

УДК 616.895.87-036.66-085

*Салиев М.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Азимова Г.А.
Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и
психотерапии*

Андижанский государственный медицинский институт

**РЕМИССИИ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПСИХОПАТОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКИЙ
И СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ**

Резюме: При заболеваниях, при которых наблюдается подавленное настроение, проблема психопатологии ремиссий разработана слабо. Если широкая литература посвящена вопросам клинической гетерогенности и, соответственно, систематике ремиссий при шизофрении, то попытки типологической дифференциации ремиссий при аффективной патологии осуществляются лишь в единичных исследованиях и ограничиваются выделением астенических, тревожных, гипоремиссий, тимулус, виды бессонницы.

В зарубежных публикациях ремиссии при аффективных расстройствах (по сравнению с шизофренией) являются неполными и завершенными ("синдромными"), которые традиционно определяются остаточными психопатологическими расстройствами на уровне "подпороговых" пограничных маркеров ("симптоматические ремиссии"), лишенными симптомов, характерных для обострения заболевания.

Термин "выздоровление" связан с английским литературным понятием "complete remission", которое используется для обозначения не только длительной, полной и стабильной ремиссии, но и процесса выздоровления, возвращения к норме или нормальному состоянию здоровья (уровню работоспособности), что подразумевает возможность его завершения. проводится поддерживающая терапия.

Ключевые слова: эндогенные заболевания, ремиссия, эпидемиология, прогноз, психопатология.

*Saliev M.M., Agranovsky M.L., Muminov R.K., Azimova G.A.
Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and
Psychotherapy
Andijan State Medical Institute*

REMISSIONS IN ENDOGENOUS DISEASES: EPIDEMIOLOGY, PSYCHOPATHOLOGY, CLINICAL AND SOCIAL PROGNOSIS

Resume: In diseases in which there is a depressed mood, the problem of psychopathology of remissions is poorly developed. If a wide literature is devoted to the issues of clinical heterogeneity and, accordingly, the systematics of remissions in schizophrenia, then attempts at typological differentiation of remissions in affective pathology are carried out only in isolated studies and are limited to the isolation of asthenic, anxiety, and hyporemissions. thymus, types of insomnia.

In foreign publications, remissions in affective disorders (compared with schizophrenia) are incomplete and complete ("syndromic"), which are traditionally defined by residual psychopathological disorders at the level of "subthreshold" border markers" ("symptomatic remissions"), devoid of symptoms characteristic of exacerbation of the disease.

The term "recovery" is associated with the English literary concept of "complete remission", which is used to denote not only a long, complete and stable remission, but also the process of recovery, return to normal or normal health (level of performance), which implies the possibility of its completion. supportive therapy is being carried out.

Keywords: endogenous diseases, remission, epidemiology, prognosis, psychopathology.

Актуальность. Понятием «ремиссия» (от лат. «remissio» - освобождение, перерыв) принято обозначать временное ослабление, снижение выраженности симптомов заболевания до такой степени, когда клинические проявления не соответствуют критериям синдромально завершеного аффективного расстройства[1,4].

В качестве формализованных признаков ремиссии рассматриваются минимальный средний суммарный балл по соответствующим психометрическим шкалам (HAM-D-17 \leq 7 баллов, MADRS \leq 10 баллов, CGI - 1 балл [1, 3-9]), а также длительность состояния более 6 мес[3].

Несмотря на растущее количество публикаций, посвященных ремиссиям при аффективной патологии, целый ряд аспектов этой проблемы - в первую очередь клинических (включая вопросы психопатологии и коморбидности), а также эпидемиологических и терапевтических, требует уточнения[5].

В литературе приводятся варьирующие в широких пределах эпидемиологические показатели, характеризующие ремиссии при аффективных заболеваниях. Их частота соответствует распространенности рекуррентных эпизодов депрессии - 35-77% (хроническая депрессия - 8-25%, единственный эпизод - 12-50%). Лишь в единичных длительных катамнестических исследованиях уточняются формализованные характеристики ремиссий, например приводится оценка их средней продолжительности[4]. При этом приводимые значения также имеют значительный разброс - от 145 до 308 нед (2,8-5,9 года). Анализ кривых выживаемости (Каплана-Майера) в проспективных исследованиях позволяет зарегистрировать закономерность, определяемую понятием «насыщение модели» с течением времени: по мере увеличения длительности ремиссии вероятность рецидива депрессии снижается.

Цель исследования. Цель данного исследования - выявить основные клинические и психопатологические модели ведения начальной стадии

шизофрении, продемонстрировать корреляции с последующим клиническим и социальным прогнозом и профилактикой заболевания.

Материал и методы исследования. Основные методы - клинико-эпидемиологический, психопатологический, психометрический, статистический с регистрацией исследуемых параметров в базе данных с модульной структурой по типу IT-системы ввода, хранения и обработки информации.

Выборку для поперечного эпидемиологического исследования составили 60 пациентов с аффективными расстройствами, 24 женщин и 36 мужчин, средний возраст которых был $45,4 \pm 13,3$ года.

Результаты исследования. Распространенность верифицированных ремиссий в эпидемиологической выборке составила 36,2%. Среди них отчетливо преобладали симптоматические ремиссии, которые имелись в 27,5% случаях; синдромальные ремиссии имели место в 39 (8,7%) наблюдениях. Значительно меньшее число синдромальных ремиссий в сравнении с симптоматическими соответствует результатам ряда исследований, хотя имеющиеся в литературе показатели распространенности (9,5-18%) превышают представленные в настоящем исследовании^[5].

В результате сопоставления группы ремиссий по основным клиническим (продолжительность ремиссий, число и длительность депрессивных эпизодов) и социальным (брачный и образовательный статус, уровень трудоспособности, инвалидизации) параметрам было установлено, что между симптоматическими и синдромальными ремиссиями по большинству показателей нет статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Продолжительность первой ремиссии составила $8,3 \pm 6,6$ и $8,3 \pm 6,1$ года для симптоматической и синдромальной соответственно; второй - $4,2 \pm 3,6$ и $6,2 \pm 4,7$ года; третьей - $2,8 \pm 1,8$ и $2,6 \pm 1,8$ года ($p > 0,05$). Число депрессивных

эпизодов при симптоматических и синдромальных ремиссиях также оказалось сопоставимым: 3-8 (среднее - 4,8) против 3-7 фаз (среднее - 4,4). Продолжительность первой депрессии составила $8,4 \pm 4,7$ и $7,3 \pm 6,5$ мес для симптоматической и синдромальной соответственно; второй - $7,1 \pm 3,2$ и $5,9 \pm 3,1$ мес, третьей - $8,4 \pm 2,8$ и $4,7 \pm 3,8$ мес ($p > 0,05$).

При симптоматических ремиссиях необходимо длительное амбулаторное лечение психотропными средствами^[11], имеющее целью максимальную редукцию резидуальных симптомов. Однако при проведении стабилизирующей и поддерживающей терапии симптоматических ремиссий представляется целесообразным ориентироваться на принадлежность остаточных расстройств к одному из трех выделенных в настоящем исследовании типов. Согласно полученным данным, наиболее успешным оказалось лечение проявлений не подвергшихся полному обратному развитию манифестных аффективных фаз - резидуального циклотимического симптомокомплекса (73,5% обследованных катamnестически больных ответили на терапию). Психотерапия «общих» симптомов, сформировавшихся в результате амальгамирования конституциональных и манифестных аффективных расстройств, оказалась эффективна лишь в 40,9% случаев.

В свою очередь, резидуальные симптомы конституциональной природы по типу постдепрессивных патохарактерологических расстройств обнаружили терапевтическую резистентность к психотропным средствам. Соответственно в качестве наиболее адекватных стратегий в отношении этого типа резидуальных нарушений могут рассматриваться психотерапевтические вмешательства.

Вывод. Завершая обсуждение полученных результатов, указывающих на их типологическую неоднородность, а также гетерогенность клинического и социального прогноза ремиссий при аффективной патологии с учетом показателей распространенности, можно

обозначить основные подходы к вторичной профилактике (противорецидивная терапия), предполагающей дифференцированные стратегии оказания помощи при изученной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Городничев АВ, Костюкова ЕГ, Мосолов СН. Достижение ремиссии как основная цель длительной терапии рекуррентного депрессивного расстройства. Современная терапия психических расстройств. 2009;(1): 5-10.

2. Гвоздецкий АН, Петрова НН, Акулин ИМ. Влияние когнитивных нарушений при рекуррентной депрессии на социальное функционирование больных в ремиссии. Социальная и клиническая психиатрия. 2019; 29(1):5-9. [Gvozdetskii AN, Petrova NN, Akulin IM. The effect of cognitive impairment in recurrent depression on the social functioning of patients in remission. Sotsial'naya i klinicheskayapsikhiatriya. 2019;29(1):5-9.

3. Канаева ЛС. Современная концепция ремиссии при непсихотических депрессивных расстройствах. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013;113(11): 14-22. [Kanaeva LS. The modern concept of remission in non-psychotic depressive disorders. Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. 2013;113(11):14-22.

4. Llorca PM, Gourion P. P.2.f.028. Course of anhedonia and depressive symptoms in a population of depressed outpatients treated with agomelatine. Eur Neuropsychopharmacol. 2014; 24(suppl 2):468.

5. Taylor DJ, Walters HM, Vittengl JR, et al. Which depressive symptoms remain after response to cognitive therapy of depression and predict relapse and recurrence? J Affect Disord. 2010 Jun;123(1-3):181-7.