

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА
НАРКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»

КИДОНЬ ПАВЛО ВОЛОДИМИРОВИЧ

УДК 616.895.8:615.212.7

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ,
ПОЄДНАНОЮ З ВЖИВАННЯМ КАНАБІНОЇДІВ

14.01.16 – Психіатрія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Харків – 2019

Дисертацією є рукопис

Роботу виконано в Українській медичній стоматологічній академії.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Скрипніков Андрій Миколайович**, Українська медична стоматологічна академія, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, завідувач кафедри

Офіційні опоненти:

– доктор медичних наук, професор **Кожина Ганна Михайлівна**, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету МОЗ України;

– доктор медичних наук, професор **Пшук Наталія Григорівна**, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Захист відбудеться *«27» березня* 2019 р. о 10:00 год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.566.01 при ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

Автореферат розісланий «___» _____ 2019 р.

Вчений секретар
Спеціалізованої Вченої Ради,
кандидат медичних наук

Н.А. Байбарак

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Шизофренія є однією з ключових проблем сучасної психіатрії. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року цей розлад може зайняти п'яте місце серед усіх хвороб, пов'язаних з втратою працездатності (Щербакова І. В., 2006). За різними оцінками, на це захворювання страждають від 24 до 51 млн. людей у всьому світі, і щорічно реєструється до 2 млн. нових випадків. Зацікавленість ВООЗ в інтенсивних дослідженнях в цій області пояснюється величезними суспільними витратами, зумовленими шизофренією, і вкрай несприятливим впливом цієї нозології на показники здоров'я населення в цілому (Марута Н. А., 2013; Сонник Г. Т., Напрєєнко О. К., Скрипніков А.М., 2015; Tandon R., 2016; Пшук Н. Г., 2016; Кожина Г. М., 2017).

У той же час захворюваність на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР в Україні стала перевищувати захворюваність від психічних та поведінкових розладів іншого походження (Васіна Ю. В., Шаповалов В. В., Шаповалова В. О., Ковальова К. І., 2015; Степанова Н. М., 2013). В структурі зловживання психоактивними речовинами використання препаратів коноплі знаходиться на першому місці (Овчинников А. А., Патрикеева О. Н., 2014; Нестеренко А. Б., Дудин І. І., 2014; Tait R. J., Teoh L., Kelty E., Geelhoed E., Mountain D., Hulse G. K., 2016). Дана тенденція, безумовно, не могла не вплинути на число вживаючих ПАР серед пацієнтів, які страждають на різні форми психічної патології, в тому числі і хворих на шизофренію. Відомо, що серед хворих на залежність від ПАР майже у кожного п'ятого є коморбідні ендогенні психічні розлади, а з іншого боку серед хворих на шизофренію майже 50% пацієнтів мають супутній розлад, викликаний вживанням ПАР (Афанасьєва А. В., 2011; Пивень Б. Н., 2014).

Існуюча проблема коморбідності, високі показники поширеності коморбідних захворювань, відсутність єдиного підходу до кваліфікації та лікування таких хворих, а також величезний інтерес світової науки до даного питання, безумовно, визначають високу актуальність проблеми поєднання шизофренії та вживання канабіноїдів. Проте, фундаментальних досліджень зі згаданої проблеми за останні роки не проводилося, а поодинокі роботи були присвячені лише окремим її аспектам (Saxena P., Grella C. E., Messina N. P., 2016; Bennett M. E., Bradshaw K. R., Catalano L. T., 2017). На жаль, у світовій науковій літературі переважно висвітлено питання епідеміології поєднання шизофренії та вживання ПАР, в той час як аналіз особливостей їх клінічних проявів залишається без належної уваги. Особливості перебігу коморбідних захворювань, ступені вираженості їх психопатологічних симптомів, а також їх залежність від форми психічного захворювання залишаються неосвітленими.

Необхідність вирішення вищезазначених проблем та їх висока медико-соціальна значущість визначили актуальність даної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до плану досліджень кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії в межах науково-дослідної роботи «Клініко-психопатологічні та патопсихологічні

характеристики пацієнтів з шизофренією та шизофреноподібними психозами, поєднаними з вживанням канабіноїдів» (державний реєстраційний номер – 0113U001378).

Мета дослідження – дослідити клініко-психопатологічні, особистісно-типологічні та соціально-демографічні характеристики хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів, та на підставі отриманих результатів розробити та впровадити комплекс діагностичних заходів, спрямованих на покращення якості психіатричної допомоги означеному контингенту хворих.

Завдання дослідження:

1. Визначити основні мотиви та особливості наркотизації, стрижневі синдроми залежності у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів.

2. Дослідити чинники спадкової обтяженості на психічні та наркологічні патології у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів.

3. Вивчити клініко-психопатологічну структуру психічних порушень при параноїдній формі шизофренії, поєднаній з вживанням канабіноїдів. Дослідити вплив психопатологічної симптоматики на вчинення хворими на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів, суспільно небезпечних діянь.

4. Дослідити динаміку перебігу параноїдної форми шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів.

5. Визначити маркери шизофренічного процесу на доманіфестному етапі у осіб, які вживали канабіноїди.

6. Вивчити особистісно-типологічні характеристики хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів.

7. Дослідити особливості терапевтичної відповіді на прийом антипсихотиків у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів.

8. Вдосконалити систему діагностичних та лікувальних заходів щодо хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів.

Об'єкт дослідження: параноїдна форма шизофренії, поєднана з вживанням канабіноїдів.

Предмет дослідження: клініко-психопатологічні, особистісно-типологічні та соціально-демографічні особливості хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів.

Методи дослідження: інформаційно-аналітичний; клініко-анамнестичний; клініко-психопатологічний; психодіагностичний; психометричний; генеалогічний; лабораторний; статистичний.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше досліджено спадкову обтяженість на психічні та наркологічні захворювання у хворих на параноїдну форму шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів. Вперше досліджено психопатологічні прояви, наявні у цих хворих на догоспітальному етапі.

Вперше детально вивчено клінічні прояви в маніфесті захворювання та під час подальших загострень, особливості прогресивності процесу, характеристику кінцевих станів. Вперше вивчено мотиви відмови від прийому антипсихотичних препаратів даними хворими. Вперше досліджено особливості суїцидальної поведінки у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів. Уточнені шляхи вживання канабіноїдів хворими на параноїдну форму шизофренії та різновиди вживаного матеріалу. Вперше глибинно вивчено особливості патологічного потягу до наркотику цих пацієнтів. Вперше вивчено типи внутрішньої картини хвороби та рівні реактивної та особистісної тривожності у даного контингенту хворих. Вперше досліджені відмінності терапевтичної відповіді у обстежених пацієнтів в залежності від призначеного антипсихотика.

Практичне значення отриманих результатів. На підставі отриманих результатів було розроблено клініко-психопатологічні та патопсихологічні критерії, що дозволяють удосконалити ранню функціональну діагностику параноїдної форми шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів. Розроблена та апробована комплексна система діагностичних заходів щодо хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів, буде сприяти диференційованій, патогенетично обґрунтованій терапії та оптимальній реабілітації даного контингенту хворих. У результаті проведеного дослідження визначено маркери для диференційної діагностики параноїдної форми шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів та неускладненої наркотизацією форми.

Результати проведеного комплексного дослідження впроваджено у лікувальну роботу відділень «Обласної клінічної психіатричної лікарні» Запорізької обласної ради (Акт впровадження від 20.09.2016р.), Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру (Акт впровадження від 27.01.2017р.), Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні (Акт впровадження від 21.09.2016р.), «Дніпропетровської клінічної психіатричної лікарні» Дніпропетровської обласної ради (Акт впровадження від 09.12.2016р.), Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева (Акт впровадження від 02.12.2016р.), кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України (Акт впровадження від 27.12.2016р.), у навчальний процес кафедр: психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України (Акт впровадження від 26.12.2016р.), кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти (Акт впровадження від 19.01.2017р.), кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» (Акт впровадження від 21.12.2016р.), кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету (Акт впровадження від 07.02.2017р.),

кафедри психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти (Акт впровадження від 10.10.2016р.), що підтверджено 11 актами про впровадження.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно виконано аналітичний огляд джерел науково-медичної інформації за темою роботи, написано всі розділи дисертації. Автором власноруч здійснено комплексне клініко-анаменстичне, клініко-психопатологічне, психометричне та психодіагностичне обстеження усіх пацієнтів, сформульовано висновки та впроваджено в клінічну практику результати дослідження. Статистична обробка результатів і аналіз отриманих даних здійснено з використанням стандартного пакету прикладних ліцензійних комп'ютерних програм.

Апробація результатів дисертації. Основні наукові результати й висновки дисертації доповідалися та обговорювалися на міжнародному, національному, регіональному та галузевому рівнях, зокрема на конгресах та науково-практичних конференціях: «ХІІ з'їзд Всеукраїнського лікарського товариства» (Київ, 2013), «Медична наука – 2013» (Полтава, 2013), «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології» (Харків, 2014), «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи» (Київ, 2014), «Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку» (Львів, 2015), «Вітчизняна та світова медицина в сучасних умовах» (Дніпропетровськ, 2015), «Перспективні напрями розвитку сучасних медичних та фармацевтичних наук» (Дніпропетровськ, 2015), «Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки» (Львів, 2015), «Сучасні наукові дослідження представників медичної науки – прогрес медицини майбутнього» (Київ, 2015), ECNP Seminar in Neuropsychopharmacology (Одеса, 2015).

Публікації. Основні положення дисертаційного дослідження відображено у 19 наукових роботах, з яких 7 статей у фахових виданнях, затверджених МОН України (із них 4 самостійні, 3 – написані зі співавторами), 1 стаття в міжнародному виданні, 10 публікацій в інших спеціалізованих виданнях та збірниках наукових праць (6 з них самостійні) та 1 навчально-методичний посібник.

Об'єм і структура дисертації. Дисертація викладена на 220 сторінках машинописного тексту. Дисертація структурно складається зі вступу, огляду літератури, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел в кількості 390 (212 – кирилицею, 178 – латиницею). Роботу ілюстровано 12 таблицями, 15 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

Контингент і методи дослідження. В основу дослідження було покладено матеріали вивчення стану 307 осіб. Залежно від наявності у обстежених психічної чи наркологічної патології, пацієнти були розподілені на три групи: основну, контрольну I та контрольну II. Основну групу склали 186 хворих з провідним діагнозом шизофренія, параноїдна форма (F20.0), які вживали канабіс (не менше 6 місяців) та проходили лікування в психіатричному стоціонарі. Контрольну групу I склали 90 пацієнтів, хворих на параноїдну форму шизофренії, які також проходили стаціонарне лікування. У них було

відсутнє систематичне вживання чи залежність від будь-яких ПАР, окрім нікотину. Контрольну групу II склала 31 особа, що на момент дослідження вживала (чи зловживала) канабіноїди та, у якої не було діагностовано жодного психічного розладу. Враховуючи наркологічний анамнез, ми розділили основну групу на дві підгрупи. До першої підгрупи належали 103 пацієнта, які вживали канабіноїди тільки до першої госпіталізації до психіатричного стаціонару. До другої підгрупи увійшло 83 пацієнта, які вживали канабіноїди, як до першої госпіталізації, так і на момент дослідження.

У основній та контрольній I групах пацієнтів суттєвих відмінностей у соціально-демографічних показниках виявлено не було. Відмінності у даних показниках між контрольною II та іншими групами полягали у більш молодому віці обстежених у першій.

У роботі використовувався комплекс **методів** дослідження:

I. Інформаційно-аналітичний метод.

II. Клініко-анамнестичний метод.

III. Клініко-психопатологічний метод.

IV. Психодіагностичні методи (методика Ч. Спілбергера в адаптації Ю. Л. Ханіна (С.Д. Spilberger, в адаптації Ю.Л. Ханіна, 1971), особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (Лічко А.Є. та ін., 1983), методика Леонгарда-Шмішека (К. Leongard – Н. Schmieschek, 1970), методика для визначення мотивації вживання канабіноїдів (Завьялов В. Ю., 1988, Шумейченко М. О., 2006), шкала патологічного потягу до наркотику (Іванець М. М., Віннікова М. О., 2001), міжнародне нейропсихіатричне міні-опитування (Sheehan D., Lecrubier Y., 1998)).

V. Психометричний метод (шкала загального клінічного враження (субшкала покращення) (Guy W., 1976), шкала позитивної та негативної симптоматики (Kay S., Opler L., Fiszbein A., 1987));

VI. Генеалогічний метод.

VII. Лабораторний метод (QuickTox Drug Screen Dipcard).

VIII. Статистичний метод обробки отриманих даних з використанням методів описової статистики; визначенням середніх арифметичних, середнього квадратичного відхилення, стандартної похибки середнього, критеріїв Ст'юдента та Фішера.

Результати дослідження та їх обговорення.

Результати проведеного стандартизованого клініко-психопатологічного дослідження дозволили встановити клінічні особливості та вираженість психопатологічних симптомів у пацієнтів, хворих на параноїдну форму шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів.

У пацієнтів, хворих на шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів, на догоспітальному етапі достовірно частіше спостерігався гебоїдний синдром (25,92%, $p < 0,05$) та достовірно рідше симптоматика з клінікою шизоїдних розладів особистості (12,96%, $p < 0,05$).

Середній вік надання першої спеціалізованої допомоги хворим основної групи достовірно менший у порівнянні з пацієнтами контрольної групи I

($p < 0,05$). В першій підгрупі основної групи середній вік першої госпіталізації становив $22,6 \pm 4,55$ років. В другій підгрупі основної групи розподіл середній вік першої госпіталізації був $23,61 \pm 4,91$ років. В контрольній групі I середній вік першої госпіталізації склав $25,82 \pm 7,35$ років.

При вивченні синдромальної характеристики маніфесту шизофренії виявлено переважання у пацієнтів основної групи маніакальної симптоматики в межах маніакального та маніакально-параноїдного синдромів (перша підгрупа – 13,59%, друга підгрупа – 25,3%) у порівнянні з пацієнтам контрольної групи I (2,22%) ($p < 0,05$). Також було виявлено статистично достовірне переважання параноїдного синдрому (його маячного варіанту) у контрольній групі I (38,91%) у порівнянні з пацієнтами основної групи (21,50%; $p < 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл провідних психопатологічних синдромів маніфесту параноїдної форми шизофренії (%)

Психопатологічний синдром	Клінічні групи		
	I підгрупа (N=103)	II підгрупа (N=83)	Контрольна група I (N=90)
Маніакальний	2,91%	–	–
Маніакально-параноїдний	10,68%	25,3%	2,22%
Галюцинаторний	2,91%	1,2%	–
Галюцинаторно-параноїдний	46,6%	39,76%	32,22%
Синдром Кандинського-Клерамбо	4,85%	1,2%	6,66%
Гебоїдний	2,91%	1,2%	3,33%
Депресивно-параноїдний	5,82%	2,4%	14,44%
Онейроїдно-кататонічний	2,91%	2,4%	1,11%
Параноїдний	17,5%	26,54%	38,91%
Деліріозний	2,91%	–	–
Апатико-абулічний	–	–	1,11%
Усього:	100%	100%	100%

Для пацієнтів, хворих на параноїдну форму шизофренії, характерним було переважання релігійно-містичної тематики маячних ідей (28,45% – перша підгрупа, 32,96% – друга підгрупа) порівняно з контрольною (9,32%) групою I ($p < 0,05$).

Тривалість першої ремісії у пацієнтів основної групи виявилася достовірно меншою, ніж у пацієнтів контрольної I ($p < 0,05$). У вікових проміжках виявлено статистично достовірно більшу кількість тривалості ремісій до 6 міс. у пацієнтів другої підгрупи основної групи та меншу у

віковому проміжку більше 5 років у пацієнтів обох підгруп основної групи, у порівнянні з контрольною I ($p < 0,05$) (рис. 1).

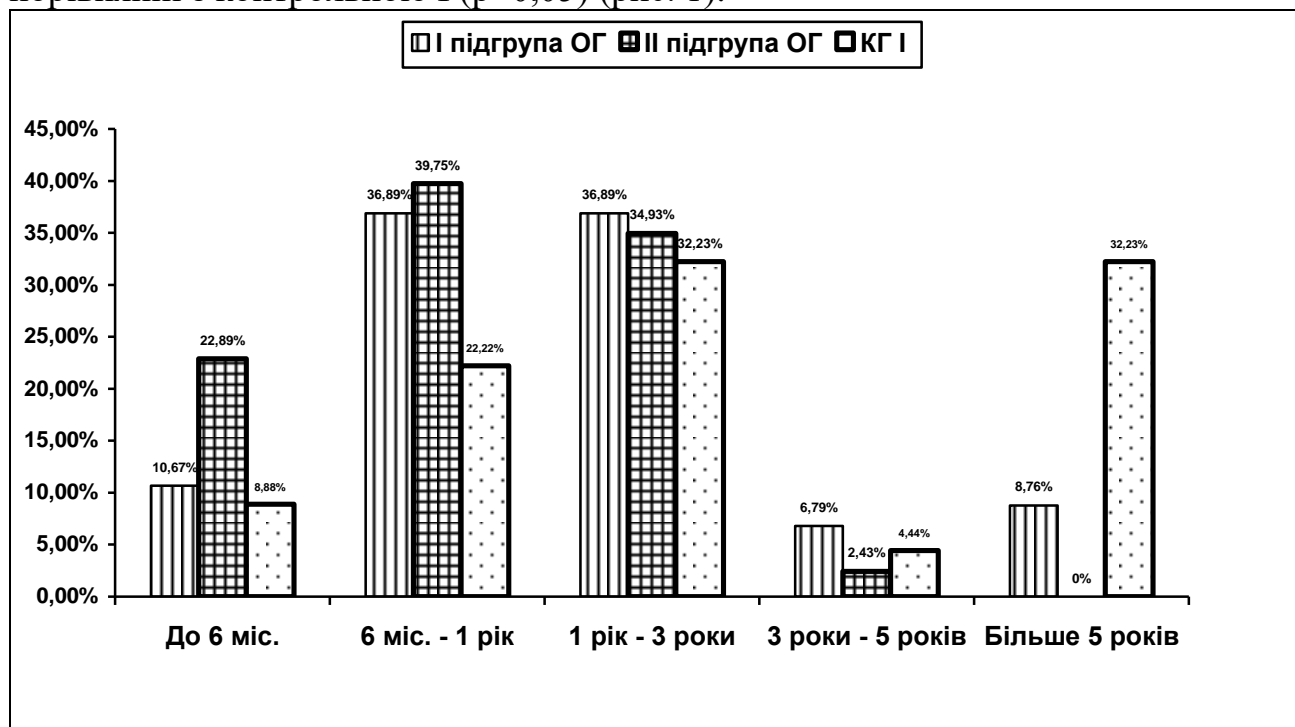


Рис. 1. Тривалість першої ремісії у пацієнтів основної та контрольної I групи

Причиною низької тривалості ремісій у обстежених пацієнтів була відмова від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії. Провідним мотивом відмови у пацієнтів основної групи була незгода з лікарем щодо визначення свого стану (для пацієнтів першої підгрупи основної групи $p < 0,05$, для пацієнтів другої – $p < 0,001$). У пацієнтів другої підгрупи основної групи спостерігалася достовірно менша кількість стійких ремісій з високою соціальною адаптацією, під час якої пацієнти вважали себе повністю здоровими, внаслідок чого самовільно припинили прийом підтримуючої терапії ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи не спостерігалось жодного випадку вираженого когнітивного зниження, внаслідок чого було відсутнє адекватне відношення до прийому лікарських засобів, на відміну від хворих контрольної групи I.

При дослідженні прогредієнтності шизофренічного процесу за допомогою шкали загального клінічного враження (субшкали покращення CGI-I) та шкали позитивної та негативної симптоматики PANSS виявлено наступне. Дослідження за шкалою CGI-I показало, що стан пацієнтів основної групи під час другої госпіталізації був статистично достовірно тяжчим, порівняно з пацієнтами контрольної I ($p < 0,001$). Сумарно стан пацієнтів основної групи частіше оцінювався як значне погіршення, на відміну від контрольної I, де він наближався до мінімального погіршення. За шкалою PANSS виявлено, що в усіх досліджених групах збільшення сумарного балу приблизно однакове. Середнє значення (M) – 9,06. В основній групі як під час маніфестного загострення, так і під час наступного бали за шкалою позитивних симптомів були статистично достовірно більшими, ніж у пацієнтів контрольної I ($p < 0,001$).

За шкалою негативних симптомів достовірно більшими виявилися бали у пацієнтів контрольної I групи ($p < 0,001$). Бали за шкалою загальної психопатології були приблизно рівними в усіх обстежених пацієнтів.

У пацієнтів, хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів, статистично достовірно частіше був наявний психопатоподібний тип резидуальних змін особистості як в «чистому» вигляді так і в комбінації з іншими типами резидуальних змін особистості ($p < 0,005$). У пацієнтів основної групи першої підгрупи він був наявний у 23% випадках (у 9,18% у змішаному вигляді), другої підгрупи – у 36,61% випадків (у 16,32% у змішаному вигляді). У контрольній групі I психопатоподібний тип резидуальних змін особистості спостерігався лише у 4,6% випадків: у змішаному та «чистому» вигляді по 2,3%. Статистично достовірно рідше у пацієнтів основної групи наявний астеничний тип резидуальних змін особистості ($p < 0,005$). У першій підгрупі він мав місце у 4,58% випадків (у 1,14% у поєднанні з апатико-абулічним), у другій – у 5,4%. У контрольній групі I він спостерігався у 18,39% випадків (у 6,9% у комбінації з апатико-абулічним).

Достовірно виявлено, що хворі на шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів, несуть більшу соціальну небезпеку, порівняно з контролем ($p < 0,005$). Переважання в чиненні СНД пацієнтами основної групи в цілому корелювало з переважанням психопатоподібного типу резидуальних змін особистості серед обстежених хворих. Такі хворі частіше, ніж при неускладнених формах, вчиняли СНД, що відрізнялися особливою небезпекою та виявляли схильність до повторних деліктів. Крім того у хворих з ускладненою формою шизофренії переважали психопатологічні, а не реально-побутові мотиви.

При дослідженні провідних психопатологічних синдромів, наявних у обстежених груп пацієнтів з суїцидальною поведінкою, виявлено, що у пацієнтів основної групи параноїдний синдром статистично достовірно переважав у порівнянні з контрольною I ($p < 0,05$). Також виявлено, що депресивний синдром достовірно рідше був наявний у пацієнтів основної групи, порівняно з контрольною I ($p < 0,05$). Основним мотивом вчинення суїциду в усіх обстежених пацієнтів було уникання.

Достовірно виявлено, що вживання канабіноїдів серед пацієнтів основної групи мало у більшості випадків регулярний характер, на відміну від учасників дослідження з контрольною I групи II ($p < 0,05$).

Різниця у віці початку вживання канабіноїдів між хворими на параноїдну форму шизофренії та психічно здоровими людьми не виявлено. Порівнюючи графіки, які відображають вік початку наркотизації та вік першої госпіталізації, виявлено, що вони подібні за своєю формою, але «зміщені» один відносно одного на 2-3 розділи. У першій підгрупі були наявні піки: початок наркотизації – у віковому проміжку 14-16 років, перша госпіталізація – 23-25 років. Різниця в середньому віці порівнюваних показників становить 5,53 роки. У другій підгрупі, аналогічно до першої, спостерігаємо піки: початок

наркотизації – у проміжку 14-16 років, перша госпіталізація – у 20-22 років. Різниця в середньому віці початку вживання канабіноїдів та першої госпіталізації – 5,36 роки. Звертає на себе увагу той факт, що у другій підгрупі середній вік початку вживання канабісу та вік першої госпіталізації незначно більший, ніж у першій підгрупі. Між іншими «непіковими» показниками графіків також була наявна подібна до «пікових» різниця у «зміщені». Таким чином, на підставі отриманих даних можна зробити висновок, що пацієнти, хворі на параноїдну форму шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів, в середньому впродовж 5 років до першої госпіталізації вживали наркотичну речовину.

Пацієнти, хворі на параноїдну форму шизофренії, статистично достовірно частіше вживають наркотичну речовину природного походження, порівнюючи з учасниками дослідження з контрольної групи II, які у 35,49% випадків вживали суміші для паління, багаті на синтетичні канабіноїди ($p < 0,05$). Хворі на параноїдну шизофренію статистично достовірно рідше поєднували паління з вживанням канабісу у вигляді відвару на молоці ($p < 0,01$).

Середня сумарна оцінка за шкалами методики дослідження мотивації вживання канабіноїдів у пацієнтів основної групи статистично достовірно вища, ніж у пацієнтів контрольної групи I ($p < 0,01$). Це, як ми вважаємо, свідчить про більшу мотиваційну напругу в пошуках канабіноїдів серед основної групи та вищий рівень мотивації споживання. Також виявлено, що пацієнти, хворі на параноїдну форму шизофренії, рідше вживали канабіс за гедоністичними мотивами, надаючи перевагу атарактичним, гіперактивізаційним та адиктивним (рис. 2).

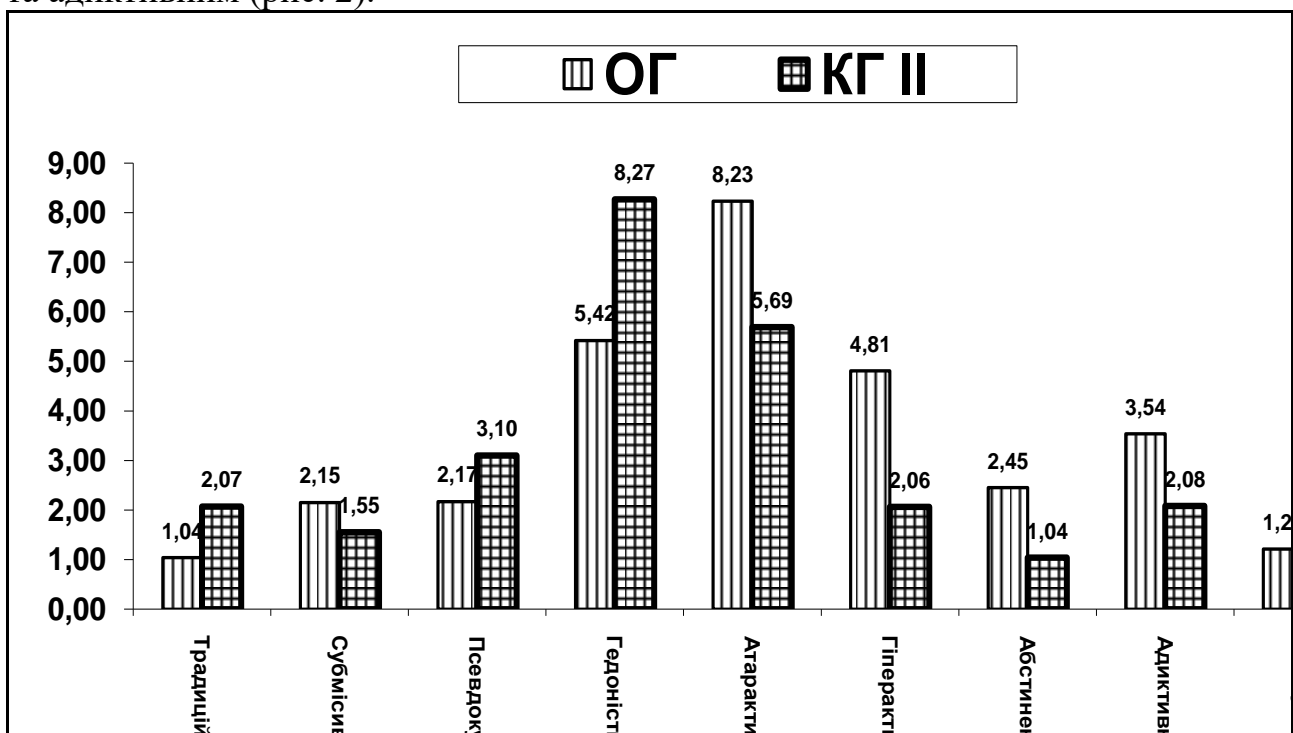


Рис. 2. Профіль мотивації вживання канабіноїдів пацієнтами основної та контрольної II груп.

Наступні симптоми шкали вивчення патологічного потягу до наркотику у пацієнтів другої підгрупи основної групи у порівнянні з контрольною II зустрічалися частіше: думки про наркотик ($p < 0,05$), тривога ($p < 0,01$), дисфорія ($p < 0,01$), емоційна лабільність ($p < 0,01$). Відповідно меншою оцінка була за показником установки на лікування ($p < 0,01$). Також виявлено статистично достовірне переважання сумарної оцінки у пацієнтів основної групи, порівняно з контрольною II ($p < 0,05$). Отримані результати свідчать про більшу тяжкість патологічного потягу до канабіноїдів у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням цієї наркотичної речовини. Дисфорія та емоційна лабільність статистично достовірно частіше спостерігається у пацієнтів другої підгрупи основної групи, ніж у учасників дослідження з контрольною групи II ($p < 0,05$).

За допомогою методики ООБІ було визначено, що у пацієнтів основної групи статистично достовірно рідше спостерігався іпохондричний тип ВКХ, у порівнянні з контрольною I ($p < 0,05$). Також виявлено, що у першій підгрупі основної групи статистично достовірно частіше спостерігався тривожний тип ВКХ ($p < 0,05$).

Вивчення рівнів ОТ та РТ за методикою Спілбергера-Ханіна у пацієнтів першої підгрупи основної групи показало статистичну достовірну різницю у реактивній тривожності між хворими на шизофренію та обстеженими з контрольною групи II ($p < 0,01$). Ця різниця виявлялася у більшому середньому балі за цим показником, переважанням високого рівня у хворих на шизофренію та відповідно низького рівня реактивної тривожності у психічно здорових осіб з контрольною групи II. Розподіл показників РТ серед представників основної та контрольною I груп не виявив між ними статистично достовірних відмінностей. Аналогічні відмінності були наявні і при проведенні порівняльного аналізу рівнів особистісної тривожності. Але також виявлено, що у хворих на шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів, статистично достовірно вище середнє значення ОТ у порівнянні з контрольною групою I ($p < 0,05$). Провівши порівняльний аналіз різних комбінацій РТ та ОТ, статистичні відмінності виявлено в наступному: поєднання високих рівнів РТ та ОТ частіше мало місце у хворих на шизофренію ($p < 0,01$); поєднання низьких рівнів РТ та ОТ рідше спостерігається у хворих на шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів, у порівнянні з контрольною групою II ($p < 0,05$).

При вивченні типів акцентуацій характеру пацієнтів за допомогою опитувальника Леонгарда-Шмішека, встановлено статистично достовірне переважання гіпертимного та екзальтованого типів акцентуацій у пацієнтів основної групи, у порівнянні з контрольною I, переважання емотивного типу акцентуації у пацієнтів контрольною групи I у порівнянні з іншими групами дослідження та переважання застрягаючого типу у пацієнтів другої підгрупи основної групи та контрольною групи I у порівнянні з іншими групами дослідження ($p < 0,05$). Також виявлено, що в обстежених з контрольною групи II статистично достовірно рідше спостерігалася виражена акцентуація ($p < 0,05$). Таким чином отримані дані можуть свідчити про кореляцію між особливостями

акцентуації характеру та відхиленнями у поведінці. У той же час, ми не можемо чітко визначити чи є перераховані риси характеру наслідком коморбідної патології, чи їх треба вважати етіологічним фактором.

Досліджуючи терапевтичну відповідь на призначену антипсихотичну терапію (оланзапін, кветіапін, рисперидон, паліперидон) хворих на шизофренію, виявлено фармакологічну неоднорідність між пацієнтами груп дослідження. Ця фармакологічна неоднорідність полягала в гіршій терапевтичній відповіді у 157 (84,40%) пацієнтів, хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів, за наступними симптомами: маячні ідеї, збудження, маячні ідеї величі, ворожість (друга підгрупа), поганий рапорт, пасивне соціальне відсторонення, депресія, небажання співпрацювати, недостатність судження та здатності до розуміння, недостатність контролю імпульсів. Соматичні скарги (друга підгрупа), почуття провини (перша підгрупа), моторна ретардація та заглибленість редукувалися під впливом проведеного лікування краще ($p < 0,05$). Спостерігалися певні закономірності в клінічній картині ремісії шизофренії серед хворих, які вживали канабіноїди, які давали підстави віднести цю шизофренію до класу терапевтично резистентних або до процесів з частковою відповіддю (табл. 2).

Таблиця 2.

Результати дослідження за шкалою PANSS в обстежених групах пацієнтів під час загострення (З) та ремісії (Р) шизофренічного процесу (Вказаний середній бал (М) по кожному пункту шкали)

Група Ознака	Основна (N=186)				Контрольна I (N=90)	
	I (N=103)		II (N=83)		З	Р
	З	Р	З	Р		
P1. Маячення	4,67	2,81	4,82	2,94	4,89	2,17
P2. Дезорганізація мислення	3,91	3,16	3,82	3,05	3,78	3,02
P3. Галюцинаторна поведінка	3,82	1,12	3,60	1,09	3,43	1,11
P4. Збудження	4,85	3,64	4,99	3,81	3,68	1,17
P5. Манія величі	4,42	2,89	4,59	2,91	2,07	1,09
P6. Підозріливість / переслідування	4,29	2,03	3,45	1,98	4,28	1,73
P7. Ворожість	5,08	1,85	5,11	3,17	3,14	1,13
Разом (шкала позитивних симптомів)	31,04	17,50	30,38	18,95	25,27	11,42
N1. Сплющений афект	3,31	2,12	3,11	1,61	4,39	2,87
N2. Емоційне відсторонення	3,04	2,83	2,04	2,21	4,27	3,12

N3. Поганий рапорт	3,61	2,74	3,47	2,83	4,67	2,18
N4. Пасивне соціальне відсторонення	3,23	2,18	2,98	1,93	5,02	2,38
N5. Труднощі в абстрактному мисленні	4,12	3,31	4,33	3,42	4,19	3,18
N6. Брак у спонтанності та утруднення перебігу спілкування	2,91	2,43	2,83	2,37	2,98	2,36
N7. Стереотипізоване мислення	4,09	2,93	4,36	3,28	4,23	2,42
Разом (шкала негативних симптомів)	24,31	18,54	23,89	17,65	29,75	18,51
G1. Соматичні скарги	4,22	2,97	4,07	1,64	2,85	1,65
G2. Тривога	3,51	2,21	3,18	1,79	3,63	1,64
G3. Почуття провини	3,35	1,24	2,34	1,37	3,48	2,44
G4. Напруження	2,74	1,79	2,57	1,82	3,12	1,93
G5. Манірність та позування	1,09	1,08	1,11	1,04	1,06	1,04
G6. Депресія	2,79	1,82	1,80	1,23	3,93	2,01
G7. Моторна ретардація	2,95	1,57	2,51	1,54	2,94	2,39
G8. Небажання співпрацювати	4,51	3,73	4,47	3,83	2,62	1,18
G9. Незвичний зміст мислення	3,48	2,37	3,34	2,46	3,51	2,04
G10. Дезорієнтація	1,14	1,00	1,51	1,00	1,08	1,00
G11. Погана увага	1,88	1,92	1,99	1,94	1,95	1,74
G12. Недостатність судження та здібності до розуміння	3,90	2,93	4,63	3,68	3,42	1,47
G13. Розлади волі	3,28	2,53	2,69	2,18	4,27	3,13
G14. Недостатність контролю імпульсів	2,81	2,42	3,92	3,38	2,43	1,19
G15. Заглибленість	3,11	1,52	2,41	1,39	3,81	3,19
G16. Активне соціальне уникання	2,82	2,07	3,04	2,26	3,18	1,99

Разом (шкала загальної психопатології)	47,58	33,17	45,58	32,55	47,28	30,03
Разом	102,93	69,21	99,85	69,15	102,33	59,96

Виявлено, що у пацієнтів основної групи оланзапін, у порівнянні з іншими використовуваними препаратами, статистично достовірно ($p > 0,05$) ефективніше купує наступні симптоми: маячення, дезорганізація мислення, збудження, підозріливість / переслідування, ворожість, поганий рапорт, соматичні скарги, тривога, почуття провини, напруження, депресія, небажання співпрацювати, незвичний зміст мислення, розлади волі, недостатність контролю імпульсів, активне соціальне уникання.

Таким чином, проведене дослідження показало, що між обстеженими пацієнтами усіх груп дослідження наявні відмінності, що визначають різні механізми розвитку та формування у них проявів патологічного процесу. Все вищезначене має відбиватись в диференційованому підході до побудування системи діагностичних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів у хворих на параноїдну форму шизофренії, які вживають канабіноїди.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі з позицій доказової медицини та комплексного підходу здійснено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової проблеми диференційної діагностики та диференційного підходу до терапії хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів, на підставі результатів інформаційно-аналітичного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного, психометричного, генеалогічного, лабораторного та статистичного методів дослідження.

2. Вживання канабіноїдів хворими на параноїдну форму шизофренії носить у більшості випадків регулярний характер (54,84%; $p < 0,05$). Пацієнти, хворі на параноїдну форму шизофренії, в середньому впродовж 5 років до першої госпіталізації вживали наркотичну речовину. Хворі на параноїдну форму шизофренію частіше (99,46%; $p < 0,05$) вживають наркотичну речовину природного походження та рідше (1,62%; $p < 0,01$) поєднують паління з вживанням канабісу у вигляді відвару на молоці. У них наявна більша мотиваційна напруга в пошуках канабіноїдів ($p < 0,01$). Основними мотивами вживання є атарактичні, адиктивні, мотиви гіперактивації поведінки ($p < 0,01$). Гедоністичні мотиви у них наявні рідше ($p < 0,01$). Патологічний потяг до канабіноїдів у хворих на параноїдну форму шизофренії є більш тяжким ($p < 0,05$).

3. У хворих на параноїдну форму шизофренії, які вживають канабіноїди, наявне переважання чинників спадкової обтяженості як на психічні так і наркологічні патології (23,66%; $p > 0,05$). Супутня сомато-неврологічна патологія наявна у 47 (25,27%) пацієнтів, статистично не відрізняючись за цим показником від контрольних груп.

4. Клініко-психопатологічні, клініко-динамічні та психодіагностичні характеристики параноїдної форми шизофренії, поєднаної з вживанням

канабіноїдів, не залежать від продовження чи припинення вживання канабіноїдів після маніфестації шизофренічного процесу.

5. Для клінічної картини маніфесту параноїдної форми шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів, характерні наступні синдроми: маніакальний (1,61%), маніакально-параноїдний (17,20%), галюцинаторний (2,15%), галюцинаторно-параноїдний (44,07%), синдром Кандинського-Клерамбо (3,27%), гебоїдний (1,61%), депресивно-параноїдний (4,30%), онейроїдно-кататонічний (2,68%), параноїдний (21,50%), деліріозний (1,61%). Достовірно відрізняється від контрольної групи переважання маніакально-параноїдного синдрому ($p < 0,05$) та рідша наявність параноїдного синдрому ($p < 0,05$). Переважання у пацієнтів основної групи галюцинаторно-параноїдного синдрому не є статистично достовірним ($p > 0,05$). Для маячних ідей, які були наявні у цих пацієнтів, характерна релігійно-містична тематика (30,53%; $p < 0,05$). Аналіз показників PANSS показав, що у клінічній картині характерна більша вираженість позитивної симптоматики ($p < 0,001$), а негативна симптоматика виражена слабше ($p < 0,001$). У пацієнтів, хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів, частіше наявний психопатоподібний тип резидуальних змін особистості (29,03%, $p < 0,05$), як в «чистому» вигляді так і в комбінації з іншими типами, та рідше наявний астеничний тип (4,83%, $p < 0,05$).

6. Вживання канабіноїдів обумовлює клініко-динамічні особливості шизофренічного процесу. Захворювання під впливом вживання канабіноїдів дебютує у більш ранньому віці ($23,11 \pm 4,93$; $p < 0,05$) і в клінічній картині на доманіфестному етапі у даної групи пацієнтів частіше виявлялася гебоїдна симптоматика (25,92%; $p < 0,05$) та рідше були наявні псевдопсихопатичні прояви з клінікою шизоїдних розладів особистості (12,96%; $p < 0,05$). Тривалість ремісій у даної групи хворих менша ($1,89 \pm 0,34$; $p < 0,05$). Причиною низької тривалості ремісій є відмова від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії. Провідним мотивом відмови є незгода з лікарем щодо визначення свого стану (52,68%; $p < 0,05$). Прогредієнтність шизофренічного процесу, поєднаного з вживанням канабісу, у порівнянні з неускладненою параноїдною шизофренією, більша ($p < 0,001$ за шкалою CGI).

7. Хворі на шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів, несуть більшу соціальну небезпеку, при порівнянні з особами, хворими на параноїдну шизофренію, які не вживають канабіноїди ($p < 0,05$). Переважання у вчиненні СНД (злочинів відповідно до чинного Кримінального кодексу України) корелює з переважанням психопатоподібного типу резидуальних змін особистості в обстежених хворих. Такі хворі частіше, ніж при неускладнених формах, вчиняли СНД, що відрізняються особливою небезпекою та виявляли схильність до повторних деліктів. У хворих з ускладненою формою шизофренії переважали мотиви, які за феноменологією були психопатологічними, а не реально-побутовими. Провідним психопатологічним синдромом, наявним у обстежених пацієнтів з суїцидальною поведінкою, був параноїдний (61,91%;

$p < 0,05$), на відміну від контрольної групи, де провідним психопатологічним синдромом був депресивний.

8. Результати психодіагностичного дослідження показали, що у хворих на параноїдну форму шизофренії, які вживають канабіноїди, наявні наступні види ВКХ: анозогностичний (35,48%), апатичний (54,30%), іпохондричний (1,61%), тривожний (8,61%). Достовірно рідше спостерігається іпохондричний тип ВКХ ($p < 0,05$), достовірно частіше наявний тривожний тип ВКХ ($p < 0,05$). При визначенні рівнів тривожності встановлено, що у хворих на шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів, вище середнє значення ОТ у порівнянні з неускладненою шизофренією ($p < 0,05$). Дослідження акцентуацій характеру показало переважання у даної групи пацієнтів гіпертимного і екзальтованого типів ($p < 0,05$) та низьке поширення емотивного типу ($p < 0,05$).

9. Шизофренія, ускладнена вживанням канабіноїдів, має ознаки терапевтично резистентних або процесів з частковою відповіддю. Аналіз показників PANSS показав, що у 84,40% хворих на параноїдну форму шизофренії, які вживають канабіноїди, спостерігалася статистично достовірна гірша терапевтична відповідь за наступними симптомами: маячні ідеї, збудження, маячні ідеї величі, ворожість (друга підгрупа), поганий рапорт, пасивне соціальне відсторонення, депресія, небажання співпрацювати, недостатність судження та здатності до розуміння, недостатність контролю імпульсів ($p < 0,05$). Найбільшу ефективність при подоланні терапевтичної резистентності виявив оланзапін. Він статистично достовірно ($p > 0,05$) ефективніше купує наступні симптоми: маячення, дезорганізація мислення, збудження, підозріливість / переслідування, ворожість, поганий рапорт, соматичні скарги, тривога, почуття провини, напруження, депресія, небажання співпрацювати, незвичний зміст мислення, розлади волі, недостатність контролю імпульсів, активне соціальне уникання.

10. Виділені клініко-психопатологічні (маніакально-параноїдний синдром, вираженість позитивної симптоматики, психопатоподібний тип резидуальних змін особистості), клініко-динамічні (дебют у більш ранньому віці, гебоїдна симптоматика на доманіфестному етапі, менша тривалість ремісій, більша прогредієнтність шизофренічного процесу, терапевтична резистентність) та психодіагностичні (тривожний тип ВКХ, вища особистісна тривожність, гіпертимний та екзальтований типи акцентуацій характеру) критерії параноїдної шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів, що є істотною передумовою щодо проведення кваліфікованих лікувально-профілактичних заходів у даного контингенту хворих.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Проводити психоосвітню роботу серед хворих на параноїдну форму шизофренії та осіб схильних до цього захворювання (наприклад, зі спадковою обтяженістю) про неможливість вживання ними канабіноїдів.

2. Виявлені діагностичні критерії (клініко-психопатологічні, клініко-динамічні та психодіагностичні) використовувати для диференційованої діагностики параноїдної форми шизофренії та гострого поліморфного

психотичного розладу із симптомами шизофренії, гострого шизофреноподібного розладу, іншими гострими, переважно маячними психотичними розладами, психотичними розладами, обумовленими вживанням психоактивних речовин.

3. Розширити діагностичні критерії параноїдної форми шизофренії виявленими клініко-психопатологічними, клініко-динамічними та психодіагностичними критеріями параноїдної шизофренії, коморбідної з вживанням канабіноїдів.

4. Прогнозувати, що параноїдна форма шизофренії, поєднана з вживанням канабіноїдів, буде належати до терапевтично резистентних або процесів з частковою відповіддю. Відповідно до цього скласти адекватні лікувальні програми (з призначенням високих доз клозапіну та оланзапіну). Залучати даних пацієнтів до клінічних досліджень нейролептиків, призначених для терапії терапевтично резистентної шизофренії.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Кидонь П. В. Мотиви вживання канабіноїдів хворими на параноїдну форму шизофренії / П. В. Кидонь // *Медицинская психология*. – 2015. – № 4. – С. 90-92.

2. Кидонь П. В. Особистісні особливості хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів / П. В. Кидонь // *Світ медицини та біології*. – 2016. – № 1. – С. 49-53.

3. Скрипников А. Н. Клиническая характеристика манифестации параноидной формы шизофрении, сочетанной с употреблением каннабиноидов / А. Н. Скрипников, П. В. Кидонь // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2016. – № 1. – С. 22-29. *(Здобувачем здійснено клініко-психопатологічне обстеження хворих, статистичну обробку даних та підготовку статті до друку)*.

4. Кидонь П. В. Деякі аспекти наркотизації канабіноїдами хворих на параноїдну форму шизофренії / П. В. Кидонь // *Архів психіатрії*. – 2016. – № 1. – С. 110-113.

5. Кидонь П. В. Параноїдна шизофренія, поєднана з вживанням канабіноїдів: епідеміологічний, етіопатогенетичний та клінічний аспекти (огляд літератури) / П. В. Кидонь // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. – 2015. – № 2. – С. 10-16.

6. Скрипников А. М. Аналіз мотивів відмови від підтримуючої антипсихотичної терапії у хворих на параноїдну шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів, у період першої ремісії / А. М. Скрипников, П. В. Кидонь // *Український вісник психоневрології*. – 2016. – № 2. – С. 88-90. *(Здобувачем здійснено клініко-психопатологічне обстеження хворих, статистичну обробку даних та підготовку статті до друку)*.

7. Скрипников А. М. Особливості реактивної та особистісної тривожності у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів / А. М. Скрипников, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков, В. О. Рудь, П. В. Кидонь //

Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2016. – № 4, частина 3. – С. 99-102. *(Здобувачем здійснено психодіагностичне обстеження хворих, статистичну обробку даних та підготовку статті до друку).*

8. Скрипніков А. М. Особливості терапевтичної відповіді у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів / А. М. Скрипніков, П. В. Кидонь // Актуальні проблеми сучасної медицини. 2017. № 2. С. 175-177. *(Здобувачем здійснено клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження хворих та підготовку статті до друку).*

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

9. Скрипніков А. М. Деякі аспекти сучасного погляду на біохімічні гіпотези шизофренії / А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков, П. В. Кидонь // XII з'їзд ВУЛТ: матеріали. – Київ, 2013. – С. 165-166. *(Здобувачем розроблено концепцію та здійснено підготовку тез до друку).*

10. Ісаков Р. І. Розповсюдженість вживання канабіноїдів серед пацієнтів хворих на шизофренію / Р. І. Ісаков, П. В. Кидонь // Медична наука – 2013: матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції. – Полтава, 2013. – С. 23. *(Здобувачем здійснено статистичну обробку даних та підготовку статті до друку).*

11. Скрипніков А. М. Деякі аспекти використання агоністів канабіноїдних рецепторів в медицині / А. М. Скрипніков, П. В. Кидонь // Медична наука – 2013: матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції. – Полтава, 2013. – С. 37. *(Здобувачем розроблено концепцію та здійснено підготовку тез до друку).*

12. Ісаков Р. І. Особливості змішаних (комбінованих) дефектних станів у пацієнтів з параноїдною шизофренією, які анамнестично зловживали канабіноїдами / Р. І. Ісаков, П. В. Кидонь // Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології: матеріали науково-практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів. – Харків, 2014. – С. 40-42. *(Здобувачем здійснено клініко-психопатологічне обстеження хворих, статистичну обробку даних та підготовку тез до друку).*

13. Кидонь П. В. Особливості суїцидальної поведінки хворих на параноїдну шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів / П. В. Кидонь // Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи: матеріали третьої міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 23-25 жовтня 2014 р.). – Київ, 2014. – С.39-40.

14. Кидонь П. В. Синдромальна характеристика дефектних станів у пацієнтів з параноїдною шизофренією, поєднаною з вживанням канабісу / П. В. Кидонь // Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 30-31 січня 2015 р.). – Львів, 2015. – С. 40-41.

15. Кидонь П. В. Аналіз мотивів відмови від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії хворих на шизофренію, поєднаної з вживанням канабіноїдів / П. В. Кидонь // Вітчизняна та світова медицина в сучасних

умовах: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпропетровськ, 16-17 січня 2015 р.). – Дніпропетровськ, 2015. – С. 40-42.

16. Кидонь П. В. Роль спадковості в етіопатогенезі шизофренічного процесу у осіб, які вживають канабіноїди / П. В. Кидонь // Перспективні напрями розвитку сучасних медичних та фармацевтичних наук: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпропетровськ, 13-14 лютого 2015 р.). – Дніпропетровськ, 2015. – С. 39-42.

17. Кидонь П. В. Особливості клінічної картини шизофренії на догоспітальному етапі у пацієнтів, які вживають канабіноїди / П. В. Кидонь // Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 27-28 лютого 2015 р.). – Львів, 2015. – С. 31-32.

18. Кидонь П. В. Синдромальна характеристика дебютного загострення шизофренії, коморбідної з вживанням канабіноїдів / П. В. Кидонь // Сучасні наукові дослідження представників медичної науки – прогрес медицини майбутнього: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 3-4 квітня 2015 р.). – Київ, 2015. – С. 62-63.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

19. Кидонь П. В. Клініко-психопатологічна характеристика параноїдної форми шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів / П. В. Кидонь. – Полтава: АСМІ, 2016. – 35 с.

АНОТАЦІЯ

Кидонь П. В. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів з параноїдною шизофренією, поєднаною з вживанням канабіноїдів. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків, 2019.

Дисертацію присвячено вивченню клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей пацієнтів з параноїдною шизофренією, поєднаною з вживанням канабіноїдів та розробленню принципів диференційної діагностики та диференційного підходу до терапії цього контингенту хворих.

Основну групу склали 186 хворих з основним діагнозом шизофренія, параноїдна форма, які вживали канабіс (не менше 6 місяців) та проходили лікування в психіатричному стаціонарі. Контрольну групу I склали 90 пацієнтів, хворих на параноїдну форму шизофренії, які також проходили стаціонарне лікування. У них було відсутнє систематичне вживання чи залежність від будь-яких ПАР, окрім нікотину. Контрольну групу II склала 31 особа, що на момент дослідження вживала (чи зловживала) канабіноїди та, у якої не було діагностовано жодного психічного розладу.

На підставі комплексного дослідження виділені клініко-психопатологічні (маніакально-параноїдний синдром, вираженість позитивної симптоматики, психопатоподібний тип резидуальних змін особистості), клініко-динамічні

(дебют у більш ранньому віці, гебоїдна симптоматика на доманіфестному етапі, менша тривалість ремісій, більша прогредієнтність шизофренічного процесу, терапевтична резистентність) та психодіагностичні (тривожний тип ВКХ, вища особистісна тривожність, гіпертимний та екзальтований типи акцентуацій характеру) критерії параноїдної шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів.

У результаті проведеного дослідження науково обґрунтовано, розроблено та впроваджено систему діагностики та прогнозу при параноїдній шизофренії, поєднаній з вживанням канабіноїдів, що є істотною передумовою щодо проведення кваліфікованих лікувально-профілактичних заходів у даного контингенту хворих.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, канабіноїди, коморбідність, залежність, психопатологічні особливості.

АННОТАЦІЯ

Кидонь П. В. Клинико-психопатологические и патопсихологические характеристики пациентов с параноидной шизофренией, сочетанной с употреблением каннабиноидов. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук (доктора философии) по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», Харьков, 2019.

Диссертация посвящена изучению клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей пациентов с параноидной шизофренией, сочетанной с употреблением каннабиноидов и разработке принципов дифференциальной диагностики и дифференцированного подхода к терапии этого контингента больных.

Основную группу составили 186 больных с основным диагнозом шизофрения, параноидная форма, которые употребляли каннабис (не менее 6 месяцев) и проходили лечение в психиатрическом стационаре. Контрольную группу I составили 90 пациентов, больных параноидной формой шизофрении, которые также проходили стационарное лечение. У них отсутствовало систематическое употребление или зависимость от любых ПАВ, кроме никотина. Контрольную группу II составили 31 человек, которые на момент исследования употребляли (или злоупотребляли) каннабиноидами и, у которых не было диагностировано ни одного психического расстройства.

На основании комплексного исследования выделены клинико-психопатологические (маниакально-параноидный синдром, выраженность позитивной симптоматики, психопатоподобный тип резидуальных изменений личности), клинико-динамические (дебют в более раннем возрасте, гебоидная симптоматика на доманифестном этапе, меньшая продолжительность ремиссий, большая прогредієнтність шизофренічного процесу, терапевтична резистентність) и психодіагностическіє (тревожний тип ВКХ, более высокий уровень личностной тревожности, гипертимный и экзальтированный типы

акцентуаций характера) критерии параноидной шизофрении, сочетанной с употреблением каннабиноидов.

В результате проведенного исследования научно обоснована, разработана и внедрена система диагностики и прогноза при параноидной шизофрении, сочетанной с употреблением каннабиноидов, что является существенной предпосылкой для проведения квалифицированных лечебно-профилактических мероприятий у данного контингента больных.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, каннабиноиды, коморбидность, зависимость, психопатологические особенности.

SUMMARY

Kydon P. V. Clinical-psychopathological and pathopsychological characteristics of patients with paranoid schizophrenia, combined with cannabinoids use. – Manuscript.

Dissertation for a scientific degree of Candidate of Medical Sciences (Doctor of Philosophy) on speciality 14.01.16 – psychiatry. – State institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine». – Kharkiv, 2019.

The dissertation is devoted to the study of clinical, psychopathological and pathopsychological characteristics of patients with paranoid schizophrenia, combined with cannabinoids use and the development of principles of differential diagnosis and differentiated treatment approach to this group of patients.

The main group consisted of 186 patients with the main diagnosis of schizophrenia, paranoid form, who used cannabis (at least 6 months) and were treated in a psychiatric hospital. The control group I consisted of 90 patients with paranoid schizophrenia, who also underwent inpatient treatment. They had no systematic use or dependence on any PAS other than nicotine. Control group II was 31 people that at the time of the study used (or abused) cannabinoids and have not been diagnosed with any mental disorder.

Clinical-psychopathological (manic-paranoid syndrome, the severity of positive symptoms, personality disorders like type of residual personality changes), clinical-dynamic (debut at an earlier age, antisocial symptoms on before manifest stage, shorter duration of remission, most progression of the schizophrenic process, therapeutic resistance) and psychodiagnostics (alarm type of internal picture of the disease, higher personal anxiety, hyperthymic and exalted types of accentuations of character) criteria of paranoid schizophrenia, combined cannabinoids use were selected on the basis of a comprehensive study.

As a result of the study, a system of diagnosis and prognosis of paranoid schizophrenia combined cannabinoids use has been scientifically substantiated, developed and implemented, what is an essential prerequisite for carrying out qualified therapeutic and preventive measures in this contingent of patients.

Key words: paranoid schizophrenia, cannabinoids, comorbidity, addiction, psychopathological peculiarities.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВНЗ – вищий навчальний заклад

ВКХ – внутрішня картина хвороби

МКХ – міжнародний класифікатор хвороб

ООБІ – особистісний опитувальник Бехтеревського інституту

ОТ – особистісна тривожність

ПАР – психоактивна речовина

ПДЛ – побічна дія ліків

ППР-А – психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю

ППР-К – психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання канабіноїдів

ППР-О – психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів

РТ – реактивна тривожність

CGI-I – Clinical Global Impression Scale Improvement scale

M.I.N.I. – mini international neuropsychiatric interview

PANSS – positive and negative syndrome scale