

Винахід відноситься до медицини, а саме, до психіатрії, і може бути використаний для ранньої діагностики загострень і рецидивів шизофренії.

Як прототип обраний спосіб діагностики шизофренії (Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. - ИМИС-НГФ. "Движение". -1994. -С.123-145), який полягає в тому, що вивчають характерні для окремих психічних розладів маркери невербальної поведінки хворих, що корелюють із клінічними проявами захворювання і по їхньому кількісному еквіваленті судять про ступінь вираженості клінічної симптоматики, тому що специфічні для психічного захворювання маркери невербальної поведінки зберігаються в ремісії та є синдромоспецифічними, це дозволяє припускати наявність функціонально-органічних змін у мозку хворих.

Ознаками, що збігаються з істотними ознаками запропонованого способу, є: виявлення невербальних поведінкових маркерів з наступною їх кореляцією з клінічними проявами.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення точності діагностики), є: відсутність оцінки невербальних маркерів поведінки в динаміці конкретного психічного захворювання, немає зв'язку з лікуванням цього захворювання, відсутність урахування між виникненням чи збільшенням кількості специфічних невербальних маркерів та розвитком рецидиву захворювання, ступенем тяжкості психічного стану.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу-прототипу шляхом дослідження та урахування додаткових специфічних невербальних поведінкових маркерів, які залежать від психоемоційного стану хворого і змінюються з появою перших нейрохімічних змін у структурах мозку, пов'язаних з початком рецидиву шизофренії, тяжкість яких наростає під впливом традиційних нейролептичних засобів.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики шизофренії, що включає виявлення невербальних поведінкових маркерів з наступною їхньою кореляцією з клінічними проявами, відповідно до винаходу, виявляють додаткові невербальні поведінкові маркери: дисоціацію міміки, гіпомімію в області чола та очей, відсутність очного контакту, стереотипії жесту чи пози і по збільшенню їхньої частоти в два і більше рази діагностують початок рецидиву.

Між сукупністю істотних ознак запропонованого способу та очікуваним технічним результатом, що може бути досягнутий, виявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: дослідження додаткових специфічних невербальних поведінкових маркерів, збільшення частоти яких у 2 рази і більше свідчить про зміну стану хворого, дозволяє діагностувати початок рецидиву шизофренії на 1-3 тижні раніше клінічних проявів захворювання, що, в свою чергу, дозволяє уникнути вираженого загострення і госпіталізації хворого та змінити тактику лікування захворювання.

Спосіб діагностики шизофренії здійснюють у такий спосіб.

Запропонований спосіб ранньої діагностики рецидивів шизофренії ґрунтується на виявленні вищеописаних невербальних маркерів початкових проявів загострення шизофренії в хворих, що знаходяться під спостереженням лікарів-психіатрів амбулаторної служби. Поява цих маркерів у хворого на шизофренію має величезне значення, тому що вказує на початок загострення чи рецидиву шизофренії і вимагає призначення або зміни медикаментозного лікування.

Під час кожної профілактичної чи запланованої бесіди з хворим на хронічну шизофренію лікар-психіатр звертає увагу на особливості поведінки хворого, фіксує специфічні маркери невербальної поведінки хворого в амбулаторній карті.

При наявності специфічних невербальних проявів початку рецидиву шизофренії - дисоціації міміки, гіпомімії в області чола та очей, відсутності очного контакту і стереотипіях жесту чи пози і/або при змінах у порівнянні з попереднім візитом, особливо, при збільшенні кількості вищеописаних ознак початку рецидиву шизофренії в 2 і більше рази, змінюють тактику лікування. Не дивлячись на те, що в хворого ще відсутні які-небудь скарги з приводу основного захворювання і/або лікар не бачить явних клінічних проявів загострення чи рецидиву шизофренії призначають ліки, що раніше були ефективними в даного хворого в достатніх дозах і якщо хворий на момент огляду приймає підтримуючу терапію, дозу ліків, що він приймає, поступово підвищують до середньо-терапевтичної для даного пацієнта.

Таким чином, попереджають рецидив шизофренії і виконують базові принципи сучасної психофармакотерапії.

Використання запропонованого способу дозволяє в багатьох випадках уникнути подальшої госпіталізації хворого.

Відомості, що підтверджують можливість використання способу.

Було обстежено 60 хворих на шизофренію з приступоподібним чи приступоподібно-прогресивним перебігом захворювання. У цих хворих імовірність виникнення чи загострення рецидиву захворювання протягом 6 місяців складає близько 86,5%. Загальний стан хворого оцінювався за допомогою клініко-психопатологічного, етологічного методів, крім того, вивчалась наявність позитивних і негативних симптомів захворювання за допомогою клініко-статистичної шкали PANSS, що є необхідною умовою науково-практичних досліджень у сучасній психіатрії з погляду світових стандартів якісної клінічної практики. Додатково проводився відеозапис бесід з частиною хворих 20 осіб - 33,3%. Загальний час спостереження за хворими склав 6 місяців. Хворі були розділені на дві однакові групи по 30 осіб у кожній, рандомізовані за статтю, віком, кількістю попередніх рецидивів шизофренії, клінічними проявами шизофренії як позитивного, так і негативного рівня.

Основна група включала 17 чоловіків і 13 жінок у віці  $29 \pm 7,4$  років. Група порівняння 12 жінок і 18 чоловіків того ж віку.

Хворим обох груп проводилося загальне психопатологічне, етологічне, і клінічне обстеження по шкалі позитивних і негативних симптомів шизофренії PANSS, 1 раз на місяць протягом усього періоду дослідження. Катанез оцінювався протягом 6 міс. диспансерного спостереження.

Хворим 1 групи з появою специфічних невербальних маркерів початку рецидиву шизофренії: дисоціація міміки, гіпомімія в області чола та очей, відсутність очного контакту, стереотипії чи жесту пози, виявлених при плановому диспансерному огляді один раз на місяць, незначно мінялася тактика лікування. За хворими 2

групи, з появою додаткових специфічних невербальних маркерів початкових проявів загострення захворювання і при відсутності яких-небудь клінічних проявів загострення, продовжували спостереження.

У всіх хворих вивчали якість і кількісні показники нейролептичної терапії та її ефективність.

Повне обстеження хворих проводили після призначення чи лікування в перші дні клінічних проявів загострення, ще до початку терапії, через 1 місяць і по закінченню лікування загострення в клініці, чи при досягненні ремісії. Досягнення ремісії за часом відрізнялося в порівнюваних групах.

У результаті проведених досліджень було встановлено, що в основній групі хворих на шизофренію додаткові специфічні невербальні маркери загострення протягом 6 місяців були виявлені в 23 хворих, що склало 76,6%, з них п'ятьом - 16,6% почали профілактичне лікування до появи клінічних проявів загострення тільки ґрунтуючись на невербальних проявах психозу, а 18 - 60% була незначно змінена підтримуюча терапія у вигляді підвищення дози основного нейролептичного препарату, що вони приймали в якості підтримуючої терапії. У 7 пацієнтів - 23,3% за час спостереження не було виявлено ніяких ознак загострення шизофренії, але всі вони протягом 6 місяців дослідження приймали підтримуючу терапію сучасними антипсихотичними засобами у вигляді монотерапії.

Виявлено, що на тлі раннього лікування невиражена гостра психотична симптоматика з'явилася в 7 пацієнтів - 23,3%; збільшення негативної симптоматики чи субдепресивний стан, або порушення сну, початкові клінічні прояви загострення відзначалися в 10 хворих - 33,3%. Стан ремісії досягнутий у 21 хворого - 70% протягом не більше 4 тижнів. 22 пацієнти - 73,3% не проходили лікування в стаціонарі, а приймали ліки тільки амбулаторно.

У групі порівняння також усім хворим проводилося повне обстеження у встановлений вище термін. З появою перших невербальних маркерів загострення захворювання ніяких змін лікування не проводили, тільки продовжували спостереження за хворими.

У результаті проведених досліджень було встановлено, що в групі порівняння в хворих на шизофренію невербальні маркери загострення протягом 6 місяців були виявлені в 22 пацієнтів - 73,3%. Яскраві клінічні прояви загострення у вигляді появи гострої психопатологічної симптоматики, переважно параноїдним чи галюцинаторно-параноїдним синдромом, маренням відносин, впливу через один тиждень після появи специфічних невербальних маркерів психозу з'явилися в 3-10% хворих, через 2-3 тижні в 7- 23,3%. Це вимагало невідкладної госпіталізації. У 20% хворих відзначалась поява апатії, абулії, порушень сну та апетиту, у 13,3% з'явилася дратівливість, конфліктність стосовно родичів, що теж змусило вдатися до госпіталізації. У 6,7 % ніяких продуктивних і негативних клінічних проявів не виявлено.

30% хворих почали лікування з появою клінічних ознак загострення, а 36,7% пацієнтам була змінена підтримуюча терапія у вигляді підвищення дози базового нейролептичного препарату, що вони приймали з метою протипрецидивної дії і наступним призначенням психотропних препаратів.

У 26,6% хворих за час дослідження не було виявлено ніяких ознак загострення шизофренії. Усі вони протягом 6 місяців приймали підтримуючу терапію сучасними антипсихотичними препаратами: рисперидон, оланзапін, азалептин.

Після початку лікування загострення вдалося досягти ремісії в 46,7% хворих через 4-6 тижнів, але в 13,35% ремісія наступила через більш тривалий проміжок часу, ніж при попередніх рецидивах. Ефективність лікування цих станів так само була більш низькою, не дивлячись на те, що використовувалися ті ж самі лікарські засоби, що і раніше, ремісії в цих хворих були нестійкими, це вимагало в 3, 10% повторної госпіталізації.

У таблиці 1 представлені дані порівняльного аналізу двох груп хворих.

Таким чином, отримані в результаті дослідження дані свідчать про ефективність запропонованого способу діагностики шизофренії, заснованого на виявленні специфічних невербальних маркерів психозу, тому що коротшає час досягнення ремісії захворювання.

Курсова доза і кількість використовуваних психотропних препаратів, необхідних для досягнення ремісії знизилася, відповідно зменшилася кількість і вираженість побічних дій психотропних препаратів. Проведення диспансерного спостереження за цими хворими показало якість встановленої ремісії, тому що в хворих першої групи не було ні однієї повторної госпіталізації.

У хворих, що почали лікування до появи виражених клінічних проявів загострення, зменшуються показники непрацездатності, кількість побічних дій психотропних препаратів, підвищується якість життя, так само збільшується стійкість ремісії, знижується ймовірність виникнення рецидиву захворювання.

Дані диспансерного спостереження так само підтверджують ефективність запропонованого способу діагностики шизофренії, його перспективність використання в клінічній практиці.

Запропонований спосіб ілюстрований наступним клінічним прикладом.

Приклад 1

Хворий П. 28 років, страждає на параноїдну форму шизофренії протягом останніх 4 років. Рецидиви 2-3 рази в рік з наявністю гострої психотичної симптоматики у вигляді переважно параноїдного синдрому, марення відносин, переслідування. Під час цих загострень завжди госпіталізується в психоневрологічну лікарню. Рецидиви захворювання купіруються протягом 40-45 днів на тлі лікування нейролептиками: трифтазин 30мг/дб, галоперидол 15мг/дб, додатково використовуються антипаркинсонічні препарати, циклодол 4мг/дб тому що в хворого через 1 тиждень лікування виникають гострі екстрапірамідні симптоми. Підтримуючу терапію в міжприступний період приймає постійно - трифтазин 5мг/дб. Має третю групу інвалідності. Працює на підсобних роботах у магазині. Хворий знаходиться під постійним диспансерним спостереженням. На бесіди до лікаря приходить вчасно, завжди в супроводі матері. Хворому застосовували діагностику по запропонованому способі.

Під час співбесід завжди реєструють особливості невербальної поведінки пацієнта. Через 3 місяці дослідження під час планової бесіди було відзначено стійке уникнення погляду на співрозмовника, появу стереотипних потирань рук, перебирання пальцями і стереотипні почісування. Ніяких клінічних проявів захворювання виявлено не було. Мати також не відзначала ніяких змін у поведінці сина. Вирішено було

підвищити дозу трифтазину до 10мг/діб. Через тиждень пацієнт у супроводі матері самостійно прийшов на прийом зі скаргами на деяку розгубленість і порушення сну. Мати хворого відзначала, що такі стани виникали інколи перед настанням загострення захворювання. Доза трифтазину була збільшена до 15мг/діб. На наступну бесіду пацієнт прийшов через 2 тижні. Скарг не пред'являв. Відзначав задовільний стан здоров'я. Зоровий контакт був достатнім, відзначалися тільки стереотипні потирання пальцями. Мати за останній час не відзначала ніяких порушень поведінки хворого. За період спостереження хворий роботу не залишив. Таким чином, завдяки використанню запропонованого способу ранньої діагностики загострень і рецидивів шизофренії, заснованого на виявленні невербальних маркерів психозу, вдалося дуже швидко купірувати рецидив захворювання в амбулаторних умовах, уникнути госпіталізації в лікарню і досягти клінічної ремісії протягом 3 тижнів. При наступному диспансерному спостереженні за хворим протягом 5 місяців стан хворого був задовільним, рецидивів захворювання не виникало.

Отримані дані свідчать про ефективність запропонованого способу, його значної переваги стосовно сучасних клінічних методів обстеження.

Спосіб діагностики, що заявляється, дозволяє більш точно діагностувати прояви рецидиву шизофренії і починати терапевтичні втручання на ранньому доклінічному етапі, що дозволяє купірувати рецидив шизофренії в короткий термін, дозволяє використовувати антипсихотичні засоби в мінімально ефективних дозах для даного пацієнта і дозволяє не тільки зупинити загострення, але і підвищити економічність лікування шизофренії, а також рання діагностика і рання терапевтична допомога зменшує ймовірність розвитку резистентного до нейролептиків стану, прискорює досягнення повноцінної ремісії і сприяє підвищенню її тривалості.

Таблиця 1

Параметри порівняння	Основна група n=30	Група порівняння n=30	P
Наявність невербальних маркерів поведінки	23 76,6%	22 73,3%	>0,01
Кількість рецидивів захворювання	17 56,6%	20 66,7%	<0,05
Кількість госпіталізацій	1 3,3%	14 46,6%	<0,01
Тривалість рецидиву	3±0,75тижн.	4±1,2тижн.	<0,05
Середній час купірування рецидиву	4тижн.	5тижн.	<0,01
Кількість використаних психотропних препаратів/ хворого	1±1,07	3±1,46	<0,01
Повторні госпіталізації	0	3	<0,01