

УДК 616.895.8-083

*Аграновский М.Л., Гуломкодиров М.М.,*

*Муминов Р.К., Далимова С.А.*

*Кафедра психиатрии и наркологии*

*Кафедра внутренние болезни №2*

*Андижанский государственный медицинский институт*

*Ферганский медицинский институт общественного  
здравоохранения.*

**ОТДАЛЕННЫЙ ЭТАП ШИЗОФРЕНИИ С  
РЕМИТТУРУЮЩИМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ И РАССТРОЙСТВ  
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Резюме:** На сегодняшний день распространено представление о шизофрении и расстройствах шизофренического спектра как о преимущественно прогредиентных заболеваниях с неблагоприятным прогнозом. Возможность регредиентного течения шизофрении вплоть до полной остановки патологического процесса отмечали еще классики психиатрии. Так, Е.КгаерЕп описывал периоды ослабления и даже полного исчезновения психопатологической симптоматики, он же впервые употребил понятие «социального выздоровления» при заболеваниях шизофренического спектра.

**Ключевые слова:** шизофрения, отдаленный этап, ремиттирующая течения.

*Agranovsky M.L., Gulomkodirov M.M.,*

*Muminov R.K., Dalimova S.A.*

*Department of Psychiatry and Narcology*

*Department of Internal Diseases No. 2*

*Andijan State Medical Institute*

*Ferghana Medical Institute of Public Health.*

# **DISTANT STAGE OF SCHIZOPHRENIA WITH A REMITTING TYPE OF COURSE AND DISORDERS OF THE SCHIZOPHRENIC SPECTRUM**

**Resume:** To date, there is a widespread perception of schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders as predominantly progressive diseases with an unfavorable prognosis. The possibility of a regredient course of schizophrenia up to a complete stop of the pathological process was noted by the classics of psychiatry. Thus, E. KgaereIp described periods of weakening and even complete disappearance of psychopathological symptoms, he also used the concept of "social recovery" for the first time in schizophrenic spectrum diseases.

**Key words:** schizophrenia, distant stage, remitting course.

**Актуальность.** Результаты изучения психической патологии у больных общесоматической сети свидетельствуют о накоплении (6—10%) у этого контингента пациентов симптомокомплексов сенсоипохондрического круга, ассоциированных с шизотипическими расстройствами[3,5].

Шизотипические состояния со сформировавшимися изменениями типа фершробен в соответствии с данными литературы рассматриваются в рамках конституциональных личностных аномалий, а также эндогенного болезненного процесса (хроническая шизофрения как один из вариантов дефекта, либо проявления латентной, резидуальной шизофрении с наложими психопатоподобными нарушениями[1,4].

В соответствии с данными автора некоторые триггерные воздействия могут провоцировать у предрасположенных личностей серьезные сдвиги в когнитивной сфере и в первую очередь в мировоззрении[2,6].

Процесс его реорганизации, затрагивающий весь модус мировосприятия, обозначается как синдром рака-отшельника (hermit crab syndrome), в свою очередь играющий роль медиатора, обозначающего переход к формированию шизотипической личности[1,3].

В ряду психических расстройств, наблюдающихся у пациентов с шизотипическими расстройствами, обращающихся по поводу лечения

в учреждения общемедицинской сети, могут быть выделены три наиболее часто встречающиеся группы психопатологических образований[4,6].

**Цель исследования.** Изучить отдаленный этап шизофрении с ремиттирующим типом течения и расстройств шизофренического спектра

**Материалы и методы исследования.** Исследование было проведено на материале 63 больных мужского пола в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст –  $41,9 \pm 9,46$  лет) с диагнозом приступообразно-прогредиентной формы шизофрении в стадии ремиссии. С целью исключения влияния гендерного фактора и повышения однородности изучаемой когорты исследование проводилось только на лицах мужского пола.

Средний возраст манифестации заболевания составил  $22,2 \pm 4,2$  года, средняя длительность заболевания -  $18,9 \pm 9,5$  лет. В обследованной когорте у большинства больных (57,1%; 36 чел.) длительность заболевания была более 15 лет, у 11,1% (7 чел.) - от 10 до 15 лет, у 17,5% (11 чел.) - от 5 до 10 лет, и у 14,3% (9 чел.) - до 5 лет.

**Результаты исследования.** Тщательный клиническо-психопатологический анализ астенических расстройств при шизофрении в стадии ремиссии показал их неоднородность по целому ряду параметров. На этом основании нами было выделено два типа эндогенной астении: *аффективно-астенический тип* ( $n=23$ ; 36,5%) и ремиттирующий *тип* ( $n=40$ ; 63,5%). Последний включал в себя два подтипа: 1 подтип – *негативно-астенический («классический»)* ( $n=32$ ; 80,0%), 2 подтип – *негативно-астенический с 45 проявлениями сверхценной (небредовой) ипохондрии («ипохондрический»)* ( $n=8$ ; 20,0%).

Все пациенты данного подтипа настаивали на дополнительных обследованиях и консультациях специалистов узкого профиля, преимущественно на осмотре их терапевтом и неврологом. При длительном, порой многочасовом, изложении разнообразных жалоб у пациентов не отмечалось признаков утомления.

Таким образом, истинной истощаемости при исследовании психического статуса у этих больных не выявлялось. Следует отметить, что отсутствие сопряженности между интенсивностью фоновой астении и выраженной ипохондрической переживаний является важным дифференциально-диагностическим критерием эндогенной астении.

Важно подчеркнуть, что в этой группе пациентов (n=8) жалобы на физическую утомляемость преобладали над жалобами на психическую и были сфокусированы на телесном недомогании, ощущении тяжести в теле, общем бессилии; кроме того, имел место болевой синдром разной степени выраженности (миалгии, головные боли, кардиалгии, абдоминалгии, дорсалгии).

Обобщая сказанное, можно утверждать, что астенические расстройства, наблюдающиеся в ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении, клинически неоднородны и могут быть разделены на аффективно-астенический и негативно-астенический типы. Аффективно-астенический тип характеризуется преобладанием физической истощаемости над психической, признаками гипотимии, выраженной вегетативных расстройств, наличием жалоб на свое состояние и критического отношения к нему при умеренной представленности специфических процессуальных нарушений мышления и эмоционального снижения. Негативно-астенический тип характеризуется преобладанием психической истощаемости над физической, отсутствием признаков гипотимии, слабой выраженной вегетативных расстройств, отсутствием у большинства больных жалоб на свое состояние и критического отношения к нему, при значительной представленности специфических процессуальных нарушений мышления и эмоциональной дефицитарности. Часть больных негативно-астенического типа имела в психическом статусе проявления сверхценной (небредовой) ипохондрии с обилием жалоб сомато-неврологического характера.

Таким образом, выделение нескольких типов астенических расстройств в ремиссии эндогенного процесса является значимым в плане синдромальной

диагностики и может считаться одним из факторов, позволяющих уточнить степень прогредиентности течения заболевания.

**Выводы.** Ремиттирующий тип отличался преобладанием психической (умственной) истощаемости над физической, наблюдавшийся у пациентов астенический симптомокомплекс входил непосредственно в структуру негативной симптоматики.

Выявлены два варианта негативно-астенического типа: «классический», в котором негативная процессуальная симптоматика не сочеталась с расстройствами иных регистров, и «ипохондрический», где негативные расстройства сочетались с сверхценной (небредовой) ипохондрии, при этом наблюдалось несоответствие астенических жалоб поведению больных.

По результатам исследования показана вовлеченность воспалительных реакций в патогенез астенических расстройств в ремиссии шизофрении и снижение протеазно-ингибиторного соотношения по сравнению с контролем. Выделенные клинические типы эндогенной астении отличались различными вариантами иммунной дисфункции.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Волкова И.П. Первый психотический эпизод: клинико-катамнестическое исследование // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 4. С. 90-92.

2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложение к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 34-39.

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

4. Andreasen N.C., Carpenter W.T.Jr., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // Am. J. Psychiatry. 2015. Vol. 162. P. 441-449.

5. Carpenter W.T., Kane J.M., Andreasen N.C. et al. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus // Am. J. Psychiatry. 20165. Vol. 162. P. 441-449.

6. Harrow M., Jobe T.H. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? // Schizophr. Bull. 2013. Vol. 39, N 5. P. 962-965.