

УДК 616.895.8(616.89-008.45)

Долимова М.А, докторант 3 курса.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

**ОСОБЕННОСТИ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОЙ
ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИНАМИКИ
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И ИХ
ПРОФИЛАКТИКА**

Резюме: В статье приводятся современные данные о методах преодоления терапевтической резистентности у больных рекуррентной шизофренией и оценивается доказанность их эффективности. На основании разделения терапевтической резистентности на отдельные типы предложен дифференцированный подход к применению различных психофармакологических и нелекарственных методов ее преодоления. Обсуждается вопрос возможности ее профилактики.

Ключевые слова: шизофрения, терапевтическая резистентность, методы преодоления, выбор терапии, профилактика.

Dolimova M.A., 3rd year doctoral student.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

**FEATURES OF VARIANTS OF RECURRENT SCHIZOPHRENIA
DEPENDING ON THE DYNAMICS OF PSYCHOPATOLOGICAL
SYMPTOMS AND THEIR PREVENTION**

Resume: The article presents modern data on methods of overcoming therapeutic resistance in patients with recurrent schizophrenia and evaluates the evidence of their effectiveness. Based on the division of therapeutic resistance into separate types, a differentiated approach to the use of various

psychopharmacological and non-drug methods of overcoming it has been proposed. The question of the possibility of its prevention is being discussed.

Key words: schizophrenia, therapeutic resistance, coping methods, choice of therapy, prevention.

Введение. Одним из наиболее тяжелых форм психических расстройств считается шизофрения. Данное заболевание сопровождается расстройствами личности и мышления. Проявления шизофрении настолько разнообразны, что некоторые исследователи считают ее не одним заболеванием, а группой различных расстройств. Наиболее легкой формой этой патологии является рекуррентная шизофрения, ее также называют периодической.

У больных с рекуррентной формой шизофрении также бывают психотические приступы, но они случаются редко. Количество таких эпизодов колеблется от 2 до 4, а у некоторых людей на протяжении всей жизни случается только один приступ. Для данной формы шизофрении характерно наличие ремиссий очень высокого качества. У пациентов редко возникают патологические изменения личности[3].

Периодическая шизофрения имеет очень много общего с аффективными психозами. Она занимает пограничное положение в классификации шизофрении и аффективных расстройств. Благоприятное течение заболевания и развитие ярко выраженных аффективных нарушений в момент приступа приближает рекуррентную шизофрению к маниакально-депрессивным психозам, но возникновение кататонических и бредовых расстройств дает возможность считать эту патологию одной из форм шизофрении[1,4]. В специальной литературе можно встретить такие названия рекуррентной шизофрении: атипичный вариант маниакально-депрессивного психоза, шизоаффективный психоз. Достаточно часто данную патологию называют третьей эндогенной болезнью.

Для рекуррентной формы шизофрении характерны несколько видов приступов, каждый из которых имеет психопатологические особенности. Но их объединяет одна общая черта: на фоне приступа развиваются аффективные расстройства. У больного могут возникать депрессивные, маниакальные или смешанные состояния. Чувственный бред может принимать различные формы, вплоть до онейроидного помрачения. Могут также возникать и кататонические расстройства[2,5].

Рекуррентная (возвратная), периодическая шизофрения принадлежит к относительно благоприятным формам болезни, т.к. при ней не наблюдается тяжелых изменений личности, как при непрерывно-текущей. У женщин встречается гораздо чаще, чем у мужчин, и начинается в зрелом возрасте (25-35 лет).

Болезни свойственны хорошо очерченные приступы с качественными ремиссиями (светлыми промежутками). В структуре приступа может отмечаться депрессивная или маниакальная симптоматика, острые бредовые состояния, онейроидное помрачение сознания (может сочетаться с ката-тоническими расстройствами). Приступ обычно начинается с повышения или снижения настроения, затем присоединяется тревога, страх, растерянность.

Больным кажется, что вокруг них творится что-то непонятное, специально для них подстроены и разыгрываются сцены, спектакли. Воспоминаниям, окружающим явлениям и фактам придается особый фантастический смысл. В дальнейшем в зависимости от настроения развитие бреда идет по-разному[6].

При депрессии могут возникать идеи виновности, борьбы добра и зла, часто с победой злых сил, "дьявола", "злых духов", и, как следствие, суицидальные мысли и попытки (суицид - самоубийство). При повышенном настроении возникают идеи величия, особого значения и

роли в мире (я - "бог", "властитель Вселенной", "мне предназначена особая миссия").

На высоте приступа возникает помрачение сознания: больной перевоплощается, живет в фантастическом мире, на другой планете или в иной временной период (точнее, созерцает свою жизнь, как во сне). Это состояние может развиваться на фоне кататонической заторможенности. Обратное развитие приступа может протекать постепенно или достаточно быстро, но завершается приступ также либо подавленным, либо повышенным настроением[4].

Количество приступов на протяжении болезни бывает разным (от 1-2 до ежегодных ухудшений). Клиническая картина их может быть однообразной, но чаще симптоматика меняется. Иногда бывают транзиторные (быстро преходящие) приступы шизофрении продолжительностью от нескольких дней до 2 недель. У женщин могут развиваться перед менструацией[1,3].

С началом менструации (на 2-3 день) состояние, как правило, улучшается. Ремиссия во многом зависит от тяжести и частоты приступов. Изменения личности, наступающие обычно после повторных приступов, характеризуются снижением активности, появлением обидчивости, ранимости, впечатлительности. В межприступном периоде могут быть колебания настроения.

Цель исследования. Оптимизировать процесс диагностики РШ с целью улучшения ближайших и отдалённых исходов лечения и профилактики пациентов, страдающих данным заболеванием.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задач исследования было проведено изучение группы пациентов, на протяжении болезни которых отмечались периоды смены диагнозов, которые не могли бы быть объяснены патоморфозом заболевания.

Объектом исследования являлся процесс диагностирования аффективной патологии у пациентов психиатрического стационара, механизм выбора терапевтической тактики лечащим врачом и влияние выбранного метода лечения заболевания.

Предметом исследования стали пациенты, имеющие к моменту включения в исследования длительный период заболевания, в течение которого как минимум один раз происходила смена диагноза с аффективных расстройств на расстройства группы шизофрении либо наоборот.

Обсуждение. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни указанных пациентов. Для сбора и последующей обработки была создана регистрационная карта, в которую вносились данные, касающиеся анамнеза заболевания, семейного положения, социального и трудового статусов, клинической картины приступа, схем купирующей терапии, противорецидивной терапии, получаемой пациентом в период предшествующей интермиссии, длительность и качества указанной интермиссии, наличия изменений в различных сферах функционирования со времени начала заболевания по каждому клиническому случаю.

Каждый приступ оценивался со времени появления первых его признаков, в качестве даты окончания купирующей терапии принималась дата выписки пациента, либо дата перевода пациента на режим домашних отпусков либо наличие записи в истории болезни, констатирующей стабилизацию состояния и необходимость дальнейшего нахождения в больнице по социальным показаниям. За качественную интермиссию принимался межприступный промежуток с отсутствием резидуальной симптоматики и полным восстановлением психосоциального функционирования.

В ходе работы было обнаружено, что смена диагноза у отдельно взятого пациента обычно происходила при госпитализации или переводе в

другое отделение (33,3% случаев). Частота смены диагнозов внутри одного отделения, тем более одним и тем же специалистом была значительно реже (12,8%).

Пациенты, которые за время работы по набору материала госпитализировались в ПБ, осматривались лично (38 человек – 41,3%). В этом случае в качестве дополнительного инструмента верификации диагноза и для уменьшения вероятности субъективного влияния использовалось структурированное клиническое диагностическое интервью (SCID). В остальных случаях суждение о диагнозе ставилось на основе анализа информации из всех доступных историй болезни.

Верификация диагнозов проводилась с учетом особенностей клинической картины, длинника заболевания и течения межприступных периодов. У всех включенных в исследование пациентов, отмечался бездефектное, фазное течение заболевания, обострения которого характеризовались аффективными расстройствами настроения (в том числе с неконгруэнтной аффекту психотической симптоматикой), а в межприступные промежутки не прослеживалось дефекта психических функций. На основании выполненного анализа информации и соотнесения полученных данных с диагностическими критериями МКБ-10 был сделан вывод, что все анализируемые больные относятся к группе пациентов с различными вариантами течения БАР. Изучался процесс назначения терапии пациентам исследуемой группы.

В изученной выборке случаи использования атипичных антипсихотических препаратов были крайне редки, намного чаще применялись классические нейролептики. Детальное сравнение этих групп будет проведено дальше. В связи с относительно небольшой величиной мы не проводили деления по группам антидепрессантов.

В качестве нормотимиков пациентам назначался либо карбонат лития, либо карбамазепин, либо вальпроаты. Использования иных препаратов с

нормотимической активностью не отмечалось. В качестве анксиолитиков использовались преимущественно диазепам и феназепам. В дальнейшем анализе учтены только случаи использования указанных препаратов в качестве базисной терапии, исключая случайные, либо однократные назначения. Факт использования нормотимиков и антидепрессантов учитывался только при условии адекватной (соответствующей клиническим рекомендациям) дозировки и продолжительности приема.

В заключение необходимо остановиться на некоторых практических рекомендациях, вытекающих из анализа современных данных о механизмах формирования, методах коррекции и профилактики терапевтической резистентности у больных рекуррентной шизофренией. При низкой эффективности лечения необходимо оценить его адекватность, в том числе путем сопоставления индивидуальных клинических особенностей заболевания и спектра психотропной активности назначенного лечения.

Важно оценить возможность несоблюдения больным режима терапии, особенно при амбулаторном лечении, или снижения активности нейролептика за счет лекарственного взаимодействия с лекарственными другими средствами. После исключения перечисленных факторов необходимо рассмотреть вопрос о введении в терапевтическую программу методов преодоления терапевтической резистентности. В настоящее время с позиции доказательной медицины подтверждена эффективность клозапина и электросудорожной терапии. Поскольку возможность проведения электросудорожной терапии ограничена, обычно приходится останавливаться на психофармакологическом подходе (терапия клозапином).

Польза применения других лекарственных средств и других методов остается спорной, хотя нельзя исключить их высокую эффективность у некоторых групп больных. При выборе лечения мы рекомендуем

использовать предложенный выше дифференцированный принцип применения различных методов интенсификации лечебного воздействия

Вывод. Рекуррентная шизофрения является одним из типов течения такого психического заболевания, как шизофрения. Приступы возникают периодически, и никто не знает точно, когда именно человек станет жертвой обострения. Крайне важно не упустить момент начала приступа рекуррентной шизофрении, так как во время него больной способен сделать асоциальные, опасные для жизни окружающих и себя самого поступки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Данилов Д.С. Эффективность лечебного процесса у больных шизофренией, принимающих атипичные нейролептики: значение клинических особенностей заболевания, безопасности и переносимости терапии, терапевтического сотрудничества и микросоциальных факторов (часть 1) // Психиатрия и пси-хофармакотер. - 2010. - Т. 12, № 1. - С. 34-41.

2. Малин Д.И. Современные подходы к проблеме интолеран-тности к психофармакотерапии у больных эндогенными психозами // Там же. - 2003. - Т. 5, № 1. - С. 38-40.

3. Basan A, Leucht S. Valproate for schizophrenia // Cochrane Database Systematic Reviews. - 2003. - Is. 3.

4. Chan J., Sweeting M. Combination therapy with non-clozap-ine atypical antipsychotic medication: a review of current evidence // J. Psychopharmacol. - 2007. - Vol. 21, N 6. -P. 657-664.

5. Leucht S., Kissling W., McGrath J. et al. Carbamazepine for schizophrenia // Cochrane Database Systematic Reviews. -2007. - Is. 3.

6. Wahlbeck K., Cheine M., Essali M.A. Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia // Cochrane Database Systematic Reviews. - 2001.