

8. Козько В.Н., Анцыферова Н.В., Соломенник А.О. и др. Клиническая эффективность урсодезоксихолевой кислоты у больных хроническим гепатитом С // Научные ведомости I Серия Медицина. Фармация. 2013; 9(22): 123-127.
9. Зарецкий М.М., Черникова Н.М., Лобачевская Т.В. Возможности применения урсодезоксихолевой кислоты в лечении желчнокаменной болезни // Сучасна гастроентерологія, 2011; 2: 136-140.
10. Федосина Е.А., Маевская М.В. Применение урсодезоксихолевой кислоты при неалкогольном и алкогольном стеатогепатите // РЖГГК.-2010; 3: 29-36.
11. Кушнир И.Э., Чернова В.М., Соломенцев Т.А. Критерии диагностики и терапевтические подходы при холестатических заболеваниях печени // Острые и неотложные состояния в практике врача. 2013; 2-3: 19-24.
12. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология: Клинические рекомендации. /М., 2008; 182.

Поступила 09.09. 2019

УДК 616.895.-053,07

КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ РЕМИССИЙ ПРИ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Долимова М.А., Аграновский М.Л., Махмудова Х.Х., Собиров О.О., Мадамин О.А.

Андижанского государственного медицинского института.

✓ Резюме,

Статья посвящена описанию этапов разработки и валидации стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии при шизофрении. Разработка критериев ремиссии была выполнена на основе данных, полученных в рамках популяционного и фармако-терапевтического исследований.

Популяционное исследование включало поперечное исследование частоты ремиссии согласно международным критериям у больных с диагнозом шизофрении и шизоаффективного расстройства по МКБ-10 во взрослой поликлинике Андижанский областной психоневрологический диспансер. В течение последующего 6-месячного периода наблюдения было оценено соответствие временному компоненту ремиссии и критерию стабильности. Дополнительно оценивались клинические типы ремиссий.

Ключевые слова: рекуррентная форма, ремиссия, клиническая типология, шизофрения.

ДАВРИЙ(РЕКУРРЕНТ) ШИЗОФРЕНИА РЕМИССИЯСИНИНГ КЛИНИК ТИПЛАРИ

Долимова М.А., Аграновский М.Л., Махмудова Х.Х., Собиров О.О., Мадамин О.А.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Мақолада шизофрения ремиссиясининг стандарт клиник ва функционал мезонларини ишлаб чиқиш ва тасдиқлаш бошқилари тасвирланган. Ремиссия мезонларини ишлаб чиқиш аҳоли ва фармакотерапевтик тадқиқотлар доирасида олинган маълумотлар асосида амалга оширилди.

Популяцион тадқиқотлар Андижон вилоят психоневрологик диспансеридаги катталар клиникасида МКБ-10 бўйича шизофрения ва шизоаффектив бузуқлик ташхиси қўйилган беморларда халқаро мезонларга кўра ремиссия частотасини ўрганиш бўйича тасаввурлар тадқиқини ўз ичига олди. Кейинги 6 ойлик кузатув даврида ремиссиянинг вақт компоненти ва барқарорлик мезонига мувофиқлиги баҳоланди. Бундан ташқари, ремиссияларнинг клиник турлари баҳоланди.

Калит сўзлар: даврий шакл, ремиссия, клиник типология, шизофрения.

CLINICAL TYPOLOGY OF REMISSIONS IN RECURRENT SCHIZOPHRENIA

Dolimova M., Agranovsky M., Makhmudova Kh., Sobirov O., Madamin O.

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

The article describes the stages of development and validation of standardized clinical and functional criteria for remission in schizophrenia. The development of criteria for remission was carried out on the basis of data obtained in the framework of population and pharmacotherapeutic studies.

The population study included a cross-sectional study of the frequency of remission according to international criteria in patients diagnosed with schizophrenia and schizoaffective disorder according to ICD-10 in an adult clinic of Andijan Regional Psychoneurological Dispensary. During the subsequent 6-month follow-up period, compliance with the time component of remission and the stability criterion was evaluated. Additionally, clinical types of remissions were evaluated.

Key words: recurrent form, remission, clinical typology, schizophrenia.

Актуальность

Изучение шизофрении в настоящее время остается одной из наиболее актуальных проблем клинической психиатрии [4,6].

Распространенность шизофрении в мире оценивается в пределах 0.8 - 1%. Заболеваемость составляет

15 на 100 000 населения, при чем наибольшая заболеваемость в трудоспособном возрасте - 20-29 лет, мужчины : женщины - 1 : 1. Большое значение имеет длительность и качество ремиссий. Трудности ее разрешения связаны с исключительным полиморфизмом клинической картины, многообразием вариантов динамики, влиянием на формообразование и особен-

ности течения многочисленных эндогенных и экзогенных факторов.

Это обусловлено рядом не решенных до сих пор вопросов, касающихся ее типологии [5], клиники [11,12], терапии [1], проблем адаптации [7] и социального функционирования [9].

Все более часто она рассматривается с позиции биопсихосоциальной модели, которая заняла ведущее место во многих исследованиях в психиатрии в последние годы [12].

Рекуррентная шизофрения (периодическая) является наиболее благоприятной формой заболевания. Для нее характерно чередование приступов психического недуга с длительными светлыми промежутками, во время которых продуктивная симптоматика отсутствует или минимально выражена. Изменения личности слабо выражены, этим данная форма схожа с вялотекущей шизофренией.

Наиболее типичными синдромами рекуррентной шизофрении являются аффективные, онейроидные и кататонические проявления, аффективно- бредовые идеи.

Вместе с тем, частое возникновение в период ремиссии продуктивных нарушений оказывается наиболее существенным фактором, приводящим к нарушению трудоспособности. В связи с этим определение закономерностей формирования ремиссий при рекуррентной шизофрении, оценка их прогностического значения, выработка адекватных социо-терапевтических подходов, способствующих сохранению оптимального уровня социально-трудовой адаптации больных представляется весьма актуальной задачей.

В проводимых ранее исследованиях значимость расстройств в ремиссиях расценивалась неоднозначно. Одни авторы полагали, что расстройства не определяют сущности ремиссионных состояний и могут наблюдаться при клинически различных типах ремиссий [8]. Другие считали, что эти нарушения являются существенной характеристикой ремиссий и отражают определенные закономерности течения эндогенного процесса [3].

Ремиссии при рекуррентной шизофрении описывались преимущественно при относительно благоприятных вариантах течения заболевания - при циркулярной шизофрении, в структуре ремиссий при однопоступной юношеской шизофрении.

Длительность и качество ремиссий имеет очень большое значение как для клинического, так и социально-трудового прогноза больных рекуррентной шизофренией, а также для реализации всех компенсаторных возможностей данных категорий больных.

В ряде работ проводилось их сопоставление с клиническими особенностями аффективных расстройств при вялом течении процесса. Изучалась клиническая картина патологии в зависимости от структуры предшествующих приступов.

Все вышесказанное позволяет прийти к выводу о недостаточной изученности ремиссий рекуррентной шизофрении, а также о важности исследования клиники, динамики, прогноза этих состояний и связанных с ними социально-терапевтических мероприятий.

Цель исследования: Изучить клиническую типологию ремиссий при рекуррентной шизофрении.

Материал и методы

Было проведено клинко-эпидемиологическое и клинко-психопатологическое обследование больных рекуррентной шизофренией (РШ) с длительностью заболевания свыше 15 лет. Были изучены 154 больных (основная группа): муж - 70 (45,5%), жен - 84 (54,5%), возрасте от 18 до 50 лет с диагнозом РШ, находившихся на лечении в Андижанском областном психоневрологическом диспансере. В качестве контрольной группы нами были обследованы 40 больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией (ППШ) - репрезентативной по полу и возрасту (т. е. полностью соответствует основной группе): муж - 22 (55%), жен - 18 (45%).

Результат и обсуждение

РШ характеризуется развитием приступов различной психопатологической структуры и наличием ремиссий высокого качества. Тем не менее у больных нередко наблюдаются аффективные расстройства циклотимоподобного характера. Такие нарушения обычно сходны с проявлениями, которые были у больных и до заболевания.

В результате проведенных исследований нами были выявлены следующие типы ремиссий при РШ.

1. Интермиссия (при РШ - 5 больных, 3%; ППШ - 0%) - это состояние отсутствия негативных и продуктивных расстройств. У 2 больных после 1-2 приступов наступила стойкая, длящаяся десятилетиями интермиссия, при которой какие-либо последствия перенесенного психоза не определялись. Такие интермиссии квалифицировали как практическое выздоровление.

2. Ремиссия с лёгкими (незначительными) изменениями личности (при РШ - 11 больных, 7%; при ППШ - 1 больной, 2,5%) выражались в нарастающей замкнутости, эгоистичности, эмоциональном обеднении, холодности к близким, сужении круга интересов, отсутствии стремления к преодолению астенических явлений.

Ремиссии без продуктивной симптоматики чаще встречались при РШ (соотв. 10% и 0%, $P < 0,05$).

3. Астенический тип ремиссии встречался (при РШ - 42 больных, 27%; при ППШ - 5 больных, 2,5%) случаев всех ремиссий. На фоне лёгких негативных расстройств в виде аутизма, эмоциональной нивелировки отмечалась астеническая симптоматика: общая слабость, утомляемость, непереносимость резких шумов, раздражительность, капризность, трудность в усвоении прочитанного, соматические жалобы. Особенно часто этот тип ремиссии возникал после дебютов и рецидивов с выраженной кататонической симптоматикой либо галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, сочетающимися с отчётливыми депрессивными явлениями.

4. Неврозоподобный тип ремиссии (при РШ - 45 больных, 29%; при ППШ - 6 больных, 15%) протекал с неврозоподобной симптоматикой: слабость, вялость, утомляемость, раздражительность, головные боли, нарушения сна. Различали два типа неврозоподобных ремиссий - астенический, сходный с картиной неврастения, где на первый план выступали жалобы на повышенную утомляемость, общую слабость, разбитость, головные боли, плохой сон. Кро-

ме того, нередко отмечались замкнутость, сужение круга интересов, падение инициативы. Второй тип - ипохондрический, при котором больные уклонялись от всякого труда считая себя тяжелобольными и страдающими.

5. Тимопатический тип ремиссий (при РШ - 49 больных, 32%; при ПШ - 7 больных, 17,5%) протекал с лёгкими колебаниями настроения (от субдепрессии до гипомании) на фоне лёгких изменений личности. Ведущим симптомом являлись беспричинные колебания настроения, не достигающие психотического уровня (тип "continua"). Периоды "подъёма" и "спада" продолжались от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. В период подъёма выступают гипертимные черты: повышенное настроение, безудержная активность, неразборчивая общительность, стремление к деятельности, поиск новизны. Периоды

спада напоминали лёгкую степень апатической депрессии.

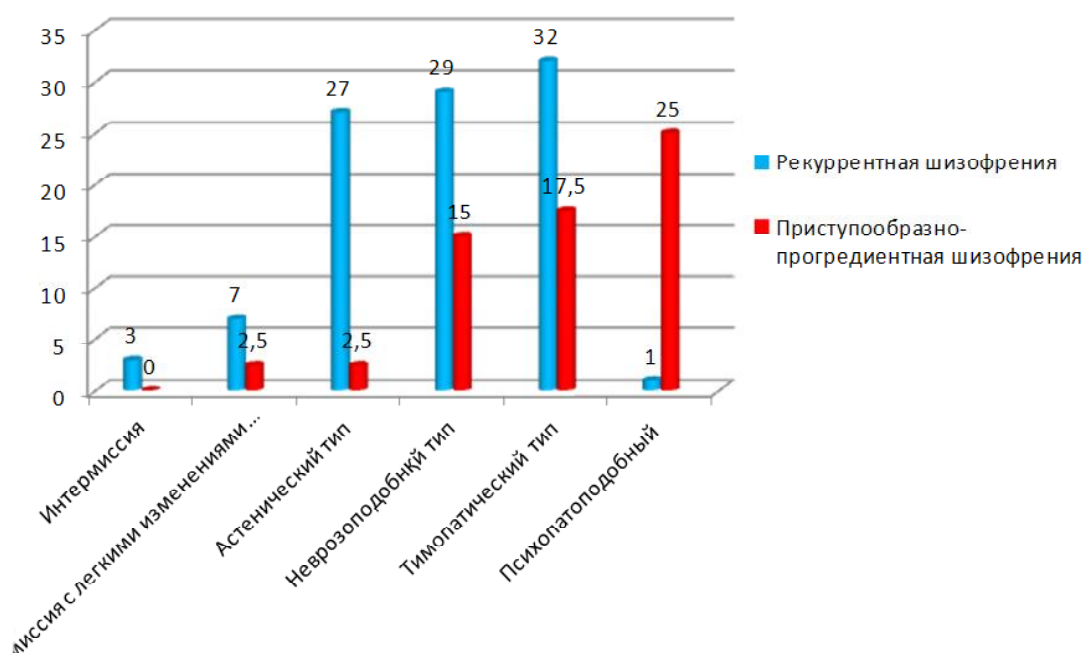
6. Психопатоподобный тип ремиссии (при РШ - 2 больных, 1%; при ППШ - 10 больных, 25%) характеризовался наличием грубых эксплозивных реакций, крайним эгоцентризмом, оппозицией к близким, расторможенностью влечений, склонностью к асоциальным формам поведения и наиболее выраженными негативными изменениями личности.

7. Ремиссии с резидуальной симптоматикой (при РШ - 0%, при ППШ - 11 больных, 27,5%) характеризовался остаточными (отрывочными) явлениями перенесенного галлюцинаторного и бредового приступов, а также отсутствием полной критики к перенесенному психозу.

Психопатоподобный тип ремиссии и ремиссии с резидуальной симптоматикой чаще встречались при ППШ (соотв. 52,5% и 0%, $P < 0.05$).

Диаграмма №1.

Типы ремиссий при рекуррентной шизофрении



Выводы

При РШ, чаще чем при ППШ, встречаются ремиссии без продуктивных расстройств, в то время как психопатоподобный тип ремиссий и ремиссии с резидуальной симптоматикой, наоборот, - при приступообразно-прогредиентном типе течения.

Наиболее часто при РШ встречался тимопатический тип ремиссии (49 больных, 32%). Выделение указанных вариантов ремиссий имеет известное практическое значение для организации диспансерного наблюдения за больными, проведения амбулаторного внебольничного лечения, а также реализации комплекса мероприятий по социально-трудовой реабилитации тематических больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР:

1. Аведисова А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки. //Психиатр. и психофармакотер. 2009; 6(4): 156-8.

2. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Прогностическая значимость дебюта приступообразной шизофрении для социально-трудового прогноза // Психиатрия. 2015; 4-6(40-42): 17-20.
3. Алексеева А.Г., Тиганов А.С. Онейроидно-кататонические приступы при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014; 114(12): 36-41.
4. Ануфриев А.К. Рекуррентная шизофрения // Независимый психиатрический журнал. 2005; IV: 44-54.
5. Воронов А.И., Дресвянников В.Л., Пухало К.В. Новый способ лечения шизофрении. Первые успехи и новые задачи // Академический журнал Западной Сибири. - 2014; 6: 66-71.
6. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция негативных и позитивных расстройств. - М: Новый цвет, 2012; 238.
7. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. //Психиатр. и психофармакотер. 2011; 6(4): 159-62.
8. Семке А.В., Микилев Ф.Ф. Клинические, эпидемиологические и биологические предпосылки адаптации больных шизофренией как основа персонализированного подхода к антипсихотической терапии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2015; 3(88): 19-25.
9. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии // Психиатрия. 2012; 417-426.