

УДК: 616.89-008.441.4-036.4-05:57.034

Бойко Д.І.

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ПРИ ПЕРШОМУ ПСИХОТИЧНОМУ ЕПІЗОДІ З УРАХУВАННЯМ ЦИРКАДНИХ БІОЛОГІЧНИХ РИТМІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Останнім часом все більше уваги дослідники приділяють питанню розвитку аутоагресивної поведінки при першому психотичному епізоді. Значним пробілом в розробці вищевказаної проблеми є і те, що на даний час недостатньо уваги приділяється впливу біологічних ритмів на розвиток аутоагресивної поведінки при первинному психотичному епізоді. Метою даного дослідження було вивчити клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з аутоагресивною поведінкою при первинному психотичному епізоді з урахуванням впливу біологічних ритмів. Нами обстежено 39 пацієнтів із аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді. Дослідження проводилось за шкалами PANNS (1986), BPRS (1962р.), Любанн-Плюцца (2000), опитувальником Басса-Даркі (2002) та анкетною Естберга (1986). В результаті дослідження за шкалою Любанн-Плюцца для визначення ступеню суїцидального ризику встановлено, що 2 пацієнти мали дуже високий тестовий показник, 10 – високий тестовий показник, 18 – середній, а 9 – знижений тестовий показник. За шкалою PANSS серед досліджуваних, що мали дуже високий та високий тестові показники суїцидального ризику, переважали позитивні симптоми, із середнім тестовим показником – негативні, а у пацієнтів із зниженим показником – загальні психопатологічні симптоми. За шкалою Басса-Даркі, аналіз результатів дослідження показав, що у хворих із дуже високим суїцидальним ризиком переважало відчуття провини ( $91,2 \pm 0,33$  бали), із високим ризиком суїциду – відчуття образи ( $79,9 \pm 0,12$  балів), а із середнім та зниженим тестовими показниками ризику суїциду – підозрілість ( $68,4 \pm 0,44$  бали та  $74,7 \pm 0,39$  балів). За анкетною Естберга досліджувана група розподілилась наступним чином: серед пацієнтів з дуже високим тестовим показником суїцидального ризику 1 (50,0%) мав чітко виражений вечірній тип та 1 (50,0%) – слабо виражений вечірній тип; з високим показником ризику суїциду 2 пацієнти (20,0%) мали чітко виражений вечірній тип, 4 (40,0%) – слабо виражений вечірній тип, 3 (30,0%) – індиферентний тип, 1 (10,0%) – слабо виражений ранковий тип; з середнім тестовим показником суїцидального ризику – 1 досліджуваний (5,5%) мав чітко виражений вечірній тип, 5 (27,7%) – слабо виражений вечірній тип, 9 (50,0%) – індиферентний тип, 1 (5,5%) – слабо виражений ранковий тип, 2 (11,1%) – чітко виражений ранковий тип; із зниженим показником суїцидального ризику 3 хворих (33,3%) мали слабо виражений вечірній тип, 4 (44,4%) – індиферентний тип, 2 (22,2%) – слабо виражений ранковий тип. Таким чином, за результатами проведеного дослідження можна зробити висновок про переважання певних груп симптомів у клінічній картині первинного психотичного епізоду в залежності від ступеню суїцидального ризику у досліджуваних пацієнтів, та виявлено, що циркадні ритми мають вплив не лише на особливості клінічної картини та перебіг захворювання у пацієнтів з першим психотичним епізодом, але і можуть визначати рівень суїцидального ризику.

Ключові слова: перший психотичний епізод, аутоагресивна поведінка, біологічні ритми.

Стаття є фрагментом науково-дослідної теми «Клініко-психопатологічні дослідження та оптимізація лікувальних і реабілітаційно-профілактичних заходів за умов різних психічних розладів з урахуванням геліометеофакторів та біологічних ритмів» (№ державної реєстрації 0115U000839).

Соціальний аспект проблеми обумовлений тим, що за даними ВООЗ гострий психоз є третім з інвалідизуючих станів, а основні психотичні розлади призводять до зменшення тривалості життя у середньому на 10 років. Початок захворювання припадає, як правило, на молодий вік, що порушує суспільну, професійну та родинну активність пацієнта, обумовлює значний тягар на сім'ю та суспільство [1,4].

Перший епізод психозу - тяжкий психічний розлад, що стає серйозним біологічним та соціальним стресом для самого хворого та його близьких. Відзначається, що середній термін від початку захворювання до звернення за психіатричною допомогою становить близько 1 року і тільки 1/3 хворих потрапляє в поле зору психіатрів протягом перших двох місяців [2]. Серед причин пізнього звернення за допомогою і відстроченого початку лікування називаються

недостатнє розуміння пацієнтами природи наявних розладів, страх наслідків виявлення психічного розладу (стигматизація та самостигматизація), недостатній скринінг лікарями загальної практики, невірна діагностика при зверненні за психіатричною допомогою [3].

Встановлено, що раннє терапевтичне втручання впливає на нейробіологічні механізми розвитку патології, призводить до зниження тяжкості захворювання, забезпечує прискорення настання ремісії, знижує ризик розвитку когнітивного дефіциту та суїцидальної поведінки, що забезпечує відновлення соціального функціонування, запобігає хронізації патології, зменшує кількість госпіталізацій та їх тривалість, сприяє збереженню родинних зв'язків [6,7].

Всі аспекти, що стосуються діагностики імовірної аутоагресивної поведінки у хворих на перший епізод психозу, методів профілактики суї-

цидів мають важливе значення. Дані останніх досліджень свідчать про те, що найбільший ризик виникнення аутоагресивної поведінки відмічається при маніфесті гострого поліморфного психотичного розладу та параноїдної форми шизофренії [8]. Постійне зростання рівня аутоагресивної поведінки вказує на чисельність невирішених проблем у клінічній суїцидології. Найбільш складною з них є відсутність об'єктивних критеріїв оцінки ймовірності формування та рецидивування аутоагресивної поведінки, які надали б можливість розробляти й застосовувати цілеспрямовані, патогенетично обумовлені, ефективні методи лікування аутоагресивної поведінки. Це завдання розв'язується як за допомогою визначення точних дефініцій окремих проявів аутоагресивної поведінки, так і завдяки ретельному клініко-феноменологічному дослідженню патогенетичних механізмів її розвитку [9,10].

Також значним пробілом в розробці вищевказаної проблеми є і те, що на даний час недостатньо уваги приділяється впливу біологічних ритмів на розвиток аутоагресивної поведінки при первинному психотичному епізоді, хоча ряд досліджень доводить, що розвиток психічних захворювань досить часто пов'язаний із біоритмологічною дезадаптацією. Встановлено, що існують тісні і багатовекторні взаємозв'язки між медикобіологічними явищами та біоритмологічними особливостями психічно хворих.

Однією з найбільш вивчених є циркадіанна організація фізіологічних функцій людини, синхронізована зі зміною дня та ночі (світлотемрява), що має властивості саморегуляції та є високочутливою до будь-якого стресового впливу. Так, дослідження циркадіанної ритміки у пацієнтів з різними психічними захворюваннями виявили у них виражені прояви зовнішнього та внутрішнього десинхронозу. При цьому зовнішній десинхроноз полягає у розбіжності об'єктивних показників з суб'єктивною оцінкою, а неузгодженість циркадіанної ритміки окремих фізіологічних функцій складає прояви внутрішнього десинхронозу. Існують наукові роботи, в яких доводиться роль сезону року, як значущого фактора оточуючого середовища, що впливає на ініціацію та подальшу динаміку депресивних порушень, а також частоту самогубств та суїцидальних спроб. Доведено кореляцію сезонних піків суїцидальної активності з частотою депресій, які в аспекті хрономедицини є наслідком біоритмологічної дезорганізації у вигляді фазового неузгодження колодобових ритмів на рівні ритмогенних центрів супрахізматичних та паравентрикулярних ядер, епіфізу та гіпокампі [5].

Метою даного дослідження було дослідити клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з аутоагресивною поведінкою при первинному психотичному епізоді з урахуванням впливу циркадних біологічних ритмів.

Дослідження проводилось на базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева і базувалось на обстеженні 39 пацієнтів із аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді. Обстеження проводилось із використанням психопатологічного методу дослідження, клінічного динамічного спостереження за хворим, оцінки психічного статусу. Характеристика клінічних проявів першого психотичного епізоду проводилась за шкалами PANNS (1986) та BPRS (1962р.), ступінь ризику суїциду – за шкалою Любанн-Плоцца (2000), агресивність та ворожнечість досліджувалась опитувальником Басса-Даркі (2002), характеристика біологічних ритмів – за анкетною Естберга (1986).

Серед досліджуваних пацієнтів було 25 жінок (64,1%) та 14 чоловіків (35,9%). За віком досліджувані хворі розподілились наступним чином: у категорії від 16 до 30 років – 33 пацієнти (84,6%), від 31 до 40 років – 4 хворих (10,2%), старші за 40 років – 2 пацієнти (5,2%).

В результаті дослідження за шкалою Любанн-Плоцца для визначення ступеню суїцидального ризику було отримано наступні дані: 2 пацієнти (5,1%) мали дуже високий тестовий показник (більше 14 балів), 10 пацієнтів (25,6%) – високий тестовий показник (11-13 балів), 18 пацієнтів (46,1%) – середній (7-10 балів), а 9 пацієнтів (23,0%) – знижений тестовий показник (4-6 балів).

За шкалою PANSS був проведений аналіз за субшкалами позитивних, негативних та загальних психопатологічних симптомів, що дало змогу зробити висновки: у групі пацієнтів з дуже високим тестовим показником суїцидального ризику за позитивними симптомами було отримано  $88,4 \pm 0,75$  балів, за негативними –  $63,1 \pm 0,38$  балів, за загальними симптомами –  $51,3 \pm 0,67$  балів; у групі хворих з високим тестовим показником ризику суїциду позитивні симптоми склали  $81,1 \pm 0,68$  балів, негативні симптоми –  $59,7 \pm 0,42$  бали, загальні симптоми –  $71,5 \pm 0,41$  бал; група досліджуваних із середнім тестовим показником суїцидального ризику отримала наступні бали: позитивні симптоми –  $51,3 \pm 0,73$  бали, негативні симптоми –  $85,1 \pm 0,51$  бал, загальні симптоми –  $66,9 \pm 0,31$  бал; група пацієнтів із зниженим тестовим показником ризику суїцидальної поведінки отримала наступні результати: позитивні симптоми –  $54,7 \pm 0,54$  бали, негативні симптоми –  $63,3 \pm 0,41$  бал, загальні симптоми –  $73,4 \pm 0,36$  бал. Дані цього дослідження дають можливість зробити висновок про переважання певної групи симптомів при конкретній формі поведінки, тобто серед досліджуваних, що мали дуже високий та високий тестові показники суїцидального ризику, переважали позитивні симптоми ( $88,4 \pm 0,75$  балів та  $81,1 \pm 0,68$  балів відповідно), у пацієнтів із середнім тестовим показником переважали негативні симптоми ( $85,1 \pm 0,51$  балів), а у пацієнтів із зниженим показником – загальні психопатологічні симптоми ( $73,4 \pm 0,36$ ), що показано на рисунку 1.

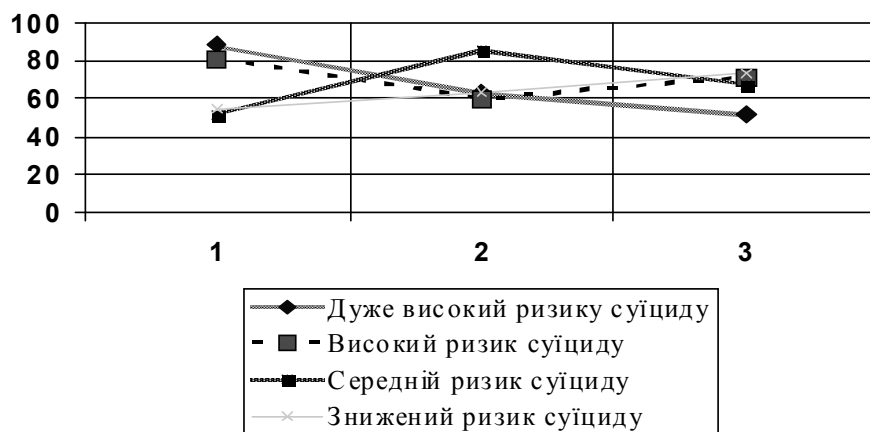


Рисунок 1. Розподіл пацієнтів за шкалою PANSS

Примітка: 1 – позитивні симптоми, 2 – негативні симптоми, 3 – загальні психопатологічні симптоми.

Аналіз результатів дослідження клініко-психопатологічних особливостей за шкалою BPRS показав, що у групі досліджуваних із дуже високим показником суїцидального ризику переважали «збудження-напруженість» (13,1±0,24 бали); група з високим показником ризику суїциду розподілилась наступним чином: у 1 хворого (10,0%) переважали «порушення мислення» (19 балів), у 2 пацієнтів (20,0%) – «тривога-депресія» (17,4±0,65 балів), у 4 хворих (40,0%) – «збудження-напруженість» (14,3±0,39 балів), 3 досліджуваних (30,0%) – «підозрілість-ворожнечість» (14,8±0,71 балів); в групі із середнім тестовим показником ризику суїциду отримані наступні результати: у 4 пацієнтів (22,2%) переважали «порушення мислення» (16,5±0,52 бали), у 3 досліджуваних (16,6%) – «тривога-депресія» (18,9±0,84 бали), у 2 хворих (11,1%) – «збудження-напруженість» (14,7±0,23 бали), у 6 пацієнтів (33,3%) – «апатія-загальмованість» (17,3±0,84 бали), у 3 хворих (16,6%) – «підозрілість-ворожнечість»; у групі досліджуваних із зниженим тестовим показником суїцидального ризику виявлено: у 3 пацієнтів (33,3%) перева-

жали «порушення мислення» (16,7±0,41 балів), у 1 хворого (11,1%) – «тривога-депресія» (18 балів), у 4 досліджуваних (44,4%) – «апатія-загальмованість» (19,5±0,44 балів), у 1 хворого (11,1%) – «підозрілість-ворожнечість» (13 балів).

Оцінку ворожості та агресивності було проведено за шкалою Басса-Даркі, аналіз результатів дослідження показав, що у хворих із дуже високим суїцидальним ризиком переважало відчуття провини (91,2±0,33 бали), із високим ризиком суїциду – відчуття образи (79,9±0,12 балів), а у пацієнтів із середнім та зниженим тестовими показниками ризику суїциду – підозрілість (68,4±0,44 бали та 74,7±0,39 балів), що показано на рисунку 2. При аналізі результатів за двома основними ознаками «ворожість та агресивність» було встановлено, що показник «ворожість» домінував у групах досліджуваних із високим та зниженим тестовими показниками суїцидального ризику та становив 41,4±0,63 та 35,2±0,83 бали відповідно, а показник «агресія» мав найвищий показник у групах із дуже високим та середнім тестовими показниками ризику суїциду – 45,5±0,53 та 38,8±0,41 бал відповідно.

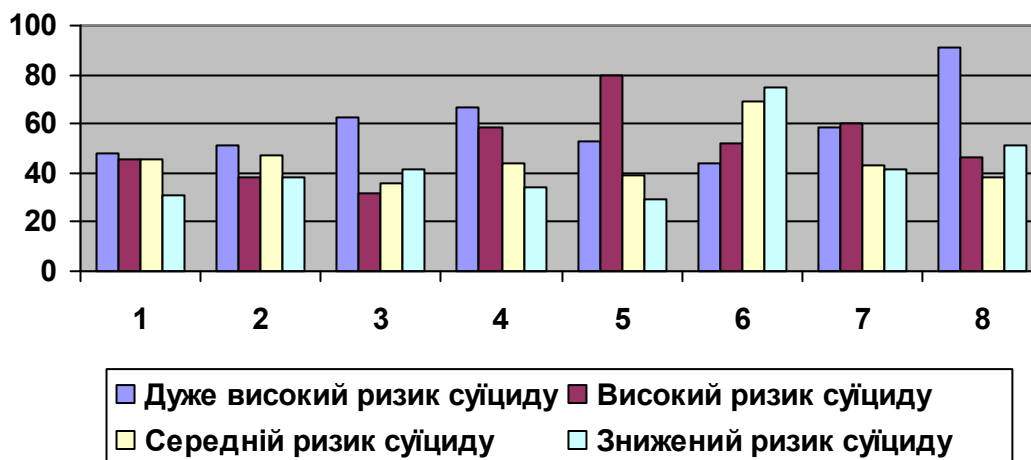


Рисунок 2. Аналіз пацієнтів за субшкалами по опитувальнику Басса-Даркі.

Примітка: 1 – фізична агресія, 2- непряма агресія, 3 – роздратованість, 4 – негативізм, 5 – образа, 6 – підозрілість, 7 – вербальна агресія, 8 – відчуття провини.

За анкету Естберга досліджувана група розподілилась наступним чином: серед пацієнтів з дуже високим тестовим показником суїцидального ризику 1 (50,0%) мав чітко виражений вечірній тип та 1 (50,0%) – слабо виражений вечірній тип; з високим показником ризику суїциду 2 пацієнти (20,0%) мали чітко виражений вечірній тип, 4 (40,0%) – слабо виражений вечірній тип, 3 (30,0%) – індиферентний тип, 1 (10,0%) – слабо виражений ранковий тип; з середнім тестовим

показником суїцидального ризику – 1 досліджуваний (5,5%) мав чітко виражений вечірній тип, 5 (27,7%) – слабо виражений вечірній тип, 9 (50,0%) – індиферентний тип, 1 (5,5%) – слабо виражений ранковий тип, 2 (11,1%) – чітко виражений ранковий тип; із зниженим показником суїцидального ризику 3 хворих (33,3%) мали слабо виражений вечірній тип, 4 (44,4%) – індиферентний тип, 2 (22,2%) – слабо виражений ранковий тип.

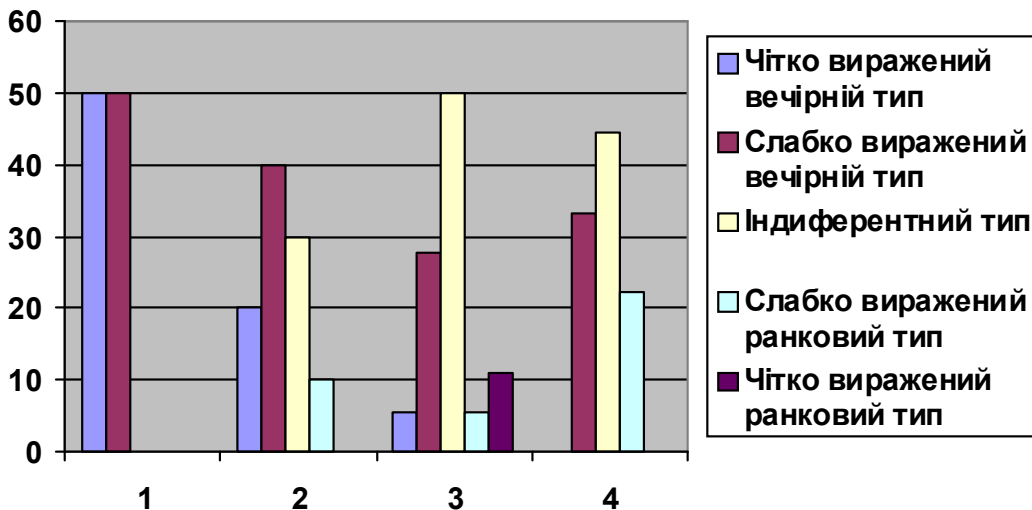


Рисунок 3. Аналіз пацієнтів за анкету Естберга.

Примітка: 1 – група з дуже високим тестовим показником суїцидального ризику, 2 – досліджувані з високим тестовим показником суїцидального ризику, 3 – пацієнти з середнім тестовим показником суїцидального ризику, 4 – група пацієнтів із зниженим тестовим показником суїцидального ризику.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження можна зробити висновок про переважання певних груп симптомів у клінічній картині первинного психотичного епізоду в залежності від ступеню суїцидального ризику у досліджуваних пацієнтів, та виявлено, що циркадіанні ритми мають вплив не лише на особливості клінічної картини та перебіг захворювання у пацієнтів з першим психотичним епізодом, але і можуть визначати рівень суїцидального ризику. Тому подальші поглиблені дослідження впливу біологічних ритмів на формування аутоагресивної поведінки є перспективними, адже зможуть покращити якість лікувальних та реабілітаційно-профілактичних заходів у даній категорії хворих.

### Література

1. Бачериков А.М. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом (діагностика, клініка, лікування) / А.М.Бачериков, І.Г. Мудренко // Український вісник психоневрології - Т. 15, вип. 3 (52) - 2007. - С. 30-33.
2. Бачериков А.М. Психологічні предиктори суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади / А.М. Бачериков, Т.В. Ткаченко // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т. 15, вип. 1(50), додаток. - С. 154—155.
3. Гузенко К.В. Особенности деструктивного поведения пациентов перенесших первый психотический эпизод / К.В. Гузенко, В.Я. Пишель, М.Ю. Польшваная // Таврический журнал психиатрии - Т.13, №2 (47) - 2009. - С. 54-62.
4. Марута Н.О. Перший епізод психозу (діагностика, лікування, організація допомоги) / Н.О. Марута // Український вісник психоневрології - Т. 15, № 1 (50) - 2007. - С. 21-24.
5. Сонник Г.Т. Биоритмологические исследования в психиатрии: состояние и перспективы развития / Т.Г. Сонник, А.Н. Скрипников, В.А. Рудь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология - 2012. - N 1. - С. 89-95.

6. Harkavy-Friedman J.M. Can early detection of psychosis prevent suicidal behavior? / J.M. Harkavy-Friedman // Am.J. Psychiatry. - 2006. - Vol.163. - Suppl. 5. - P. 768-770.
7. Johannessen J.O. First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways:course,outcome and health service use during first 2 years / J.O. Johannessen, S. Friis // T.Early Intervention in Psychiatry. - 2007. - Vol.1. - P.40-48.
8. Lester H. Early intervention for first episode psychosis / H. Lester // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 328, №6. - P. 1451-1452.
9. Melle I. Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior / I. Melle, J.O. Johannessen, S. Friis // Am. J. Psychiatry. - 2006. - Vol. 163. - P 800-804.
10. McGorry P. D. Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages / P. D. McGorry // Med. J. Aust. - 2007. - Vol. 187. - Suppl. 7. - P. 8 - 14.

### References

1. Bacherikov A.M. Autoagresivna povedinka u hvorih z perшим psihotichnim epizodom (diagnostika, klinika, likuvannja) / A.M.Bacherikov, I.G. Mudrenko // Ukraїns'kij visnik psihonevrologії - T. 15, vip. 3 (52) - 2007. - S. 30-33.
2. Bacherikov A.M. Psihologichni prediktori suїcidal'noї povedinki u hvorih na depresivni rozladi / A.M. Bacherikov, T.V. Tkachenko // Ukraїns'kij visnik psihonevrologії. - 2007. - T. 15, vip. 1(50), dodatok. - S. 154—155.
3. Guzenko K.V. Osobennosti destruktivnogo povedenija pacientov perenneshih pervyj psihoticheskij jepizod / K.V. Guzenko, V.Ja. Pishel', M.Ju. Polyvjanaja // Tavricheskij zhurnal psihiatrii - T.13, №2 (47) - 2009. - S. 54-62.
4. Maruta N.O. Pershij epizod psihozu (diagnostika, likuvannja, organizacija dopomogi) / N.O. Maruta // Ukraїns'kij visnik psihonevrologії - T. 15, № 1 (50) - 2007. - S. 21-24.
5. Sonnik G.T. Bioritmologicheskie issledovaniya v psihiatrii: costojanie i perspektivy razvitija / T.G. Sonnik, A.N. Skripnikov, V.A. Rud' // Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija - 2012. - N 1. - S. 89-95.
6. Harkavy-Friedman J.M. Can early detection of psychosis prevent suicidal behavior? / J.M. Harkavy-Friedman // Am.J. Psychiatry. - 2006. - Vol.163. - Suppl. 5. - P. 768-770.

7. Johannessen J.O. First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways: course, outcome and health service use during first 2 years / J.O. Johannessen, S. Friis // T. Early Intervention in Psychiatry. - 2007. - Vol. 1. - P. 40-48.
8. Lester N. Early intervention for first episode psychosis / N. Lester // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 328, №6. - P. 1451-1452.
9. Melle I. Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior / I. Melle, J.O. Johannessen, S. Friis // Am. J. Psychiatry. - 2006. - Vol. 163. - P. 800-804.
10. McGorry P. D. Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages / P. D. McGorry // Med. J. Aust. - 2007. - Vol. 187. - Suppl. 7. - P. 8 - 14.

### Реферат

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ С УЧЕТОМ ЦИРКАДНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ  
Бойко Д.И.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, аутоагрессивное поведение, биологические ритмы.

Острый психоз – третий из инвалидирующих состояний, а основные психические расстройства приводят к уменьшению продолжительности жизни в среднем на 10 лет. Начало заболевания приходится, как правило, на молодой возраст, что нарушает общественную, профессиональную и семейную активность пациента. Последнее время все больше внимания уделяется вопросу развития аутоагрессивного поведения при первом эпизоде психоза. Значительным пробелом при этом является то, что недостаточно внимания уделяется влиянию биологических ритмов на развитие аутоагрессивного поведения при первом эпизоде психоза. Задачей данного исследования было провести клинико-психопатологическую характеристику пациентов с аутоагрессивным поведением при первом эпизоде психоза с учетом биологических ритмов. Исследование проводилось на базе Полтавской областной клинической психиатрической больницы им. А.Ф. Мальцева, в него было включено 39 пациентов, с аутоагрессивным поведением при первом эпизоде психоза. Для обследования использовались шкалы PANNS (1986), BPRS (1962p.), Любанн-Плоцца (2000), вопросник Басса-Дарки (2002), анкета Эстберга (1986). В результате исследования по шкале Любанн-Плоцца было установлено, что 2 пациента имели очень высокий показатель суицидального риска, 10 больных – высокий показатель, 18 пациентов – средний показатель, а 9 пациентов – сниженный показатель. По шкале PANSS у пациентов с очень высоким и высоким показателями риска суицида доминировали позитивные симптомы, у пациентов со средним тестовым показателем – негативные симптомы, у пациентов со сниженным показателем – общие психопатологические симптомы. По шкале Басса-Дарки у группы с очень высоким риском суицида доминировало чувство вины, с высоким риском - чувство обиды, у пациентов со средним и сниженным риском - подозрительность. Согласно анкете Эстберга: среди пациентов с очень высоким риском суицида у 1 пациента был «четко выраженный вечерний тип», у 1 пациента - «слабо выраженный вечерний тип»; в группе с высоким риском суицида у 2 пациентов был «четко выраженный вечерний тип», у 4 пациентов «слабо выраженный вечерний тип», у 3 больных «индифферентный тип», у 1 пациента «слабо выраженный утренний тип»; в группе со средним риском суицида у 1 пациента был «четко выраженный вечерний тип», у 5 пациентов «слабо выраженный вечерний тип», у 9 больных «индифферентный тип», у 1 пациента «слабо выраженный утренний тип», у 1 пациента «четко выраженный утренний тип»; в группе со сниженным риском суицида у 3 пациентов «слабо выраженный вечерний тип», у 4 больных «индифферентный тип», у 2 пациента «слабо выраженный утренний тип». По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о превалировании определенных групп симптомов в клинической картине первого эпизода психоза в зависимости от степени суицидального риска у пациентов, а также установлено, что циркадные ритмы имеют влияние не только на особенности клинической картины у пациентов с первым эпизодом психоза, а и могут влиять на уровень суицидального риска. Поэтому дальнейшие углубленные исследования влияния биологических ритмов на формирование аутоагрессивного поведения являются перспективными, поскольку дадут возможность улучшить качество лечебных и реабилитационно-профилактических мероприятий у данной категории больных.

### Summary

CLINICAL STUDY OF PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR AT FIRST PSYCHOTIC EPISODE WITH REGARD TO CIRCADIAN BIOLOGICAL RHYTHMS

Boyko D.I.

Key words: first psychotic episode, autoaggressive behaviour, biological rhythms.

Acute psychosis ranks the third position among the disabling conditions, and major mental disorders result in shortening of the average life span by 10 years. The onset of the disease is usually registered at young age that impedes social, professional and family activity of the patients. Recently, more attention is paid to the development of autoaggressive behaviour during the first episode of psychosis. Little is known about the impact of biological rhythms on the autoaggressive behaviour in the first-episode psychosis. The objective of this study was to conduct clinical and psychopathological assessment of patients with autoaggressive behaviour in the first-episode psychosis taking into account biological rhythms. The study was conducted on the basis of the Poltava Regional Clinical Psychiatric Hospital and included 39 patients with auto-aggressive behaviour in their first-episode psychosis. The study was based on the findings obtained by using the survey scales as PANNS (1986), BPRS (1962), questionnaires of Luban-Plozza (2000), Buss -

Durkee (2002), Österberg (1986). The assessment by the scale of Luban-Plozza showed that 2 patients had the highest rate of suicide risk, 10 patients demonstrated high rate, 18 patients had the average, and 9 patients had reduced suicide rate. According to the PANSS scale the patients with very high and high risk of suicide demonstrated predominance of positive symptoms, patients with an average test indices had negative symptoms, and patients with low indices had general psychopathological symptoms. By the scale of Buss –Durky, the group with very high risk of suicide experienced predominantly a sense of guilt, while the patient of high risk, middle and lower risk group were evaluated as suspicious. According to the results of the study it is possible to make a conclusion about the prevalence of certain groups of symptoms in the clinical picture of the first episode psychosis depending on the level of risk for patients. It was also found out that circadian rhythms had an impact not only on the particular clinical picture in patients with first-episode psychosis, but could influence the risk of suicide. Therefore, further in-depth studies of biological rhythms influence on the formation of autoaggressive behaviour are promising, as they will be able to improve the quality of treatment, rehabilitation and prevention of the cases.

УДК 616.248-053.2-018.74-092

**Васильченко Ю.В.**

## **МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ**

Харківський національний медичний університет

*Бронхіальна астма є однією з актуальних проблем сучасної медицини. Ендотеліальна дисфункція в теперішній час розглядається в якості одного з можливих патогенетичних механізмів формування БА. Тим не менш, до кінця стан ендотелію залишається недослідженим. Нами обстежено 69 дітей віком від 6 до 17 років з персистуючою БА та 15 практично здорових дітей. Для виявлення ендотеліальної дисфункції визначали рівень S-нітрозотіола сироватки крові, товщину комплексу інтимі-медіа загальної сонної артерії та проводили манжеточну пробу. З метою визначення причин формування ендотеліальної дисфункції вивчали рівень циркулюючих імунних комплексів та рівень молекули судинної міжклітинної адгезії-1 в сироватці крові. Статистичний аналіз проводили за допомогою статистичних пакетів "EXCELL FOR WINDOWS" і "STATISTICA 7.0. FOR WINDOWS". Встановлена наявність ендотеліальної дисфункції у дітей з бронхіальною астмою. Відмічено, що рівень дисрегуляції судинного тонузу залежить від ступеня тяжкості захворювання. Визначено значне підвищення рівня молекули судинної міжклітинної адгезії-1 в сироватці крові, яка сприяє адгезії на ендотелії судин біологічно активні речовини, а саме циркулюючих імунних комплексів, тим самим запускає цілий каскад патологічних процесів.*

Ключові слова: бронхіальна астма, діти, ендотеліальна дисфункція.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами: №0114U0093 Медико-біологічна адаптація дітей із соматичною патологією в сучасних умовах

### **Вступ**

Бронхіальна астма (БА) залишається глобальною проблемою охорони здоров'я, враховуючи збільшення захворюваності та смертності від цієї хвороби [1].

Останнє десятиліття ХХ століття ознаменувалось зміною поглядів на патогенез БА. Так, патофізіологічне визначення БА як варіабельне звуження бронхів змінилось на розгляд захворювання як хронічного запалення дихальних шляхів. Сучасна концепція розглядає БА як хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, регульоване різними клітинними елементами (еозинофілами, тучними клітинами, Т-лімфоцитами, макрофагами), медіаторами запалення та залишається однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем сучасної педіатрії [2].

В останні роки у вивченні механізмів формування запального процесу при БА особливий інтерес приділяється функції ендотелію [3,4,5], зокрема регуляція хемотаксичних, запальних і репаративних процесів у відповідь на локальне

пошкодження [6]. Маркерами ендотеліальної дисфункції вважають зниження ендотеліального синтезу NO, підвищення рівнів ендотеліну-1, циркулюючого фактора фон Віллебранда, розчинної молекули судинної міжклітинної адгезії-1 (sVCAM-1) та інших біологічно активних речовин [7].

Участь ендотелію в регуляції системного та легеневого судинного тонузу здійснюється шляхом утворення і вивільнення вазодилатуючих і вазоконстрикторних речовин, зокрема ендотеліну-1 і ендотелій-залежного розслаблюючого фактора - оксиду азоту (NO) [3]. Порушення метаболізму оксиду азоту відіграє провідну роль у дисфункції ендотелію, одночасно NO має важливе значення в реалізації багатьох патофізіологічних процесів при БА, будучи біологічним маркером активності запального процесу.

Вбачають, що експресія ендотелієм молекули VCAM-1 синхронно індукується прозапальними цитокінами. VCAM-1 зв'язується з b1-інтегрином (VLA-4), котрий експресується на лейкоцитах деяких субпопуляцій й забезпечує вибіркву ад-