.

Вивчення типу дефекту особистості показало, що серед хворих чоловічої статі превалював виразний апатико-дисоціативний дефект в 28 (34,1 %) випадках; у 3 (3,7 %) хворих було діагностовано апатико-абулійний дефект, що формується; у 4 (4,9 %) – дефект особистості не набув клінічного значення на момент обстеження.

Таблиця 5  
Розподіл хворих за віком та працездатністю, n (%)

Віковий діапазон	Навчається	Працює	Інвалід	Не працює, не є інвалідом	Всього
18–25 років	3 (10,0)	5 (16,7)	2 (6,7)	20 (66,7)	30 (36,6)
26–30 років	0	3 (17,6)	0	14 (82,4)	17 (20,7)
31–35 років	0	5 (23,8)	1 (4,8)	15 (71,4)	21 (25,6)
Старше 35 років	0	2 (14,3)	5 (35,7)	7 (50,0)	14 (17,1)
Всього хворих	3 (3,7)	15 (18,3)	8 (9,8)	56 (68,3)	82 (100,0)

Серед обстежених жінок превалював апатико-дисоціативний тип дефекту різного ступеню виразності: у 32 (39,0 %) хворих – виразного ступеню та у 3 (3,7 %) хворих – помірного; у 7 (8,5 %) обстежених дефект особистості не набув клінічного значення на момент обстеження.

8 (9,8 %) обстежених хворих були визнані інвалідами. Серед них інвалідами III групи було визнано 1 (1,2 %) жінку та 1 (1,2 %) чоловіка. Інвалідами II групи терміном на один рік визнано 5 (6,1 %) чоловіків та 1 (1,2 %) жінку.

## 6. Обговорення результатів

Шляхом оцінки вірогідності шансів в дослідній групі і групі порівняння окремо, розрахування відношення отриманих показників двох груп ми виявили найбільш статистично значимі ( $p < 0,05$ ) фактори предиспозиції до депресивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію (оцінка прогностичної значимості).

Було проведено оцінку вірогідності шансів (шанс зустріти один показник порівняно з іншим у цілому явищі) в дослідній групі і групі порівняння окремо, після чого було розраховано відношення отриманих показників двох груп з виявленням статистично значущих. Отримані результати склали більше 9 сторінок таблиць математичних розрахунків, через що не можуть бути поміщені в статті, дисертаційну роботу і т. д., оформлені як первинний матеріал. Результат, отриманий шляхом оцінки відношення шансів, також має назву “оцінка прогностичної значимості” (шанс зустріти один показник порівняно з іншим у цілому явищі). В обговоренні просто помилка, слово середнє, а його прибрала. В інших показниках я виділила синім ті місця, де наведено середні значення. До всіх показників, де використовується середнє значення, вони пораховані. Якщо в цьому питанні, то я їх додала перед таблицею. В табл. 1 не порівнюються чоловіки і жінки, а наведено превалювання у % показниках. Наведено розподіл хворих за показниками. Ми намагались максимально обґрунтувати процес проведення дослідження, оскільки якщо додати групу порівняння, то матеріал збільшиться більше ніж в два рази, це нереально. Тому ми вирішили описувати та представляти розподіл лише у хворих із депресією, а в результатах представляти порівняння із хворими без депресії. В матеріалах і методах це описано. В обговоренні результати

представлені із n (%) для наочності. Так, метод відрізняється від стандарту, який у нас всі звикли використовувати, але це не робить його недостовірним.  $\chi^2$ , p – наведені при порівняннях.

Відсутність власної родини (OR=2,4 (1,1–5,1),  $p=0,021$ ) з нестійкими (OR=3,5 (1,4–8,8),  $p=0,0006$ ) або нейтральними (OR=6,8 (1,9–23,9),  $p<0,001$ ) стосунками із найближчим оточенням; відсутність трудового стажу протягом життя (OR=2,2 (1,0–4,8),  $p=0,047$ ) та відсутність роботи при збереженій працездатності (OR=3,9 (1,8–8,3),  $p<0,0001$ ) та наявності професії (OR=8,7 (1,1–68,8),  $p=0,016$ ).

Клініко-динамічними факторами предиспозиції є: безперервно-прогресивний перебіг хвороби (OR=27,8 (10,4–74,6),  $p<0,0001$ ) з формуванням апатико-дисоціативного типу дефекту особистості (OR=17,7 (6,9–45,7),  $p<0,0001$ ), що сприяє інвалідизації (OR=0,1 (0,0–0,5),  $p=0,008$ ); симптоми депресії, окрім галюцинаторно-параноїдної (OR=0,2 (0,1–0,5),  $p<0,0001$ ), можуть поєднуватись (OR=4,9 (2,0–12,2),  $p<0,0001$ ) із тривожною, кататонічною або іпохондричною симптоматикою; вищий рівень (2–3 госпіталізації протягом перших 5 років хвороби) регоспіталізацій (OR=8,7 (1,1–68,8),  $p=0,016$ ), порівняно із хворими без депресивної симптоматики сприяє “вкоріненню” симптомів депресії; більш тривалий період (46–65 днів) екзацербачії захворювання (OR=8,3 (1,9–37,1),  $p=0,002$ ); прийом підтримуючої терапії до 6 місяців (OR=5,2 (2,1–13,0),  $p<0,001$ ) та тривалість ремісії менше 12 місяців (OR=7,6 (2,2–26,7),  $p<0,001$ ); ігнорування амбулаторних реабілітаційних заходів (OR=6,1 (2,7–13,6),  $p<0,001$ ). Розвиток депресивної симптоматики не залежить від віку хворих (OR=0,9 (0,4–2,0),  $p=0,834$ ) та не виявляє взаємозалежності із віком розвитку захворювання (OR=1,0 (0,5–2,1),  $p=0,897$ ).

## 7. Висновки

1. Із приєднанням депресивної симптоматики, параноїдна шизофренія швидко набуває несприятливого, злоякісного перебігу із скороченням якості та тривалості ремісій, підвищення рівня регоспіталізації вже в перші 5 років хвороби. Це підкріплюється низьким рівнем комплайенсу, розвитком госпіталізму, зниженням соціального функціонування та рівня якості життя.

2. Виявлені соціальні та клініко-динамічні фактори предиспозиції дозволяють підвищити рівень діагностики депресивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію.

3. Розробка комплексу медико-соціальної реабілітації хворих із депресивною симптоматикою при параноїдній шизофренії, який буде враховувати виявлені фактори предиспозиції, сприятиме підвищенню рівня соціального функціонування та якості життя даного контингенту хворих.

## Література

1. Орлова, Н. М. Діагностика, структурно-нозологічний аналіз та корекція ангедонії при шизофренії [Текст] /

Н. М. Орлова, О. О. Хаустова, О. С. Чабан. – К.: Науковий світ, 2011. – 18 с.

2. Montross, L. P. Suicidal ideation and suicide attempts among middle-aged and older patients with schizophrenia spectrum disorders and concurrent subsyndromal depression [Text] / L. P. Montross, J. Kasckow, S. Golshan, E. Solorzano, D. Lehman, S. Zisook // The Journal of Nervous and Mental Disease. – 2008. – Vol. 196, Issue 12. – P. 884–890. doi: 10.1097/nmd.0b013e31818ec823

3. Vasile, D. Suicide Risk Factors Assessment in Schizophrenia [Text] / D. Vasile, O. Vasiliu, M. Vasile // Proceedings of the International Conference on risk management, assessment and mitigation. – 2010. – P. 481–484.

4. Напрєєнко, О. К. Шизофренія з симптомами депресії: клінічні прояви та лікування тїорилом (тїоридазином) [Текст] / О. К. Напрєєнко, В. О. Процик, Л. С. Пампуха // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т. 14, № 1 (46). – С. 90–92.

5. Пінчук, І. Я. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2008–2012 р. та перспективи розвитку психіатричної допомоги країни [Текст] / І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. К. Хобзей, О. О. Петриченко // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 11–17.

6. Ряполова, Т. Л. Обоснование ранней реабилитации больных шизофренией [Текст] / Т. Л. Ряполова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – Т. 1, № 18. – С. 16–21.

7. Felmet, K. Elderly Patients with Schizophrenia and Depression: Diagnosis and Treatment [Text] / K. Felmet, S. Zisook, J. Kasckow // Clinical Schizophrenia & Related Psychoses. – 2011. – Vol. 4, Issue 4. – P. 239–250. doi: 10.3371/csrp.4.4.4

8. Тиганов, А. С. Эндогенные аффективные расстройства: проблемы систематики и типологии [Текст] / А. С. Тиганов // Вестник российской академии медицинских наук. – 2011. – № 4. – С. 4–10.

9. Юрьева, Л. Н. Профилактика суицидального поведения у пациентов с депрессивными расстройствами в контексте доказательной медицины [Текст] / Л. Н. Юрьева, Ю. Н. Шевченко // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 3 (2). – С. 238–239.

10. Гончаров, В. Е. Особенности клинической картины шизофренических психозов на современном этапе

[Текст] / В. Е. Гончаров // Таврический журнал психиатрии. – 2010. – Т. 14, № 1 (50). – С. 18–22.

## References

1. Orlova, N. M., Khaustova, O. O., Chaban, O. S. (2011). Diahnostyka, strukturno-nozoloichnyi analiz ta korektsiia anhedonii pry shyzofrenii. Kyiv: Naukovyi svit, 18.

2. Montross, L. P., Kasckow, J., Golshan, S., Solorzano, E., Lehman, D., Zisook, S. (2008). Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Middle-Aged and Older Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders and Concurrent Subsyndromal Depression. The Journal of Nervous and Mental Disease, 196 (12), 884–890. doi: 10.1097/nmd.0b013e31818ec823

3. Vasile, D., Vasiliu, O., Vasile, M. (2010). Suicide Risk Factors Assessment in Schizophrenia. Proceedings of the International Conference on risk management, assessment and mitigation, 481–484.

4. Naprjejenko, O. K., Procyk, V. O., Pampuha, L. S. (2006). Shyzofreniia z symptomamy depresii': klinichni projavy ta likuvannya tiorylom (tiorydazynom). Ukrainian Journal of Psychoneurology, 14/1 (46), 90–92.

5. Pinchuk, I. Ja., Bogachev, R. M., Hobzej, M. K., Petrychenko, O. O. (2013). Dynamika psyhichnogo zdorov'ja naselennja Ukrai'ny v period 2008–2012 rr. ta perspektyvy rozvytku psyhiatrychnoi' dopomogy krai'ny. Archives of Psychiatry, 19 (1), 11–17.

6. Rjapolova, T. L. (2008). Obosnovanie rannej rehabilitacii bol'nyh shyzofreniej. Journal of Psychiatry and Medical Psychology, 1 (18), 16–21.

7. Felmet, K., Zisook, S., Kasckow, J. (2011). Elderly Patients with Schizophrenia and Depression: Diagnosis and Treatment. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 4 (4), 239–250. doi: 10.3371/csrp.4.4.4

8. Tiganov, A. S. (2011). Jendogennye affektivnye rasstrojstva: problemy sistematiki i tipologii. Herald of the Russian Academy of Medical Sciences, 4, 4–10.

9. Jur'eva, L. N., Shevchenko, Ju. N. (2012). Profilaktika suicidal'nogo povedeniia u pacientov s depressivnymi rasstrojstvami v kontekste dokazatel'noj medicyny. Ukrainian Journal of Neuropsychiatry, 20/3 (2), 238–239.

10. Goncharov, V. E. (2010). Osobennosti klinicheskoy kartiny shyzofrenicheskikh psihozov na sovremennom jetape. The Tauride Journal of Psychiatry, 14/1 (50), 18–22.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Напрєєнко О. К.  
Дата надходження рукопису 03.10.2016*

**Живаго Христина Сергіївна**, аспірант, кафедра психіатрії та наркології, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601  
E-mail: kristinazhyvago@gmail.com