



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **55967** (13) **U**
(51) МПК-2011.01
A61B 5/16МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕЙРОВІРУСНОГО ҐЕНЕЗУ**

1

2

(21) u201010540

(22) 31.08.2010

(24) 27.12.2010

(46) 27.12.2010, Бюл. № 24, 2010 р.

(72) КОЛЯДЕНКО НІНА ВОЛОДИМИРІВНА, КАЗ-
МІРЧУК ВІРА ЄВСТАФІЇВНА, МАЛЬЦЕВ ДМИТРО
ВАЛЕРІЙОВИЧ, ДИЧКО СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ,
ЗДОРОВЕНКО НАТАЛІЯ ВІКТОРІВНА, ЖИВАГО
ХРИСТИНА СЕРГІЇВНА(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб діагностики психотичних розладів ней-
ровірусного ґенезу шляхом психометричних, ней-

рофізіологічних і нейропсихологічних обстежень, який **відрізняється** тим, що додатково проводять поглиблені соматичні, патофизиологічні та імуноло-
гічні обстеження, під час яких фіксують клінічні
маркери шизофреноподібних психозів нейровірус-
ного ґенезу, виявляють наявність вірусів герпесу
4-го (вірус Епштейна-Бара) та 6-го типів, а також
цитомегаловірусу, додатково проводять електрое-
нцефалографічне дослідження та магніторезонан-
сну томографію і при наявності вірусів герпесу
діагностують психотичні розлади нейровірусного
ґенезу.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме - до психіатрії, і може бути використана для диференційної діагностики і ви-
значення тактики лікування хворих на шизофрено-
подібні порушення психічного здоров'я.

Традиційно шизофренія визначається як ендो-
генне процесуально-прогресивне захворювання,
що має генетичні передумови і відзначається
практичною відсутністю специфічних анатомофізі-
ологічних змін головного мозку. Незважаючи на
полеміку щодо різноманіття клінічних форм шизо-
френії, існують чіткі діагностичні критерії захворю-
вання, а саме - аутизм, апатія, абулія та дисоціа-
ція мислення, з поступовим формуванням
специфічного шизофренічного дефекту особистос-
ті. Спільним для різних теорій етіології та патоге-
незу шизофренії є відокремлення шизофренічного
процесу від схожих шизофреноподібних розладів
при ендокринних, неврологічних, посттравматич-
них та інших порушеннях, що останнім часом на-
буває все більшої актуальності у зв'язку з патомо-
рфозом захворювання (2).

Відома модель патогенетичних механізмів
нейрокогнітивних розладів у структурі психопато-
логічних симптомів при шизофренії [1], що реалі-
зує принципи міждисциплінарного підходу і поєд-
нує психометричні, нейрофізіологічні і
нейропсихологічні методи обстеження та їх інтер-
претації в єдиному полі клінічного аналізу фено-
менології хвороби. Згідно цієї моделі, нейрокогні-

тивні розлади займають центральне місце в струк-
турі психопатологічної симптоматики при шизоф-
ренії.

Авторами використовувалися такі основні ме-
тоди діагностики, як клінікопсихопатологічний та
клініко-катамнестичний, завдяки чому виділені та
описані диференційно-діагностичні ознаки, що
визначають специфіку при структурі провідного
синдрому у хворих із різними формами шизофре-
нії. Відмічено, що провідним радикалом порушень
при простій формі шизофренії є порушення уваги,
операційні порушення, загальна аутизація психіч-
ної активності; при параноїчній формі шизофренії -
дезорганізація мислення, порушення абстрактного
мислення, вольової сфери, соціального функціо-
нування в цілому; кататонічна форма характеризу-
ється порушенням операційних і основних психоло-
гічних умов когнітивної діяльності. Однак даний
спосіб не дозволяє відокремити різні форми ши-
зофренії від шизофреноподібних розладів нейро-
вірусного ґенезу, хоч автори і наголошують, на-
приклад, на ефективності у деяких випадках
ноотропних препаратів при не завжди результатив-
ному застосуванні антипсихотиків, а також відна-
ходять певні особливості енцефалографічної кар-
тини.

Задача корисної моделі, що заявляється, по-
лягає у віднайденні клініко-психопатологічних, па-
топсихологічних та інших діагностичних феноменів
(маркерів), що дозволяють виділити шизофрено-

(19) **UA** (11) **55967** (13) **U**

подібні розлади нейровірусного ґенезу в окрему групу психічних захворювань, і розробці адекватної лікувально-реабілітаційної тактики.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі буде полягати в підвищенні точності діагностики та отримання можливості призначення адекватної терапії.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі шляхом психометричних, нейрофізіологічних і нейропсихологічних обстежень, згідно корисної моделі, додатково проводять поглиблені соматичні, патопсихологічні та імунологічні обстеження, під час яких фіксують клінічні маркери шизофреноподібних психозів нейровірусного ґенезу, виявляють наявність вірусів герпесу 4-го (вірус Епштейна-Бара) та 6-го типів, а також цитомегаловірусу, додатково проводять електроенцефалографічне дослідження та магніто-резонансну томографію і при наявності вірусів герпесу діагностують психотичні розлади нейровірусного ґенезу.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Проводять поглиблені соматичне, патопсихологічне та імунологічне обстеження пацієнтів. Під час обстеження фіксують наступні клінічні маркери нейровірусної інфекції при шизофреноподібній клінічній картині: епіданамнез (перенесене респіраторне захворювання, хронічні інфекції, реакції з боку лімфатичних вузлів, субфебрильна температура, щеплення, перебування на південних курортах, куріння - в тому числі пасивне - тютюну і марихуани, сімейний епіданамнез); надмірну немотивовану тягу до води, водних процедур; рухову збудженість; збереженість логіки мислення та критичності до захворювання, повільне формування дефекту, що проявляється при патопсихологічному обстеженні, зокрема, правильним вирішенням методик класифікації та виключення, розумінням переносного змісту прислів'їв, змісту гумористичних малюнків тощо; невираженість аутизму та абулії (прагнення до спілкування, намагання адекватної соціалізації, професійної і творчої реалізації особистості); головний біль, метеочутливість, підвищена втомлюваність; погане перенесення антипсихотиків (виражені побічні реакції, низький терапевтичний ефект або наявність терапевтичної резистентності) при позитивному ефекті противірусних, судинних, заспокійливих, деяких протиепілептичних (фінлепсин) препаратів. Ці маркери є підставою для проведення імунологічного дослідження, насамперед, на віруси герпесу 4-го (вірус Епштейна-Бара) та 6-го типів, а також цитомегаловірусу. Додаткове проведення ЕЕГ-дослідження (ознаки дезорганізації коркових ритмів, судомної готовності тощо) та МРТ (при тривалому протіканні захворювання - виявлення лептоменінгеального фіброзу, кіст, вогнищ демієлінізації, некрозу та атрофії) дозволяє не лише об'єктивно підтвердити наявність органічного ураження головного мозку нейровірусного ґенезу, але й значно уточнити прогноз протікання захворювання, що має значення для лікувально-реабілітаційної тактики та профілактичних заходів.

Клінічні спостереження.

1. Хворий В., 23 роки, за фахом художник. В 15-річному віці встановлено діагноз «параноїдна

шизофренія», інвалід II групи. При першому обстеженні мова невиразна, рухи недостатньо скоординовані, виражений нейролептичний синдром. При патопсихологічному обстеженні - логіка мислення достатньо збережена, розуміє зміст прислів'їв, емоції адекватні. На ЕЕГ - ознаки судомної готовності, на МРТ - вогнища атрофії лобної долі мозку. При імунологічному обстеженні виявлене трикратне перевищення норми антитіл до вірусу 6-го герпесу. Було проведено антивірусну терапію (курси імуноглобулінів), відкориговано психотропну терапію (сероквель, фінлепсин, еглоніл). В процесі лікування титри антитіл наблизилися до норми, відновилася мова, покращилася координація рухів, підвищилася працездатність. Став вести більш активне соціальне життя, спілкується з друзями, підготував виставку своїх художніх творів.

2. Хвора С., 16 років, студентка музичного училища. Психічний стан змінився після відпочинку в Криму, звідки повернулася емоційно збудженою, розгубленою. Не бажає спілкуватися, стала неохайною, емоції неадекватні, цілими днями хлюпається у ванні, декілька разів заливала сусідів. На МРТ виявлена поодинокі кіста невеликого розміру. Після курсу противірусної терапії (в/в ацикловір) поведінка стала більш впорядкованою, повернулася до навчання.

3. Хвора А., 35 років. Скарги на маячні ідеї, головний біль. Достатньо критична до захворювання, але під час розмови раптово схоплюється, кудись біжить. В анамнезі - епізоди рухового збудження, під час якого бігла не знаючи куди, потрапляла до незнайомої місцевості і не могла самостійно повернутися додому. На МРТ - ознаки демієлінізації. Імунологічне дослідження підтвердило інфікування вірусом Епштейна-Бара.

4. Хвора О., 11 років. На зміну поведінки дівчинки звернула увагу шкільна вчителька, батьки розцінювали маячні ідеї як прояви творчої фантазії. На прийомі дезорієнтована, галюцінує, висловлює маячні ідеї. Стан визначено як деліріозний інфекційного ґенезу. Лабораторно підтверджено захворювання на вірус Епштейна-Бара, антивірусна терапія дозволила досягти повного видужання дівчинки.

5. Хвора П., 14 років. Затримка мовного розвитку, складні (зорові, слухові) галюцинації, рухова розгальмованість, стереотипні рухи, надмірна тяга до води, метеочутливість, напади головного болю. В той же час, прагнення до спілкування. В анамнезі - початок хвороби пов'язаний із проведеннями щепленнями (АКДС, КПК), після яких захворіла на вітряну віспу, потім на грип, що завершилося порушенням психічного розвитку дитини (втрата раніше набутих навичок, порушення мови, поява галюцинаторної симптоматики). Погано переносить нейролептики. На ЕЕГ - дезорганізація коркових ритмів, на МРТ суттєвих змін не виявлено. Імунологічне обстеження підтвердило значне перевищення титрів антитіл до вірусів герпесу 4-го (вірус Епштейна-Бара) та 6-го типів. Розпочато адекватне лікування, вироблена індивідуальна реабілітаційна тактика.

Таким чином, важливість диференційної діагностики нейровірусних психозів для правильного

обрання тактики лікування та реабілітації, що має прогностичне значення щодо соціалізації таких пацієнтів, робить необхідним як поширення імунологічних знань серед лікарів-психіатрів, так і відхрекалення даної патології в МКХ, а також розвиток відповідної лабораторно-інструментальної діагностичної бази.

Спосіб, що заявляється був апробован на базі КМКПЛ №1 і КМКЛ №4 в місті Києві, отримані позитивні результати дозволяють рекомендувати його для впровадження в роботу лікувально-реабілітаційних, медико-соціальних, спеціальних навчально-виховних закладів.

Література:

1. Вербенко В.А. Динамическая оценка нейрокognитивных функций в структуре психометрического и нейропсихологического статуса больных разными формами шизофрении // Український вісник психоневрології. - 2007. - т. 15, №3 (52). - с. 37-40.
2. Самохвалов В.П. Интерпретация психического состояния / В.П. Самохвалов, В.А. Вербенко // Психиатрическая клиника: Учебное пособие для студентов и врачей-интернов.- Симферополь, 2003. - с. 99-124.