

**ХУРУЖСИМОН ШИЗОФРЕНИЯНИ РЕМИССИЯ БОСҚИЧИДА
АСТЕНИК ТИПИНИ ТЎЛИҚ КЛИНИК ВА ПСИХОПАТОЛОГИК
ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ**

*Андижон Давлат Тиббиёт Институти Фармакология, клиник
фармакология ва тиббиёт биотехнологиялари кафедраси ассистенти*

Собиров Олимжон Одилжон ўғли

Резюме,

Хуружсимон шизофрениядаги астеник ҳолатларнинг моҳиятини кўплаб маҳаллий психиатрларнинг адабиёт манбаалари топиш мумкин, аммо уларнинг белгиларини баҳолашнинг аниқ мезонлари ҳали ҳам мавжуд эмас. Шу билан бирга, шизофрения ремиссиясида астеник касалликларнинг пайдо бўлиш даражаси анча юқори ва 10 дан 20% гача учрайди. Баъзи муаллифлар астенияни ижобий, бошқалари эса негатив симптомлар доирасида кўриб чиқади.

Мақолада сўнгги йиллардаги илмий тадқиқотлар астеник симптом комплексининг клиник гетерогенлигини ва унинг аффектив ва ипохондрия белгилари билан боғлиқлиги, шизофренияда астения негатив ўзгаришларга чамбарчас боғлиқ ҳолда ҳосил бўлиши ва аллақачон пайдо бўлган шизофрения нуқсонининг "белгиси" эканлиги кўрсатилган.

Калит сўзлар: астеник ремиссия, клиник типология, шизофрения.

**CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF
ASTHENIC TYPE OF PAROXYSMAL SCHIZOPHRENIA IN REMISSION**

Resume,

The essence of asthenic conditions in paroxysmal schizophrenia can be found in the works of many Russian psychiatrists, but there are still no exact criteria for evaluating their syndrome. However, the frequency of asthenic

disorders in remission of schizophrenia is significantly higher and ranges from 10 to 20%. Some authors consider asthenia as a positive, while others consider it as a negative symptom.

The article shows that scientific research in recent years has shown the clinical heterogeneity of the asthenic symptom complex and its connection with affective and somatichondriac symptoms, that in schizophrenia, asthenia is formed in close connection with negative changes and is a "sign" of an already existing schizophrenic defect.

Key words: asthenic remission, clinical typology, schizophrenia.

Долзарблик. Ушбу ишни ўрганишга бағишланган асосий нашрлар мисолида ўрганилаётган шизоастения клиник кўринишларининг полиморфизми, охир-оқибат, астеник бузилишлар малакасининг ўта ноаниқлигида замонавий ижобий-шизофрения парадигмаси доирасида амалга оширилади[4,6]. Шизоастенияни бевосита ўрганишга бағишланган тадқиқотларда астеник касалликлар қатор салбий (етишмовчилик) касалликларда кўриб чиқилади[8]. Ушбу дихотомияга анъанавий ёндошишга асосланиб, астения энергия йўқотишининг клиник кўриниши ("нуқсон") сифатида салбий аломатлар тоифасига, шу жумладан нормал ақлий функцияларнинг заифлашишига тўғри келади[1,5]. Бироқ, клиник ҳақиқатда астеник аломатлар ҳар доим ҳам салбий аломатлар билан чегараланиб қолмайди ва тегишли нашрларда қайд этилган бир қатор ҳолатларда улар ижобий аломатларга хос бўлган хусусиятлар ва динамикани намойиш этади[3,7].

Астения шизофрения билан оғриган беморларда салбий касалликларнинг мустақил шакли сифатида, яъни дефектнинг астеник варианты сифатида ўтган асрга оид кўплаб нашрларда тасвирланган [2]. Маҳаллий адабиётда шунга ўхшаш тенденцияни ҳали ҳам кузатиш мумкин [6]. Шизофрения ва шизофрения спектри бузилган беморларда салбий

бузилишлар таркибидаги астеник касалликларга оид адабиётларни таҳлил қилишда иккита асосий йўналишни ажратиш мумкин. Биринчидан, феноменологик жиҳатдан астеник билан таққосланадиган психопатологик бузилишлар шизофрения нуқсонининг полетик-ўлчовли модели доирасида кўриб чиқилади, яъни улар бузилишлар мажмуасида, биринчи босқичда, концептуал жиҳатдан "асосий бузуқлик" тушунчаси билан бирлаштирилган.

Изланиш мақсади. Хуружсимон шизофрениyani ремиссия босқичида астеник типини тўлиқ клиник ва психопатологик таҳлил қилишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. 2023-2024 йилларда Андижон вилоят психоневрология диспансери бўлимларига анамнезидан хуружсимон шизофренияга чалинган жами 70 нафар беморлар бўлиб, улардан 50 нафари асосий гуруҳ, 20 нафари назорат гуруҳидан ташкил топган.

Изланиш натижалари. Тадқиқот учун Андижон вилоятида яшовчи ва хуружсимон шизофренияга билан хасталанган, 18 ёшдан катта бўлган аҳоли гуруҳи танланди. Булар Андижон Вилоятининг турли туманларидан иборат бўлди. Жами 70 нафар, шу жумладан, 50 нафари хуружсимон шизофренианинг астеник типдаги ремиссияси билан ва 20 нафари бошқа турдаги ремиссиялари билан хасталанган беморлардан иборат қатлам танлаб олинди, АВПНД га мурожаат қилиб келган, амбулатор ва стационар равишда даволаниб турадиган беморлар танлаб олинди.

Тадқиқот гуруҳига кўшилиш мезонлари касалликнинг клиник белгилари ёки чуқур текширув давомида олинган хуружсимон шизофрениада ги астения белгиларидир.

Ҳар бир бемор клиник белгилар ёрдамида беморнинг симптомлари ва объектив ҳолатини ҳисобга олган ҳолда физикал текширувдан ўтказилди.

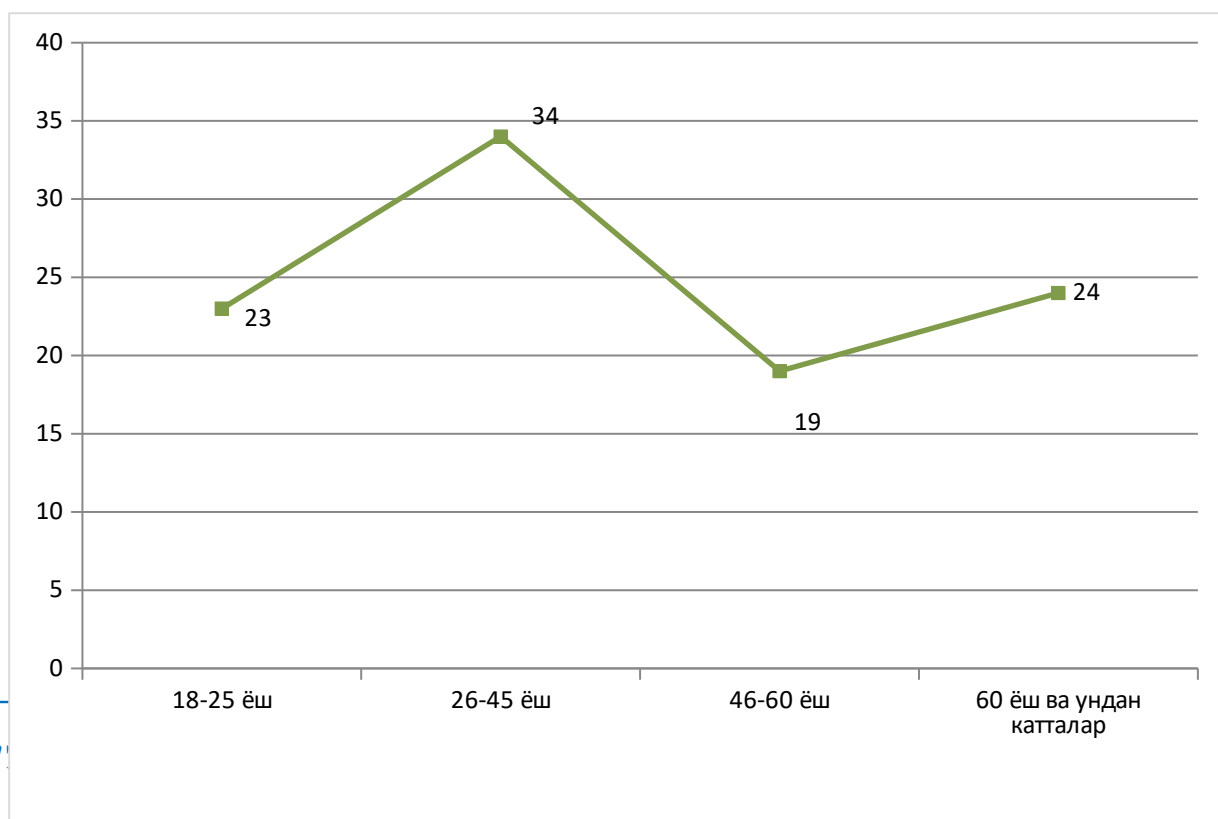
Кўшимча усул сифатида АВПНД лаборатория бўлимидан текширув учун олинган беморларнинг умумий таҳлиллари ҳам кўриб чиқилди: қонни (гемоглобин даражаси, эритроцитлар ва лейкоцитлар сони, гематокритни

аниқлаш, ретикулум, ранг кўрсаткичини ҳисоблаш), ABO ва Rh тизимларининг кон гуруҳларини стандарт усуллар билан аниқлаш, кон зардобда темир миқдорини аниқлашнинг биокимёвий усулларидадан фойдаланилди.

Барча гуруҳлардаги беморларнинг клиник кўриниши ўхшаш бўлди. Текширувдан ўтказилган ХШ билан хасталанган беморларида гемоглобин (ГБ) даражаси (M + w) 74.93 ± 1.39 , соғлом аҳоли гуруҳида эса 124.75 ± 0.5 . Беморларнинг этник гуруҳларини таққослаш энг паст ГБ даражаси эркакларда - $71,52 \pm 3,16$ ва энг юқори кўрсаткич аёлларда - $77,34 \pm 3,7$. Ранг кўрсаткичи (РК) ўртача $0,72 \pm 0,006$, барча гуруҳларда кўрсаткич тахминан бир хил зардобли темир $8,54 \pm 0,12$ ни ташкил этди, бу кўрсаткич айрим беморларда кам бўлиб чиқди - $8,33 \pm 0,28$ ва ундан юқори, гарчи меъёрнинг минимал даражасидан паст бўлса ҳам.

Диаграмма 1.

Текширувга олинган беморларнинг ёш кўрсаткичлари



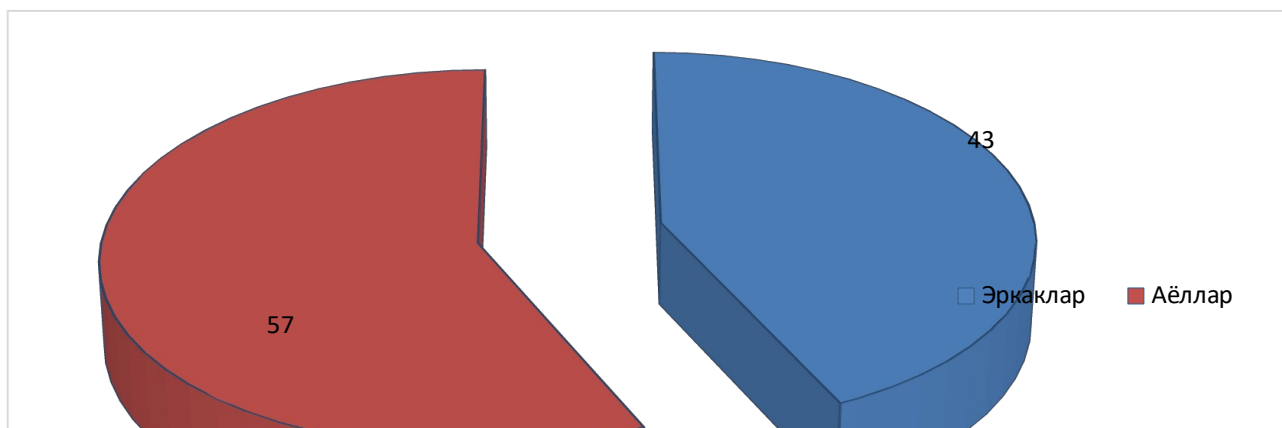
Текширилган беморларнинг 23% 18-25 ёшлилар, 34% ни 26-45 ёшлилар, 19%ни 46-60 ёшлилар ва 24% ни 60 ёш ва ундан катталар ташкил этди. Кузатадиган бўлсак, асосан 26 ёшдан 45 ёшлилар ўртасида хуружсимон шизофренияда астеник типдаги ремиссияни учратдик ва бунинг сабабини ушбу ёшдаги инсонларнинг ушбу касалликларга наслий мойиллиги мавжудлиги билан тушунтирилади.

Барча текширилувчи гуруҳдаги беморларимизда хуружсимон шизофренияга чалинган ва уни ташқи муҳит омиллари қўшилган ҳолда янада ушбу касаллик белгилари ривожланишига туртки беришини кузатишимиз мумкин.

Текширувдан ўтган беморларнинг ўртача ёши $28,22 \pm 0,6$, соғлом - $27,06 \pm 0,8$ ёшни ташкил этди, 50 нафар бемор текширилганда, Андижон туманида 33,55%, Асака туманида - 20,8%, Избоскан туманида - 16,7%, Олтинкўл туманида - 15,4% ва Балиқчи туманида -13,42% ХШда астеник типдаги ремиссия намоён бўлиш ёши ўртача барча этник гуруҳлар учун бир хил ва $20,12 \pm 0,6$ ёшни ташкил этди. Касалликнинг давомийлиги $7,57 \pm 0,54$ йилни ташкил қилди.

Диаграмма 2.

Хуружсимон шизофрения билан хасталанган, астеник типдаги ремиссия мавжуд бўлган беморлар гуруҳида жинс жиҳатдан учраш кўрсаткичлари

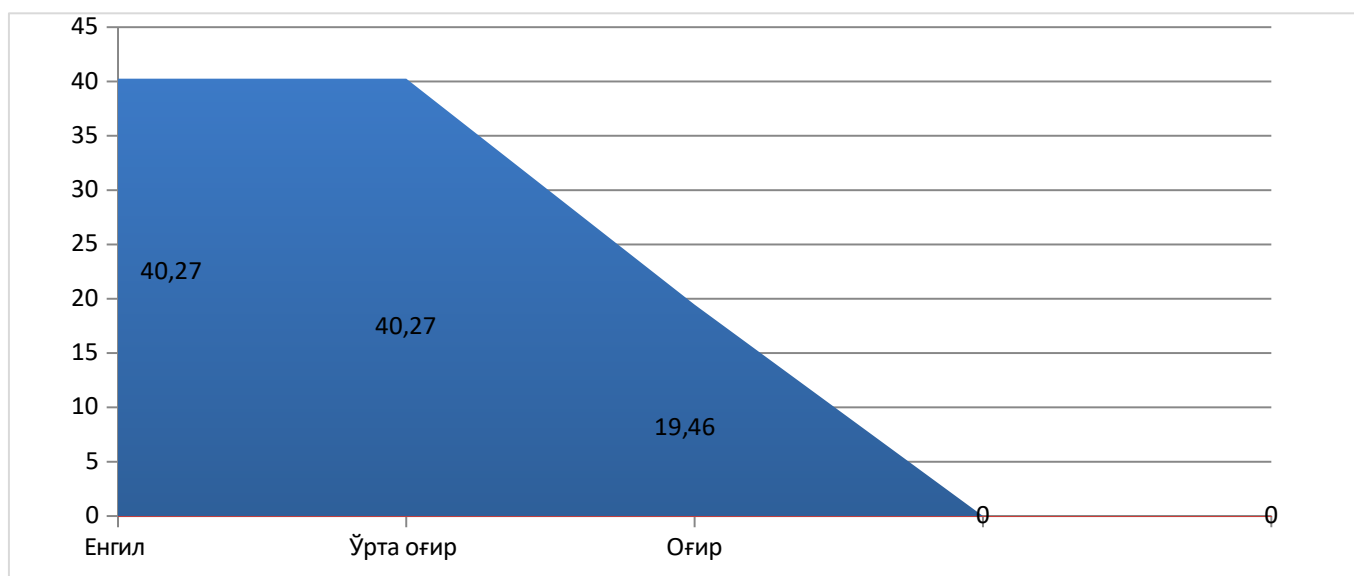


Текширилган беморларнинг 57% ни аёллар ташкил этган бўлса, 43% эркакларнинг улушига тўғри келди.

Бунинг сабаби аёлларнинг эркакларга нисбатан турли касалликларга жумладан, астенияга ҳам мойиллиги билан тушунтирилади ва бу аёллар организмнинг, иммун тизимининг эркакларга нисбатан пастроқ эканлигида кўрилади. Бу ҳолат шунингдек назорат гуруҳидаги беморларда ҳам кузатилди ва бу табиийдир. Умуман олганда ХШда астеник типдаги ремиссияларнинг оғир кечиши 40,27%, ўртача кечиши 40,27% ва енгил кечиши 19,46% аёлларда аниқланган.

Диаграмма 4.

Текширувга олинган беморларнинг Андижон вилояти аҳолиси гуруҳида оғирлик даражаси бўйича учраш кўрсаткичлари

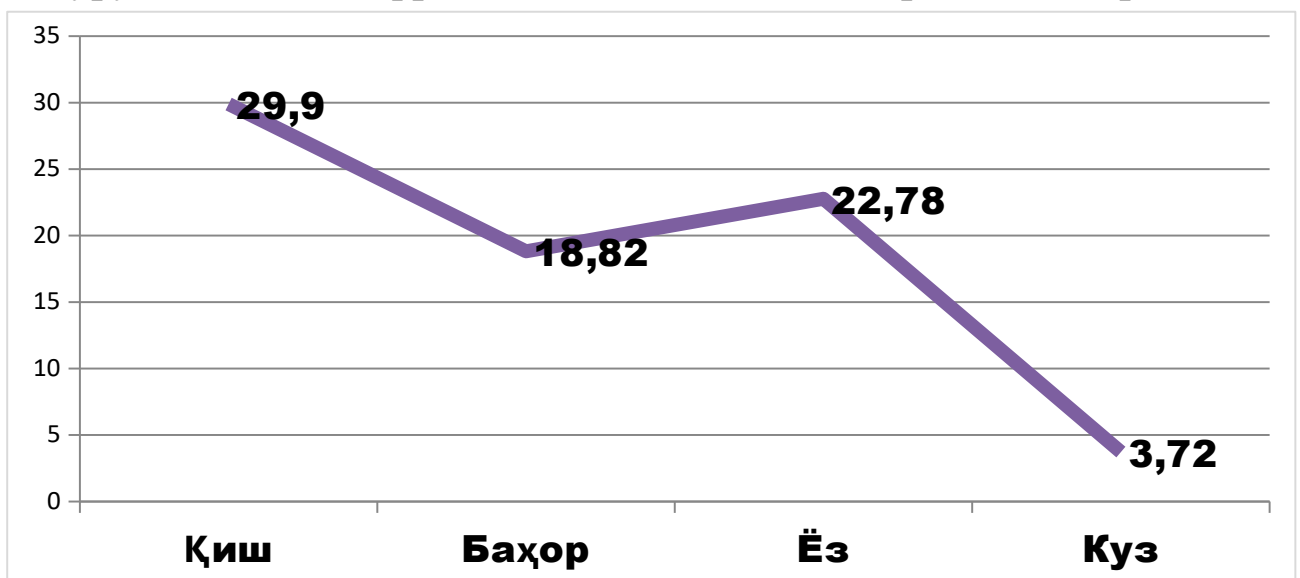
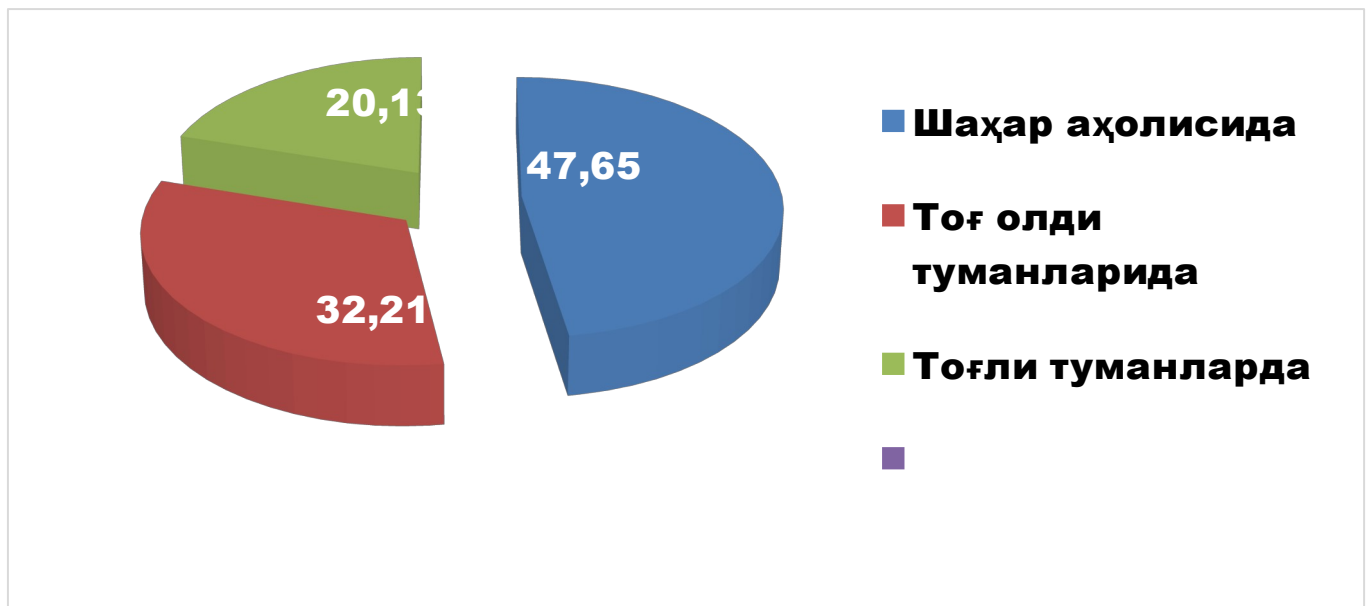


Географик ҳудудлар бўйича текширилаётган беморлар шаҳар (66,4%) ва қишлоқ (33,5%) аҳолисига бўлинди, бу шаҳар аёллари орасида беморларнинг қишлоқ аёллари билан таққослаганда 1,9 баравар кўплиги кўрилади.

47,65%, Андижон вилоятининг тоғ этакларида - 20,13% ва тоғларда - 32,21% ни ташкил этди. Соғлом аҳоли гуруҳида ушбу гуруҳлар мос равишда 69%, 8% ва 23% ни ташкил этди.

Диаграмма 5.

Текширувга олинган беморларда хуружсимон шизофрениянинг Андижон вилоятининг турли шароитларида учраш кўрсаткичлари



Тадқиқот дизайни: Барча беморлар (n = 70) экспериментал терапевтик тадқиқотлар ўтказиш учун икки гуруҳга ажратилган. Асосий терапевтик гуруҳга анъанавий антипсихотик дори-дармонлардан ташқари б-Д-глутамил-триптофан (б-Д-ХТ) билан кўпайтирилган 43 бемор кирди. Иммунотроп препарат инъекция учун 1 мл сувга 100 мг эритма шаклида, 5 кун давомида кунига 1 марта ИМ ишлатилган. Таққослаш гуруҳи (плацебо) худди шу схема бўйича плацебо (1 мл инъекция) олган 20 касалдан иборат эди. Рандомизациялаш усули оддий бўлиб, у бемор стационарда ётган бўлим сонига қараб амалга оширилди: 1,3,5,7 (ғалати) бўлимларда иммунотроп препарат, 2-да плацебо терапияси, 4,6 (ҳатто) бўлимлар. Гуруҳлар жинси, ёши ва психометрик хусусиятлари жиҳатидан таққосланган ($p > 0,05$).

Нозологик баҳолаш доирасида барча беморларга шизофрениянинг хуржсимон шакли ташхиси қўйилди, бу касалликларнинг замонавий халқаро таснифида (КХТ-10) шизофрениянинг параноид шакли учун эпизодик курс ва ортиб боровчи ташхис мезонларига тўғри келади. ёки барқарор нуқсон (F20.01; F20.02)

Ремиссиянинг клиник кўринишида астеник бузилишлар устунлик қилди. Ремиссияни текшириш учун стандартлаштирилган Н.С. мезонлари ҳам ишлатилган. Андреасен ва бошқ (2005), унга кўра бемор умуман йўқ бўлиши ёки PANSS ўлчовининг саккизта симптомини (1-3 даража) жуда заиф ифодалаши керак: васваса, фикр бузилиши, галлюцинаторлик ҳаракати, ғайриоддий фикр мазмуни, услуб ва позиция, камида 6 ой давомида суст таъсир, ижтимоий ўзини ажратиш, спонтанлик ва равон нутқни бузиш. Барча беморлар учун клиник материаллар кенгайтирилган консултация, муҳокама ва клиник кузатувларни текшириш учун тиббиёт фанлари доктори,

профессор М.Л.Агранговский тақдим этилди, натижада якуний диагностика хулосаси ишлаб чиқилди.

Тадқиқот 18 ёшдан 55 ёшгача (ўртача ёши - $41,9 \pm 9,46$ ёш) 70 нафар беморда ремиссия даврида шизофрениянинг хуружсимон шакллари таъхиси кўйилган. Гендер омилининг таъсирини истисно қилиш ва ўрганилаётган кохортанинг бир хиллигини ошириш учун тадқиқот эркаклар ва аёлларда ўтказилди.

Касалликнинг бошланишининг ўртача ёши $22,2 \pm 4,2$ йил, касалликнинг ўртача давомийлиги $18,9 \pm 9,5$ йил. Сўралган когортада беморларнинг аксарияти (57,1%; 36 киши) касалликнинг давомийлиги 15 йилдан ортиқ, 11,1% (7 киши) - 10 ёшдан 15 ёшгача, 17,5% (11 киши) - 5 дан 10 ёшгача, ва 14,3% (9 киши) - 5 ёшгача.

Беморларнинг аксариятида (46,0%; 29 киши) касалхонага ётқизилишидан олдин хужум давомийлиги 4 ойдан 6 ойгача, 23,8% (15 киши) - 2 ойдан 4 ойгача, 15,9% (10 киши).) - 1 ойдан 2 ой хуружсимон шизофрениядаги астеник тип ремиссияларнинг тақсимланишига кўра, стационарга ётқизиш пайтида астения 14,3% (9 киши), иккинчиси - 34,9% (22 киши), учинчиси - 22,2% аниқланган (1). (14 киши), тўртинчи - 25,4% (16 киши), бешинчи - 3,2% (2 киши).

Ремиссия олдидан содир бўлган хужумнинг клиник кўриниши, аксарият ҳолларда (54,0%; 34 киши), таъқиб қилиш, таъсир қилиш, бошқариш, императив ва шарҳловчи таркибдаги оғзаки псевдоаллгциноз ғоялари устун бўлган ўткир параноид ҳолат билан ифодаланган. Кандинский-Клерамбо синдроми доирасида ақлий автоматизмнинг ғоявий ва моторли вариантларининг намоёиши сифатида.

Бироз камроқ (38,1%; 24 киши) таъсирчан-делуционал тузилманинг ўткир сезгир делириум намоён бўлиши (саҳналаш, интерметаморфоз, ёлғон таниб олиш, Капграс симптоми) таъқиблар, муносабат, таъсир,

ривожланмаган намоёнларнинг хаёлий ғоялари билан бирлаштирилган. аклий автоматизмлар, кататоник симптоматология кузатилди.

7,9% ҳолларда (5 киши) фантастик ёки псевдо-галлюцинаторли парафрения типдаги ўткир парафреник синдром мавжуд бўлиб, унда мессианизм ёки бошқа келиб чиқиши, ислохотчилик, антагонистик хаёллар, хаёлий деперсонализация (ўзгариш ўзгариши) устунлик қилади. аклий "мен" нинг тасвири), оғзаки псевдогаллусинацияларни кузатдик.

Хулоса. Эндоген жараённинг ремиссиясида астеник типдаги ҳолатларнинг бир нечта турларини аниқлаш синдромли диагностика нуқтаи назаридан муҳимдир, бу касалликнинг прогнозини аниқлашга имкон берадиган омиллардан бири бўлиб хизмат қилиши мумкин.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. .Абрамова Л.И. О некоторых особенностях ремиссий у больных приступообразной шизофренией. Журн невропатол и психиат 2011; 91: 1: 94-99.

2. Бархатова, А.Н. Дефицитарные расстройства на начальных этапах юношеского эндогенного приступообразного психоза (мультидисциплинарное исследование): дисс. ... докт. мед. наук: / Бархатова Александра Николаевна. – М., 2016. – 387 с.

3. Данилов, Д.С. Эффективность терапии шизофрении атипичными нейрорептиками (значение различных клинико- социальных факторов). Дисс. докт. мед.наук.: / Данилов Дмитрий Сергеевич - М. — 2011. — 439 с. 49.

4. Мкртчян, А.Г. Дефицитарный тип резидуального состояния при манифестных прогрессивных формах шизофрении (Сообщение 1, 2) / А.Г. Мкртчян // Независимый психиатрический журнал. - 2012. - №1.

5. Тяглова, И.А. Астенический синдром в клинике эндогенных заболеваний / И.А. Тяглова // Журнал Психиатрия. – 2010. - №1. – С. 43-47. 163.

6. Читлова, В.В. Фазно-протекающие негативные расстройства и аффективная патология (на модели невротической депрессии) / В.В. Читлова, О.Ю. Сорокина // XIII Всероссийская Школа молодых психиатров «Суздаль-2017»; Апрель 23—28, 2017; Суздаль.

7. De Alarcon R., Carney M.W.P. Severe depressive mood changes following slowrelease intramuscular fluphenazine injection. Brit Med J. 2009;3:564-7.

8. Johnson D.A. Studies of depressive symptoms in schizophrenia. I. The prevalence of depression and its possible causes. Brit J Psychiat. 2011;139:89-101.