

УДК 616.89-036.11-039.31-07

Солиев Д.М., Аграновский М.Л.,

Муминов Р.К., Мирзаев А.А.

*Кафедра психиатрии и наркологии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **РОЛЬ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИСТУПОВ ШИЗОФРЕНИИ**

**Резюме:** Для уточнения экзогенных аспектов острых преходящих психотических расстройств обследованы 70 пациентов с психотическими состояниями, отвечающими диагностическим критериям МКБ-10 для острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении.. Использовали клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический методы.

**Ключевые слова:** экзогенные расстройства; шизофрения; первый психотический эпизод; расстройства шизофренического спектра.

*Soliev D.M., Agranovsky M.L.,*

*Muminov R.K., Mirzaev A.A.*

*Department of Psychiatry and Narcology*

*Andijan State Medical Institute*

## **THE ROLE OF EXOGENOUS FACTORS IN THE FORMATION OF SCHIZOPHRENIA ATTACKS**

**Resume:** To clarify the exogenous aspects of acute transient psychotic disorders, 70 patients with psychotic conditions who met the diagnostic criteria of ICD-10 for acute transient psychotic disorders without symptoms of schizophrenia were examined.. Clinical-psychopathological, clinical-catamnestic, psychometric, statistical methods were used.

**Keywords:** exogenous disorders; schizophrenia; the first psychotic episode; schizophrenic spectrum disorders.

**Актуальность.** Проблема взаимосвязи эндогенных и экзогенных факторов, их роли в этиологии и закономерностях развития психических расстройств остается актуальной до настоящего времени[2,4,6].

По мере развития болезненного состояния расстройства экзогенного типа постепенно нивелировались[1,5,8]. Однако в приступах сохранялись атипичные черты, выражавшиеся как в статике — отчетливая представленность симптоматики, наиболее характерной для психических расстройств экзогенного круга, так и в динамике — скоротечность приступов, хаотичная изменчивость клинических проявлений[3,4,7].

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования являлось изучение влияния экзогенных факторов на формирование приступов шизофрении. Обследовано 68 больных в возрасте от 18 до 46 лет ко времени курации.

Изучена клинико-психопатологическая структура приступов шизофрении, формирование которых происходило в условиях экзогенного воздействия. Выделено четыре варианта острых психотических состояний. Установлено, что симптоматика экзогенного круга преобладала в начале приступа, определяя трудности диагностики.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 70 больных (55 мужчин и 15 женщин), находившихся на стационарном лечении в АОПНД, с острыми психотическими состояниями, отвечающими критериям острых преходящих психотических расстройств (F 23; МКБ-10). Возраст больных варьировал от 18 до 46 лет.

**Результаты исследования.** В ходе анализа оценивалась точность (истинность явления) и полнота (емкость), отражающая универсальность интерпретации, опирающейся на детерминацию.

Обе группы характеризовались сопоставимым средним возрастом на момент развития психоза —  $30,5 \pm 10,3$  года в 1-й группе и  $28,6 \pm 9,3$  года во 2-й группе. Существенных различий по образовательному уровню, профессиональному и семейному статусу не отмечалось. Наследственная

отягощенность эндогенными психическими заболеваниями у больных острыми преходящими психотическими расстройствами с симптомами шизофрении выявлена в 14,3% случаев против 5,7% в 1-й группе. Сведения о родственниках, страдающих алкоголизмом, в 1-й и 2-й группах получены в 14,3 и 8,6% случаев соответственно. Пациенты 2-й группы обнаружили связь с тормозимым преморбидным типом (71,4%), у больных с психотическими состояниями без симптомов шизофрении тормозимые личностные черты отмечались в 45,7% наблюдений. Личности возбудимого типа достоверно чаще встречались среди больных 1-й группы — 34,3% против 14,3% пациентов 2-й группы.

Психотические состояния без симптомов шизофрении чаще развивались на фоне неблагоприятных ситуационных воздействий, чем психозы с шизофренической симптоматикой. Воздействие психогенных триггеров (смерть родственников, смена жизненного стереотипа) выявлена в 48,6% случаев в 1-й группе и в 20% (2 больных) во 2-й группе. У 17,1% пациентов 1-й группы психотическое состояние возникло на фоне влияния таких астенизирующих факторов, как увеличение производственной нагрузки и вынужденная депривация сна. Следует отметить, что уменьшение продолжительности сна не предшествовало острым психотическим расстройствам с симптомами шизофрении.

Также дополнительным астенизирующим воздействием являлось пагубное, с вредными последствиями употребление алкоголя (Б10.1 — МКБ-10). Алкогольный эксцесс достоверно чаще предшествовал психотическим состояниям без симптомов шизофрении (28,6%) и только

у 2 (5,7%) больных 2-й группы имела место алкоголизация за несколько дней до развития психоза ( $p < 0,05$ ) (см. рисунок).

В 1-й и 2-й группах за указанный катамnestический период повторные психотические приступы наблюдались в 14,3 и 26,5% наблюдений соответственно. Следует отметить, что во всех случаях рецидив заболевания характеризовался психотическим приступом шизофренической структуры.

Психотическая симптоматика повторного приступа была представлена галлюцинаторно-параноидными расстройствами, синдромом психического автоматизма с формальными нарушениями мышления в виде паралогичности, аморфности, разорванности. Также отмечались характерные для шизофрении дефицитарные симптомы — аутизм, снижение энергетического потенциала, эмоционально-волевые нарушения.

Злоупотребление алкоголем (пагубное, с вредными последствиями употребление алкоголя) в период катамнестического наблюдения отмечалось у 28,6 % больных 1-й группы и у 31,4% — 2-й группы.

Из числа пациентов, повторно поступивших в стационар в связи с развитием психотического состояния, систематически употребляли алкоголь 60% в 1-й группе и 66,7% во 2-й группе. По результатам детерминационного анализа алкогольные эксцессы в состоянии ремиссии способствовали провокации рецидива (точность 1,00; полнота 0,36).

**Вывод.** Таким образом, в последние годы в наркологической практике наблюдается разнообразие структуры психозов за счет постоянного изменения химической структуры ПАВ, что еще более усложняет дифференциальную диагностику данных состояний с психотическими расстройствами экзогенной и эндогенной этиологии, а также связанную с этим дальнейшую тактику лечения. В связи с этим, необходимо более углубленное изучение данной проблемы и расширение критериев для максимально ранней диагностики, выбора терапии, последующего наблюдения и реабилитации данной категории больных.

#### **ЛИТЕРАТУРЫ:**

- 1.Корсаков С.С. Общая психопатология. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний; 2003. 480.
- 2.Мучник П.Ю., Снедков Е.В. Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2013; 2: 32—6.

3.Скугаревская М.М., Копытов А.В., Скугаревский О.А. Продром шизофрении. Оценка риска первого психоза. Психическое здоровье. 2012; 5: 64—70.

4.Шмилович А.А. Психозы шизофренического спектра, ассоциированные со стрессом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2013. 51.

6.Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Ханнанова А.Н. Методологические подходы к оценке негативной симптоматики при шизофрении в процессе психофармакотерапии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009; (11): 101—6.

8.Bechdolf A., Wagner M., Harrigan S. Preventing progression to firstepisode psychosis in early initial prodromal states. Br. J. Psychiatry. 2012; 200 (1): 22—9.