

18. Prognostic Factors in Myelodysplastic Syndromes / Triantafyllidis I. et. al. // Medica – a Journal of Clinical Medicine. 2012. Vol. 7, Issue 4. P. 295–302.

19. IPSS-independent prognostic value of plasma CXCL10, IL-7 and IL-6 levels in myelodysplastic syndromes / Pardanani A. et. al. // Leukemia. 2011. Vol. 26, Issue 4. P. 693–699. doi: 10.1038/leu.2011.251

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Масляк З. В.
Дата надходження рукопису 20.04.2018

Бойко Ольга Ігорівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, відділення гематології, Державна установа «Інститут патології крові та трансфузійної медицини Національної академії медичних наук України», вул. Генерала Чупринки, 45, Львів, Україна, 79044
E-mail: olyaboyko1411@gmail.com

УДК 616.895.8-07-08

DOI: 10.15587/2519-4798.2018.132560

КЛІНІЧНА ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ДЕПРЕСИВНОГО, МАНІАКАЛЬНОГО ТА ЗМІШАНОГО ТИПІВ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ У ДИНАМІЦІ

© О. С. Серікова

Мета дослідження – проведення порівняльного аналізу клініко-психопатологічних особливостей депресивного, маніакального та змішаного типів шизоафективного розладу під час активної терапії на момент загострення захворювання.

Матеріали та методи. В ході виконання дослідження було обстежено 110 пацієнтів з діагнозами шизоафективного розладу (F 25 за МКХ-10), що знаходилися на лікуванні в 1 психіатричному відділенні Державної установи «Інститут Неврології, психіатрії та наркології національної академії медичних наук України» за період з 2000 по 2017 роки. Середній вік обстежених склав $26,0 \pm 7,1$, середній термін захворювання $5,0 \pm 0,8$ років.

Перша група – 60 пацієнтів з діагнозом шизоафективного розладу, депресивний тип за МКХ-10 (F25.1) та друга група – 50 пацієнтів з маніакальним та змішаним типом шизоафективного розладу за МКХ-10 (F25.0, F25.2).

З метою стандартизованої оцінки психічних розладів та ефекту лікування використовувалися шкала позитивних та негативних симптомів (PANSS), оціночна шкала манії Янга (Young Mania Rating Scale), шкала депресії Calgary (CDSS). Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики за допомогою цих шкал проводилася чотири рази під час лікування в стаціонарі: на першому, другому, третьому та четвертому тижні терапії. Аналіз результатів проводився за допомогою методів математичної статистики (критерій Стьюдента-Фішера (t)). Дані наведено у форматі $M \pm m$, де M – середня величина, а m – стандартна похибка.

Результати. Виявлено, що у пацієнтів як із депресивним, так і маніакальним та змішаними типами ШАР на момент 4-го тижня активної терапії загострення, що фактично відповідає виписці із стаціонару, залишаються певні психопатологічні прояви, які виявляються при застосуванні оціночних методик, таких як шкала PANSS, шкала манії Янга, шкала депресії Calgary. У ході виконання дослідження, що представлено у даній статті, показано, що депресивний тип ШАР з одного боку, та маніакальний та змішаний з іншого, мають досить виражені відмінності у динаміці симптомів на клініко-психопатологічному рівні.

Висновки. Тому пацієнтам з шизоафективним розладом (ШАР) після угамування гострої психотичної симптоматики необхідне продовження підтримуючої терапії, спрямованої як на психотичні, так і на афективні залишкові прояви

Ключові слова: шизоафективний розлад, психопатологічна симптоматика, PANSS, YMRS, Calgary, монополярний тип, біполярний

1. Вступ

Шизоафективний розлад (ШАР) – це психоз з епізодичним перебігом, який включає в себе критерії біполярного афективного розладу (БАР), хоча не вичерпується ними, та безсумнівні симптоми шизофренії, але не вкладається повністю в діагноз

шизофренії (завдяки наявності афективних симптомів, хоча вони самі по собі не суперечать шизофренії) [1, 2] і не відповідає усім критеріям шизофренії (зокрема при ньому відсутні негативні та дефіцитарні симптоми у ремісії та прогресивність) [3]. Частка ШАР серед ендегенних психічних захворювань ста-

новить від 11,4 до 30 % [4, 5], й, вірогідно, різні підходи до діагностики ШАР в зв'язку з поліморфізмом симптоматики і є причиною подібних розбіжностей.

Для уточнення нозологічної приналежності ШАР були проведені генетичні дослідження; однак також були отримані досить суперечливі дані: одні автори прийшли до висновку, що подібні порушення є самостійною формою психічної патології, генетично пов'язаною не тільки з афективними психозами, але і з шизофренією, в той час як інші стали відносити ШАР або виключно до афективних порушень, або шизофренії. Існує також точка зору [6, 7], що ШАР може бути перехідною формою між біполярним афективним розладом I типу з психотичними проявами та шизофренією [8, 9].

2. Обґрунтування дослідження

Як показано у краткому огляді, зараз не існує однозначного нозологічного трактування ШАР, нараховують до 23 його дефініцій [1], тому необхідність розробки диференційно-діагностичних [7] та прогностичних критеріїв цього розладу зараз стоїть дуже гостро.

На сьогодні очевидна проблема пошуку найбільш значущих клінічних та клініко-психопатологічних параметрів, які б впливали на нозологічну оцінку шизоафективного розладу та на основі котрих можна було б створити науково обґрунтовані схеми лікування. Диференційований підхід до діагностичної психопатологічної оцінки різних типів ШАР дозволяє отримати не тільки прогностичну інформацію про перебіг хвороби, но й обґрунтувати диференційовану психофармакотерапію.

3. Мета дослідження

Провести порівняльний аналіз клініко-психопатологічних особливостей депресивного, маніакального та змішаного типів ШАР під час активної терапії на момент загострення захворювання.

4. Матеріали і методи

В ході виконання дослідження було обстежено 110 пацієнтів з діагнозами шизоафективного розладу (F 25 за МКХ-10), що знаходилися на лікуванні в 1 психіатричному відділенні Державної установи «Інститут Неврології, психіатрії та наркології національної академії медичних наук України» за період з 2000 по 2017 роки. Середній вік обстежених склав $26,0 \pm 7,1$, середній термін захворювання $5,0 \pm 0,8$ років.

Перша група – 60 пацієнтів з діагнозом шизоафективного розладу, депресивний тип за МКХ-10 (F25.1) та друга група – 50 пацієнтів з маніакальним та змішаним типом шизоафективного розладу за МКХ-10 (F25.0, F25.2).

З метою стандартизованої оцінки психічних розладів та ефекту лікування використовувалися шкала позитивних та негативних симптомів (PANSS), оціночна шкала манії Янга (Young Mania Rating Scale), шкала депресії Calgary (CDSS). Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики за до-

помогою цих шкал проводилася чотири рази під час лікування в стаціонарі: на першому, другому, третьому та четвертому тижні терапії. Аналіз результатів проводився за допомогою методів математичної статистики (критерій Стьюдента-Фішера (t)). Дані наведено у форматі $M \pm m$, де M – середня величина, а m – стандартна похибка.

5. Результати дослідження

Усі обстежені отримували лікування згідно клінічного протоколу про надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія», наказ від 05.02.2007 № 59, затвердженим МОЗ України. В обох групах пацієнтів за чотири тижні лікування відбулася досить швидка редукція маячної та афективної симптоматики. Редукція маячної симптоматики наставала після проходження наступних етапів, ранжируваних за ступенем своєї «зрілості»:

– першим є «патологічне пояснення патологічного», коли на тлі «змішення», тобто злиття патологічних переживань з особистістю, що сприяє початку її хворобливої установки і формуванню наскрізної внутрішньої переорієнтації, виникає спроба дати своєму аномальному стану, до якого фактично відсутня критика, паралогічного пояснення;

– наступним є «витіснення» психотичного змісту на периферію свідомості, з яким пов'язано часткове розуміння пацієнтом хворобливості свого стану, але не повне відділення від нього, визнання в якості хворобливих тільки деяких рис свого стану, «безглузда критика або компромісні судження щодо свого психотичного стану», це ж явище позначається як «інкапсуляція», «ізоляція» психопатологічних переживань від «адекватних сторін психіки»;

– «дезактуалізація», «відступ» марення за рахунок зменшення напруженості, потускніння пов'язаного з ним афекту, тобто згасання психотичних феноменів з втратою почуття їх актуальності для пацієнта, зменшення або втрата емоційної значущості та оцінки марення як чогось реального;

– «раціоналізація» коли має місце формально логічне тлумачення хворим причин, характеру і суті окремих проявів хвороби, двоїста оцінка патологічних переживань за рахунок використання побудов, що конкурують з основною їхньою фабулою, «співіснування марення з відомим адекватним ставленням до дійсності»;

– повна переробка патологічних переживань відповідно до вимог реальної дійсності, їх «дисиміляція і асиміляція».

Динаміка квантифікованої оцінки психопатологічної симптоматики, проведеної за допомогою шкали PANSS, мала наступний вигляд (табл. 1).

На початку терапії при проведенні оцінювання за шкалою PANSS були отримані наступні результати: позитивні симптоми були декілька сильніше вираженими в пацієнтів з маніакальним та змішаним типами ніж у пацієнтів з депресивним типом ШАР ($27,2 \pm 3,0$ та $30,3 \pm 4,5$ балів відповідно, $p < 0,05$), негативні симптоми, навпроти були більш вираженими в

хворих з депресивним, ніж з маніакальним та змішаним типами ШАР, в котрих негативна симптоматика була відсутньою (12,2±2,3 та 7,2±0,1 балів, $p<0,05$), загальні ж симптоми були більш вираженими в обстежених з маніакальним та змішаним типами ШАР, ніж з депресивним типом (47,0±5,1 та 52,7±4,9 бали відповідно, $p<0,05$).

Таблиця 1
Динаміка показників за шкалою PANSS у групах із різним типом ШАР протягом дослідження

Показник за шкалою PANSS	Початок терапії	Тиждень 2	Тиждень 3	Тиждень 4
Депресивний тип				
Позитивні симптоми	27,2±3,0	22,8±3,2 ¹⁾	16,5±2,7 ¹⁾	16,2±2,7
Негативні симптоми	12,2±2,3	10,9±2,1 ¹⁾	7,0±0,0 ¹⁾	7,1±0,0
Загальні симптоми	46,0±5,1	40,2±3,8 ¹⁾	30,0±3,0 ¹⁾	15,5±1,5 ¹⁾
Маніакальний та змішаний типи				
Позитивні симптоми	30,3±4,5	16,2±1,9 ¹⁾	12,0±1,6 ¹⁾	12,2±2,9
Негативні симптоми	7,2±0,1	7,2±0,0	7,1±0,0	7,2±0,0
Загальні симптоми	52,7±4,9 ²⁾	52,2±3,1 ²⁾	38,6±4,0 ¹⁾²⁾	24,2±2,7 ¹⁾²⁾

Примітка: ¹⁾ – розбіжності достовірні у порівнянні із попереднім рівнем, $p<0,05$; ²⁾ – розбіжності достовірні у порівнянні із рівнем показника в групі обстежених з депресивним типом ШАР, $p<0,05$

В групі хворих з депресивним типом ШАР зменшення позитивної симптоматики на другому тижні терапії відбувалось за рахунок маячних думок, дезорганізації мислення, галюцінаторної поведінки, підозрілості/персекуторних ідей та ворожості, у обстежених з маніакальним та змішаними типами ШАР окрім цих пунктів, також зменшувались збудження та зменшення проявів маячення особливих здібностей; при цьому у групі обстежених із депресивним типом ШАР даний показник залишався вищим (22,8±3,2 та 16,2±1,9 бали відповідно, $p<0,05$). Зниження негативної симптоматики в групі хворих з депресивним типом ШАР відбувалось за рахунок зменшення порушення спонтанності і плавності речі та емоційної відгородженості (10,9±2,1 балів у порівнянні із 12,2±2,3 балами на момент першого дослідження, $p<0,05$). Загальні симптомів в обстежених з депресивним типом також знижувались, в обстежених з маніакальним та змішаними типами вони лишались на попередньому рівні (40,2±3,8 та 52,2±3,1 балів, $p<0,05$). Зменшення загальних симптомів у обстежених з депресивним типом ШАР базувалось на зменшенні депресії, тривоги, напруженості, агре-

сивності, завантаженість психічними переживаннями та активної соціальної відстороненості.

На третьому тижні терапії обстежених як з депресивним, так і з маніакальним та змішаними типами ШАР позитивні симптоми знижувались; в групі із депресивним типом вони залишалися достовірно вищими (16,5±2,6 та 12,0±1,6 балів, $p<0,05$ відповідно), негативні симптоми в хворих з депресивним типом ШАР знижувались до мінімального рівню (7,2±0,0 балів у порівнянні із 10,9±2,1 балами на момент попереднього дослідження, $p<0,05$), в хворих з маніакальним та змішаними типами ШАР лишались на попередньому рівні (7,0±0,0 балів та 7,0±0,0 балів відповідно, вираженість загальних симптомів знижувалась як в обстежених з депресивним, так і з маніакальним та змішаними типами ШАР (30,0±3,0 і 38,6±4,0 балів відповідно, $p<0,05$).

На третьому тижні терапії в групі обстежених з депресивним типом та маніакальним і змішаними типами ШАР зменшення бальної оцінки позитивної симптоматики відбувалось також за рахунок зменшення інтенсивності маячних думок, дезорганізації мислення, галюцінаторної поведінки, підозрілості/персекуторних ідей та ворожості. Зменшення вираженості загальних симптомів у обстежених з депресивним типом ШАР відбувалось за рахунок зменшення бальної оцінки депресії, тривоги, напруженості, агресивності, загроженості психічними переживаннями та активної соціальної відстороненості, моторної загальмованості, порушення уваги, зниження критичності до свого стану. Також відмічається поліпшення сну, швидке засипання з вечора, сновидіння із позитивним змістом; редукція ідеаторного варіанту синдрому Кандінського – Клерамбо, редукція або зменшення інтенсивності вербального псевдогалюцинозу. На другому – третьому тижні терапії у пацієнтів зі змішаним типом ШАР протягом дня виникали епізоди «загальмованого стану» з відчуттям байдужості, апатія, яка змінювалась піднесеним настроєм, активністю.

На четвертому тижні терапії ШАР зменшення бальної оцінки обох групах відбувалось тільки за рахунок зменшення інтенсивності загальних симптомів за шкалою PANSS, позитивні симптоми лишались на попередньому рівні як в обстежених з депресивним (16,2±2,7 балів і 16,5±2,7 балів на момент попереднього дослідження, $p\geq0,05$), так і з маніакальним та змішаними типами ШАР (12,2±2,9 балів і 12,0±1,6 балів відповідно, $p\geq0,05$), негативна симптоматика також лишалася без зміни і однаковою в обох групах (7 ±0,0 балів), загальні симптоми знижувались в обстежених і з депресивним (15,5±1,54 проти 30,0±3,0 балів на момент попереднього дослідження, $p<0,05$), і з маніакальним та змішаними типами ШАР (24,1±2,7 та 38,6±4,0 балів відповідно, $p<0,05$). Це зниження відбувалось за рахунок зменшення вираженості таких симптомів, як порушення уваги, підвищення критичності до свого стану, зменшення агресивності, загроженості психічними переживаннями. Тільки на четвертому тижні нічний сон майже

приходить до норми, проте виявляються залишкові продуктивна симптоматика та тривожно-депресивна симптоматика. На четвертому тижні терапії в обох групах формується більш критичне відношення до хворобливих переживань та надалі зменшуються продуктивна та афективна симптоматика. Поведінка обстежених з маніакальним та змішаними типами ШАР стає впорядкованою, пацієнти стають більш доброзичливими.

Залишкові прояви психопатологічної симптоматики на четвертому тижні терапії для обстежених з депресивним типом ШАР проявлялися за наступними пунктами шкали PANSS: поодинокі обманні сприйняття та уривчаті маячні думки, депресія, тривога, підозрілість, погана увага, неповна критика до свого стану.

Для маніакального та змішаного типів залишкові психопатологічні прояви були наступними: наявність маячних думок, поодинокі обманні сприйняття, збудження, переоцінки власних можливостей, підозрілості, дещо незвичайного змісту думок, поганої уваги, тривоги, напруження, дещо зниженого контролю за імпульсивністю, неповної критики до свого стану.

Динаміка вираженості афективних проявів у групі із депресивним типом ШАР оцінювалася за допомогою шкали депресії Calgary (CDSS) (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка показників за шкалою депресії Calgary у групі із депресивним типом ШАР протягом дослідження

Показник	Початок терапії	Тиждень 2	Тиждень 3	Тиждень 4
Сумарний бал за шкалою CDSS	24,2±1,1	21,7±1,7	14,2±1,5*	5,1±1,1*

Примітка: * – розбіжності достовірні у порівнянні із попереднім рівнем, $p < 0,05$

Депресивна симптоматика за шкалою Калгарі у обстежених з депресивним типом ШАР на першому тижні терапії сягала 24,2±1,08 балів, на другому тижні знижувалась до 21,7±1,7 балів, на третьому тижні – до 14,2±1,5 (розбіжності у порівнянні із рівнем на момент попереднього дослідження достовірні, $p < 0,05$), на четвертому тижні оцінювалася в 5,1±1,1 балів (розбіжності у порівнянні із рівнем на момент попереднього дослідження достовірні, $p < 0,05$). Зменшення депресивної симптоматики на другому тижні відбувалось за рахунок менш частих ранніх прокидань, або подовження нічного сну, зменшення наявної депресивної симптоматики та спостережимої депресії. На третьому тижні терапії до цих пунктів також додавалось покращення самооцінки, зменшення інтенсивності ідей провини, ідей відношення та суїцидальних думок; в пацієнтів збільшується фізична активність, поліпшується апетит, відновлюється інтерес до спілкування, дещо покращується настрій.

Також зникає іпохондрична симптоматика. Клінічна картина на четвертому тижні терапії характеризувалась наявністю помірної депресивної симптоматики, ідей відношення та патологічного відчуття провини легкого ступеню вираженості, рідких ранніх прокидань, відсутністю суїцидальних думок.

В обстежених із маніакальним та змішаним типом ШАР квантифікована оцінка афективної симптоматики проводилася за допомогою оціночної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale) (табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка показників за шкалою манії YMRS у групі із депресивним типом ШАР протягом дослідження

Показник	Початок терапії	Тиждень 2	Тиждень 3	Тиждень 4
Сумарний бал за шкалою YMRS	38,0±2,2	25,8±2,4*	15,0±2,6*	3,0±0,9*

Примітка: * – розбіжності достовірні у порівнянні із попереднім рівнем, $p < 0,05$

Вираженість маніакальної симптоматики у обстежених з маніакальним та змішаним типами ШАР за шкалою YMRS під впливом терапії знижувалась наступним чином: на першому тижні вона оцінювалася в 38,0±2,2 балів, на другому тижні терапії вона знижувалась до 25,8±2,4 балів (розбіжності достовірні у порівнянні із попереднім рівнем; $p < 0,05$), на третьому тижні вона оцінювалася в 15,0±2,6 балів (розбіжності достовірні у порівнянні із попереднім рівнем; $p < 0,05$), на четвертому – в 3,0±0,9 бали, що більш ніж вдесятеро нижче ніж рівень показника на момент першого дослідження (розбіжності достовірні у порівнянні із попереднім рівнем; $p < 0,05$).

Зменшення маніакальної симптоматики на другому тижні відбувалось завдяки зменшенню надмірної моторної активності, та зменшенню агресивної симптоматики, подовженню нічного сну, уповільненню темпу мовлення, проте він ще не приходив до нормальної швидкості, покращенню можливості міркувати цілеспрямовано. На третьому тижні терапії також становився більш реальним зміст ідей, поліпшувалась критика до хвороби та зменшувалась інтенсивність вищезгаданої симптоматики. На четвертому тижні в клінічній картині можна було виявити залишкову симптоматику – піднесений настрій або суб'єктивно підвищені дратівливість та говіркість, підвищену моторну активність, відволікаємість уваги, також залишалися сумнівні плани, нерациональні ідеї.

6. Обговорення результатів дослідження

В доступній літературі за останнє десятиріччя не було знайдено нових досліджень динаміки симптомів біполярного та маніакального типів ШАР у порівнянні між собою.

Проте роботах ще в 80-х років минулого сторіччя визнавалися відмінності в перебігу та

прогнозі біполярного і монополярного варіантів шизоафективного розладу [10, 11]. Але, незважаючи на це, у авторів не сформувалося єдиної концепції стосовно перебігу та прогнозу цих двох варіантів захворювання [12]. Часто їх думки стосовно вищезазначених питань були діаметрально протилежними [13]. Виходячи з цього, наразі виникає питання стосовно правильності постановки діагнозу на етапі маніфесту захворювання, що також ускладнює диференційований підхід до питання терапії хворих монополярним і біполярним варіантами шизоафективного психозу. А це особливо важливо, тому що в цих випадках терапія адресована тому контингенту пацієнтів, соціальна адаптація яких безпосередньо залежить від частоти і ступеня тяжкості загострень і якості ремісій.

Відомо, що нозологічна самостійність ШАР дотепер є дискусійним питанням. Згідно цього, класифікація ШАР за полюсом афективних розладів, прийнята в МКХ-10, теж може вдаватися недосконалою із клінічної точки зору. У ході виконання дослідження, що представлено у даній статті, показано, що депресивний тип ШАР з одного боку, та маніакальний та змішаний з іншого, мають досить виражені відмінності на клініко-психопатологічному рівні. Так, для депресивного типу притаманна менша вираженість загальних симптомів за шкалою PANSS, та їх більш швидка редукція, позитивні симптоми за PANSS, навпаки, при депресивному типі є більш вираженими та резистентними. Також привертає до себе увагу те, що на першому – другому тижні терапії при депресивному типі ШАР зустрічаються окремі прояви негативних симптомів за шкалою PANSS, які для маніакального та змішаного типів нехарактерні взагалі. Редукція афективних проявів також настає більш швидко при маніакальному та змішаному типах ШАР. Отже, із клінічної точки зору, розподіл типів ШАР, прийнятий у

DSM – V, при якому відокремлюється депресивний та біполярний (до якого відносяться маніакальний та змішаний типи за МКХ-10) представляється більш відповідною.

Отримані дані свідчать про те, що цієї групі хворих після угамування гострої психотичної симптоматики необхідне продовження підтримуючої терапії, спрямованої як на психотичні, так і на афективні залишкові прояви для становлення повноцінної ремісії.

7. Висновки

1. Виявлено, що на четвертому тижні терапії для обстежених з депресивним типом ШАР залишкові прояви психопатологічної симптоматики проявлялися за наступними пунктами шкали PANSS (сумарний бал – 38,8±5,0): поодинокі обманливі сприйняття та уривчасті маячні думки, депресія, тривога, підозрілість, погана увага, неповна критика до свого стану.

2. На четвертому тижні терапії для обстежених з маніакальним та змішаними типами ШАР залишкові психопатологічні прояви були наступними (сумарний бал – 43,5±4,7): наявність маячних думок, поодиноких обманливих сприйняття, збудження, переоцінки власних можливостей, підозрілості, дещо незвичайного змісту думок, поганої уваги, тривоги, напруження, дещо зниженого контролю за імпульсивністю, неповної критики до свого стану.

3. Різні типи загострень ШАР (біполярний чи депресивний) мають різні напрямки редукції психотичних продуктивних та афективних симптомів, та неоднакову залишкову психопатологічну симптоматику, розуміння цього дозволяє призначати диференційовану терапію станів загострення та підтримуючого лікування в стадії ремісії задля профілактики суїцидів, професійного й соціального зниження та скоєння суспільно небезпечних дій

Література

1. Schizoaffective disorder a poorly understood disease / Salgado H. et. al. // 22nd European Congress of Psychiatry. Munich, 2014.
2. ICD-10 International Classification of Diseases. Version 2010. World Health Organization. URL: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V>
3. Schizoaffective Disorder in the DSM-5 / Malaspina D. et. al. // Schizophrenia Research. 2013. Vol. 150, Issue 1. P. 21–25. doi: 10.1016/j.schres.2013.04.026
4. Diagnostic stability three years after a first admission diagnosis of psychosis / Silveira C. et. al. // 22nd European Congress of Psychiatry. Munich, 2014.
5. Коренев А. Н. Клиническая дифференциация манифестных шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Журнал невропатологии и психиатрии. 1994. Т. 94, № 6. P. 45–49.
6. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство / Краснов В. Н. и др. Москва: Медпрактика-М, 2007. 260 с.
7. Сравнительное исследование нейрокognитивного профиля больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством // Зайцева Ю. С. и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 2. С. 5–11.
8. Мосолов С. Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и лечение. Москва: МЕДпресс-информ, 2008. 384 с.
9. Ануфриев А. К. Избранные труды по психиатрии. Москва: Издательство «Логос», 2013. 352 с.
10. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. Ленинград: Медицина, 1988. 264 с.
11. Levitt J. J., Tsuang M. T. The heterogeneity of schizoaffective disorder: implications for treatment // American Journal of Psychiatry. 1988. Vol. 145, Issue 8. P. 926–936. doi: 10.1176/ajp.145.8.926

12. Vega J. M. del R., Ayuso-Gutierrez J. L. Course of schizoaffective psychosis: a retrospective study // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1990. Vol. 81, Issue 6. P. 534–537. doi: 10.1111/j.1600-0447.1990.tb05494.x

13. Angst J, Preisig M. Course of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients. Results of a prospective study from 1959 to 1985 // Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 1995. Vol. 146, Issue 1. P. 5–16.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Підкоритов В. С.
Дата надходження рукопису 20.03.2018*

Серікова Ольга Сергіївна, молодший науковий співробітник, відділ клінічної, соціальної та дитячої психіатрії, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології, Національної академії медичних наук України», вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
E-mail: olga.s.serikova@gmail.com

УДК 616-022.9-036:616-058.234.4(498.6)

DOI: 10.15587/2519-4798.2018.132591

РІДКІСНА ПРОФЕСІЙНА ІНФЕКЦІЯ: ДВА ВИПАДКИ ПАРАВАКЦИНИ – ВІРУСНОЇ ХВОРОБИ ДОЯРОК НА БУКОВИНІ

© А. М. Сокол, Ю. О. Рандюк, А. С. Сидорчук, Н. А. Богачик, Я. В. Венгловська,
Н. А. Каспрук, В. Л. Тимошук, О. М. Олійник

У представленій статті наведено два клінічні випадки рідкісної зоонозної професійної вірусної інфекційної хвороби, викликаной ДНК-вмісним парапоксвірусом, який передається безпосередньо під час контакту, найчастіше при доїнні корів, що й спричинило назву захворювання – «вузлики доярок», однак ризику інфікування також підлягають м'ясники, фермери та агротуристи.

Детально описано клінічний перебіг двох випадків паравакцини, вірусне зараження починається через 5–15 днів після інюкації у вигляді фіолетового еритематозного округлого вузлика з чітким вдавненням в центрі та оточуючим його еритематозним кільцем.

Наголошено на необхідності чіткого з'ясування епіданамнезу, що може полегшити диференціацію з еризипелоїдом Розенбаха, новоутвореннями шкіри, контагіозним молюском та сибірковим карбункулом.

За даними сучасної літератури, у фермерських господарствах поява вузликів може траплятися у людей з ослабленим імунітетом, в яких також існує підвищений ризик виникнення серйозних ускладнень. Вузлики самостійно розсмоктуються в осіб без ослабленого імунітету і загоюються без утворення рубця. Існують дані, що вірус паравакцини може стати джерелом антигену для розвитку багатомірної еритеми.

Аналізуючи дані фахових закордонних і вітчизняних статей, паравакцина є самолімітуючою вірусною інфекцією, профілактика якої зводиться до дотримання санітарно-гігієнічних правил при доїнні корів, догляді за тваринами, використанні антисептиків у ветеринарії та фермерстві.

Зацікавленість з наукової точки зору викликає вивчення стану імунної системи на сприйнятливості до вірусу, особливості клінічного перебігу за коморбідної імунodefіцитної патології різного тенеу, оскільки питання залишається нез'ясованим.

Унікальна структура і процес реплікації парапоксвірусів наразі інтенсивно досліджуються, ці дані можуть відкрити перспективні терапевтичні можливості для лікування онкологічних хвороб.

Лікарям загальної практики-сімейна медицина та практикуючим лікарям інших спеціальностей – інфекціоністам, дерматологам, онкологам і хірургам варто пам'ятати особливості цієї інфекції, оскільки висока ймовірність невірної її ідентифікації для осіб, які раніше не зустрічалися з нею, може призвести до небажаного використання надто інтенсивних методів лікування

Ключові слова: професійна інфекційна хвороба, парапоксвіруси, паравакцина, вузлики доярок, зооноз, рідкісні інфекції

1. Вступ

Паравакцина (псевдокоров'яча віспа, вузлики доярок, pseudocowpox, milkers nodules) – вірусна хвороба, яка викликається pseudocowpox virus, представником родини Poxviridae, роду Parapoxvirus. На відміну від вірусів роду Orthopoxviridae, куди входять віруси натуральної віспи, віспи корів, вакцини

та віспи мавп, які мають антигенну спорідненість і можуть викликати перехресний імунітет, вірус паравакцини такої спорідненості не має й на імунітет вище названих хвороб не впливає.

За механізмом передачі паравакцина є представником контактних інфекцій, зооноз. Джерелом інфекції найчастіше є корови, (рідше – вівці), в яких