

УДК 616.89-008.441.1:616.895.8

Аграновский М.Л., Каримов А.Х., Муминов Р.К., Солиев Д.М.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ**

Резюме: Приступообразно-прогредиентная шизофрения представляет собой сочетание персистирующего и приступообразного течения или пароксизмального течения заболевания с различными острыми и подостро развивающимися психотическими состояниями, различной степенью прогрессирования и психического дефекта и различной степенью выраженности изменений личности.

Первоначально так называемая приступообразно-прогредиентной шизофрении в настоящее время рассматривалась как выражение сочетания вялого непрерывного течения и повторяющихся приступов шизофрении. Однако дальнейшие исследования показали, что спектр расстройств, отражающих непрерывный характер болезненного процесса и судорог, выходит за рамки таких концепций. Было обнаружено, что, хотя в некоторых случаях заболевание носит только приступообразный характер, степень прогрессирования болезненного процесса при этой форме течения очень выражена и варьируется в широких пределах, что приводит к быстрому нарастанию дефекта приступа у одних пациентов, а у других к относительно легким изменениям личности.

В дополнение к пунктам, выделенным выше, в данной статье оценивается эффективность современных методов в лечении и профилактике аффективных расстройств шизофрении с прогредиентом приступа, которые в будущем могут быть широко применены в медицинской практике

Ключевая слова: шизофрения, приступ, профилактика, лечения, аффективная расстройства.

Agranovsky M.L., Karimov A.H., Muminov R.K., Soliev D.M.

Department of Psychiatry and Narcology Andijan State Medical Institute

PREVENTION AND TREATMENT OF AFFECTIVE DISORDERS OF PAROXYSMAL-PROGRESSIVE SCHIZOPHRENIA USING MODERN METHODS

Resume: Paroxysmal-progressive schizophrenia is a combination of persistent and paroxysmal course or paroxysmal course of the disease with various acute and subacute psychotic states, varying degrees of progression and mental defect and varying degrees of severity of personality changes.

Initially, the so-called paroxysmal-progredient schizophrenia was now considered as an expression of a combination of a sluggish continuous course and repeated attacks of schizophrenia. However, further studies have shown that the spectrum of disorders reflecting the continuous nature of the painful process and seizures goes beyond such concepts. It was found that, although in some cases the disease is only paroxysmal, the degree of progression of the painful process in this form of course is very pronounced and varies widely, which leads to a rapid increase in the defect of the attack in some patients, and in others to relatively mild personality changes. In addition to the points highlighted above, this article evaluates the effectiveness of modern methods in the treatment and prevention of affective disorders of schizophrenia with an attack progredient, which in the future can be widely used in medical practice

Keywords: schizophrenia, seizure, prevention, treatment, affective disorder.

Введение. За последние 20 лет в отечественной психиатрии систематическое изучение типологии приступов шизоаффективного психоза (ШАП), впервые выделенного в зарубежной литературе [3,5], осуществлялось сотрудниками отдела эндогенных психических

расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАМН [6,8]. Клиническая типология приступов разрабатывалась в рамках деления ШАП на аффектдоминантную и шизодоминантную формы, различающиеся по длительности аффективных расстройств и бредовой симптоматики, свойственной шизофрении [2,11]. В результате этих исследований было предложено различать 6 типов клинических приступов ШАП [2]. Среди аффектдоминантного варианта выделены острый чувственный бред или бред восприятия (бредовое настроение, бред инсценировки, бред символического значения); наглядно-образный бред воображения (ориентированный онейроид или антагонистический бред); интеллектуальный бред воображения (острый фантастический или острый парафренный бред). Шизодоминантная форма ШАП включает: параноидное состояние^{1*} в структуре бреда восприятия с элементами интерпретации; параноидное состояние в структуре наглядно-образного бреда воображения с элементами интерпретации; параноидное состояние в структуре интерпретативного бреда. Бред восприятия рассматривается в качестве «ядерного» варианта ШАП или в качестве но-зологически самостоятельного варианта; приступы с наглядно-образным бредом воображения, так же как и параноидное состояние в структуре бреда восприятия с элементами интерпретации, отнесены к краевым вариантам; три оставшиеся клинические разновидности, характеризующиеся хотя бы незначительной прогредиентностью, более описаны в более ранних работах «синдром Кандинского-Клерамбо».

Однако в самом начале изучения шизоаффективного психоза анализ аффективных расстройств в структуре выделенных клинических типов позволил высказаться о целесообразности поиска иного принципа деления ШАП, чем деление на аффект- и шизодоминантные варианты [1], что, кстати, предусмотрено в современных классификациях психических и поведенческих расстройств [4].

Цель исследования. Изучить пути повышения эффекта лечения за счет профилактики аффективных расстройств и использования современных методов лечения приступообразно-прогредиентной шизофрении.

Материалы и методы исследования. Изучена группа больных в количестве 51 человек с диагнозом депрессивный вариант шизоаффективного расстройства (ШАР) в соответствии с критериями МКБ-10 (F25.1). По полу больные распределились следующим образом: женщин было 37 (72,5%), мужчин - 14 (27,5%).

Большее число женщин в настоящем исследовании объясняется тем обстоятельством, что набор материала в основном проводился в отделении АОПНД.

В исследовании, посвященном сравнительному изучению шизоаффективного расстройства, как в случае с предшествующим психозу эмоциональным стрессом, так и в случае аутохтонного его возникновения, также оказалось большее число женщин.

Результаты исследования. На основании ретроспективного анализа доманифестного этапа депрессивного шизоаффективного расстройства у подавляющего большинства больных ($n=40$, 78,4%/51) выявляются аффективные расстройства. При этом для депрессивных состояний ($n=24$, 47,1%/51) на доманифестном этапе оказывается присуща достоверно большая частота их психогенной провокации ($n=17$, 70,8%/24; $p<0,028$). С меньшей частотой, по сравнению с депрессивными, на доманифестном этапе ШАР отмечено наличие биполярных расстройств ($n=13$, 25,5%/51), значительно реже гипомании ($n=3$, 5,9%/51), и в обоих случаях, как правило, с их аутохтонным возникновением. По данным отечественных авторов (без дифференциации на тип ШАР), аффективные расстройства в виде гипомании или субдепрессии выявляются в 59,6% больных шизоаффективным расстройством [9]. На материале настоящих

наблюдений не выявлено достоверно значимой зависимости возникновения от времени года, как провоцированных, так и аутохтонных аффективных расстройств. В то же время активное (манифестное) проявление депрессивного ШАР следует ожидать чаще осенью, в сравнении с весной и летом (различия достоверны при $p < 0,008$ и $p < 0,017$). Существенным является и тот факт, что активному (манифестному) проявлению депрессивного ШАР непосредственно предшествуют провоцированные аутохтонные аффективные расстройства. Отсутствие этого интервала во времени выявляется с высокой степенью значимости ($p < 0,0001$) чаще, чем отставленные от манифестного приступа на срок от 1 месяца до года и более доманифестные аффективные расстройства. Значительная частота, как правило, доманифестных аффективных расстройств, свидетельствует в пользу преморбидной стресс-уязвимости части больных с манифестным депрессивным ШАР. Примечательным является факт отсутствия обращаемости за медицинской помощью больных с аффективными расстройствами на доманифестном этапе депрессивного ШАР.

У 16 (31,4%) больных на доманифестном этапе в структуре непсихотических аффективных расстройств выявлены патологические интересы/увлечения. Содержание их разнилось в зависимости от валентности аффекта. Так, в случае депрессивного состояния это могло быть увлечение компьютерными играми (online-играми); попытки духовного самосовершенствования в познании учений Востока и Запада; многочасовое прослушивание тяжелого рока; интерес к «оздоровительной» литературе с посещением соответствующих курсов с целью «оздоровить» себя. В период гипомании возника-

ла внезапная влюбленность, в том числе через Интернет; увлечение астрологией, хиромантией, с тем, чтобы узнать свое будущее; тяга к художественному творчеству (к примеру, активное выступление в качестве

танцовщицы в эротическом баре); посещение дорогостоящих курсов с целью «узнать себя как личность, научиться принимать верные решения и избегать ошибочных, улучшить отношения с окружающими и близкими людьми»; интенсификация участия в бизнесе с установкой «иметь большую прибыль» в ущерб всем другим интересам, включая заботу о семье («даже дети не интересуют»). На значительную частоту (51,2%) патологических интересов/увлечений, правда, в клинике смешанного и маниакального типов шизоаффективного расстройства обращено внимание в исследованиях отечественных авторов [19].

Оценка степени тяжести депрессии на активном этапе течения депрессивного ШАР проводилась с позиции критериев МКБ-10 (F32-F34). В литературе отмечена возможность даже психометрической оценки (анкета PHQ-9) степени тяжести депрессии у больной, к примеру, с наличием сочетанных проявлений депрессии и вербального галлюциноза в случае ШАР биполярного типа [32]. У половины больных (n=26, 50,9%) диагностирована промежуточная между тяжелой и умеренной степень выраженности депрессивных расстройств (ДР). Основанием этому послужили наличие у больных всех 3-х типичных симптомов депрессии и от 2 до 3 других проявлений депрессии из перечня «а-ж» (F32 МКБ-10). В единичном наблюдении к промежуточной степени тяжести ДР отнесены сочетание 2-х типичных и 6 дополнительных симптомов депрессии. В зарубежной литературе имеются указания на возможность выделения промежуточной (переходной) степени тяжести большой депрессии или большого депрессивного эпизода [30]. Значительно реже у больных выявлялась легкая (15,7%), тяжелая (13,7%) и умеренная (9,8%) степень тяжести ДР. Наличие субдиагностических проявлений ДР отмечено лишь в 5 наблюдениях (9,8%).

Наличие жалоб на сниженное настроение, в том числе с тоскливым оттенком, а также утрату интересов и ангедонию констатировано у

большинства изученных больных с манифестным депрессивным вариантом ШАР (соответственно 98,0% и 80,4%). У большинства отмечено наличие выраженной утомляемости (68,6%), при этом астения нарастала в течение дня, либо это было ощущение непреходящей слабости (немошь - «вроде ничего не делала, а уже устала»). Среди дополнительных депрессивных симптомов из перечня «а-ж» (F32, МКБ-10) в жалобах фигурировали расстройства сна (84,3%), сниженный аппетит (74,5%), снижение способности к сосредоточению внимания (52,9%), возможно вследствие идеаторной замедленности; значительно реже выявлялась сниженная самооценка (25,5%), суицидальные мысли (17,6%); в единичных наблюдениях отмечено наличие идей виновности, а также мрачного и пессимистического видения будущего (соответственно 7,8 и 7,8%).

Выявлена значительная частота ассоциированного с диагностически очерченной депрессией (различная степень тяжести ДР) отдельных проявлений субдиагностического генерализованного тревожного расстройства (ГТР) в соответствии с критериями DSM-IV. Диагностическую рубрику генерализованного тревожного расстройства в МКБ-10 (41.1) вряд ли представляется возможным использовать в силу смешения критериев ГТР и бесфабульной (флоттирующей) тревоги. Такие проявления ГТР как расстройство сна (84,3%), быстрая утомляемость (68,6%), а также расстройство концентрации внимания (52,9%) находят существенное перекрытие с проявлениями собственно депрессии. Симптом мышечного напряжения не типичен для больных с депрессивным вариантом ШАР. Нехарактерным оказалось и накопление проявлений вегетативной гиперактивности у каждого из больных. Так, отдельные проявления вегетативной тревоги отмечены у 39 пациентов, при этом у значительного числа из них (n=17) в виде одного какого-либо симптома.

В дебюте приступа значительное место могло занимать двигательное возбуждение (беспокойство), когда больная, со слов родственников, мечется по комнате или целыми днями находится в бессмысленном движении по квартире. На высоте приступа отчетливыми становятся проявления психомоторной заторможенности с жалобами «не могу быстро сформулировать мысль», «мысли текут медленно», «долго соображаю». Голос больных тихий, ответы на вопросы односложны, перемежаются длительными паузами, больные редко меняют положение тела в беседе. Проявление психомоторной замедленности на высоте приступа продолжает сопровождаться жалобами на «грустное, печальное настроение» либо «нет никаких желаний, ничего не хочется», «настроение снижено».

В зависимости от количества психотических синдромов, в том числе обязательных из перечня «а-г» ^20 МКБ-10), в соответствии с критериями ШАР ^25), изученные больные с манифестным депрессивным ШАР (n=51) были распределены на 2 группы: I - с мономорфной (n=14, 27,5%/51), II - с полиморфной клинической структурой приступа (n=37, 72,5%/51). Мономорфная структура приступа в большинстве случаев (n=10) исчерпывалась вербальным галлюцинозом (истинный или псевдогаллюцинаторный его варианты), в одном случае имел место функциональный вербальный галлюциноз, в 3-х наблюдениях преобладал бредовый регистр психотической симптоматики (острый чувственный бред либо синдром бредовой соматопсихической деперсонализации).

В случае полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР в большинстве случаев (n=28, 75,7%/37) статус больных определялся вербальным галлюцинозом - истинным и псевдогаллюцинаторным его вариантом (соответственно n=12, 42,9%/28 и n=16, 57,1%/28), в единичных наблюдениях имел место вербальный функциональный галлюциноз (n=1, 2,7%/37). Особенными для полиморфной структуры приступа являются

сочетанные проявления вербального галлюциноза в виде основного синдрома с эпизодическим возникновением в дебюте и на активном этапе течения приступа эпизодов острого чувственного бреда (бредовое настроение, символического значения, интерметаморфозы, острого параноида, бреда инсценировки), эпизодов наглядно-образного бреда воображения, отдельных проявлений синдрома психического автоматизма либо бредовых эпизодов с фабулой порчи, ущерба, мнимой беременности, конфабуляторного бреда. Среди иных факультативных синдромов, наряду с определяющим клиническую картину приступом вербального галлюциноза, выявлено эпизодическое возникновение зрительных и обонятельных галлюцинаций, галлюцинаций воображения, в единичном наблюдении висцеральных галлюцинаций. Значительно реже ($n=3$) основное клиническое проявление полиморфного по структуре манифестного депрессивного ШАР складывалось из бредового регистра. Это определенная синдромологическая этап-ность при формировании бреда инсценировки; сочетанные проявления бреда порчи с мизоманией; ипохондрический бред с галлюцинациями воображения. В двух наблюдениях к полиморфной структуре манифестного депрессивного ШАР отнесены ориентированный онейроид с наличием вербального псевдогаллюциноза либо идеаторного варианта синдрома психического автоматизма; в трех клинических наблюдениях это был кататоно-онейроидный синдром на фоне депрессивного аффекта.

Отмечены достоверные статистические различия между группой больных с мономорфной и полиморфной клинической картиной: в первой группе больных достоверно чаще встречались шизоидные (сензитивные и экспансивные варианты) пре-морбидные особенности личности ($\chi^2=4,25$, $df=1$, $p=0,039$), стресс-провоцированные аффективные расстройства на доманифестном этапе ($\chi^2=4,70$, $df=1$, $p=0,03$), при этом последние чаще были представлены депрессивным расстройством ($\chi^2=3,99$, $df=1$, $p=0,045$)

и в виде единичного депрессивного эпизода ($\chi^2=5,19$, $df=1$, $p=0,022$). Напротив, у больных с полиморфной структурой приступа достоверно чаще имели место тревожные (уклоняющиеся) особенности преморбидной личности ($\chi^2=4,14$, $df=1$, $p=0,04$), на доманифестном этапе - биполярное аффективное расстройство ($\chi^2=3,96$, $df=1$, $p=0,046$), при этом в виде двояных аффективных фаз ($\chi^2=5,18$, $df=1$, $p=0,022$).

Вывод. Таким образом, клинический анализ контингента больных с манифестным депрессивным ШАР (МКБ-10) в условиях повседневной психиатрической практики позволил выявить ряд типологических вариантов структуры приступов. Это разделение структуры приступов на моно- и полиморфную в зависимости от количества продуктивных (психотических) симптомов, в том числе обязательных из перечня «а-г» F20. Наряду с моно- и полиморфной структурой приступа, возможно выделение приступов с отсутствием либо, напротив, наличием смешанной аффективной симптоматики в виде гипомании, биполярного расстройства, смешанной депрессии и альтернирующего варианта смешанного аффективного расстройства (без сопутствующей продуктивной симптоматики) на различных этапах течения манифестного ШАР.

Следует подчеркнуть, что у большей половины больных (58,3%/24) с наличием смешанных аффективных расстройств на различных этапах течения манифестного депрессивного ШАР на доманифестном этапе выявлялись биполярные расстройства либо единичные эпизоды гипомании. Следовательно, для определенной части больных с манифестным депрессивным ШАР тенденция к биполярности, заложенная на доманифестном этапе, находит свое выражение и на различных этапах течения самого приступа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеев А.В. Шизоаффективное расстройство с предшествующим эмоциональным стрессом (клинические особенности, прогноз): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008.
2. Головизнина О.Л. Клинико-психологическая дифференциация больных с психогенными (непсихотическими) депрессиями // Российский психиатр. журн. 2004. Вып. 4. С. 4-8.
3. Корнев А.Н. Клинико-психопатологическая дифференциация шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Журн. неврол. и психиатрии. 1994. Т. 94, № 6. С. 45-49.
4. Лакосина Н.Д., Алексеев А.В., Шмилович А.А. Патодинамические и клинические соотношения тимопатии, психической травмы и шизоаффективного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2009. № 2. С. 4-6.
5. Пантелеева Г.П., Артюх В.В., Копейко Г.И. и соавт. Клиникогенетические особенности и нозологическая оценка шизоаффективного психоза в систематике эндогенных приступообразных психозов // Журн. неврол. и психиатрии. 2011. Т. 111, № 4. С. 12-21.
6. Петри А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. Пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. 2009.
7. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002. 312 с.
8. Сергеев И.И., Малиночка С.А. Патологические интересы и увлечения при шизофрении // Журн. неврол. и психиатрии. 2008. № 3. С. 11-17.
9. Akiskal H.S., Akiskal K.K. A mixed state core for melancholia: an exploration in history, art and clinical science // Acta Psychiatr. Scand. 2007. Suppl. 433. P. 44-49.

. 10. Koola M.M., Fawcett J.A., Kelly D.L. Case Report on the Management of Depression in Schizoaffective Disorder, Bipolar Type Focusing on Lithium Levels and Measurement-Based Care // J. Nervous & Mental Disease. 2011. Vol. 199, N 12. P. 989-990.

11. Vollmer-Larsen A., Jacobsen T.B., Hemmingsen R., Parnas J. Schizoaffective disorder - the reliability of its clinical diagnostic use // Acta Psychiatr. Scand. 2006. Vol. 113, N 5. P. 402-407.