

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕФЕКТНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ПРОГРЕДИЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ



Дусов Абдимурод Холмуродович¹, Очилов Улугбек Усманович², Имамов Акбар Ходжаевич²

1 - Термезский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Термез;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ШИЗОФРЕНИЯНИНГ ПРОГРЕДИЕНТ КЕЧИШИДА НУҚСОНЛИ ҲОЛАТИНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА АЙРИМ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАР

Дусов Абдимурод Холмуродович¹, Очилов Улугбек Усманович², Имамов Акбар Ходжаевич²

1 – Тошкент тиббиёт академиясининг Термез филиали, Ўзбекистон Республикаси, Термез ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

SOME CLINICAL FEATURES OF THE FORMATION OF A DEFECTIVE STATE DURING THE PROGRADENT COURSE OF SCHIZOPHRENIA

Dusov Abdimurod Kholmurodovich¹, Ochilov Ulugbek Usmanovich², Imamov Akbar Khodjaevich²

1 - Termez branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Termez;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу тадқиқот шизофрениянинг намоён бўладиган прогрессив шакллари билан оғриган беморларда турли хил руҳий тузилма нуқсонларини шакллантириши қонуниятларини ўрганади. Нуқсонли резидуал ҳолат шароитларини ўрганишга алоҳида эътибор берилади. Тадқиқотда "Версчробен", псевдобрадифрения ва дефицит шизоидия каби асосий турдаги нуқсонларнинг частотаси ва хусусиятлари таҳлил қилинади. Касалликнинг клиник тузилиши ва динамикаси тўғрисидаги маълумотларга асосланиб, тадқиқот турли хил руҳий касалликларнинг нуқсонли ҳолатининг шаклланиши билан боғлиқлигини мақсадли ва чуқур ўрганишини тақдим этади. Натижалар икки кўрсатадики, шизоид ва псевдоорганик касалликларнинг ўзаро боғлиқлиги барча беморларда кузатилмади, бу эса прогрессив шизофренияда нуқсонли ҳолатлар турларининг шаклланишининг клиник ва патогенетик қонуниятларини аниқлаштириши учун кейинги тадқиқотларни талаб қилади.

Калит сўзлар: шизофрения, резидуал ҳолатлар, психопатологик нуқсонлар, намоён бўлиши, ривожланиши, кечиши.

Abstract. This study examines the patterns of formation of various types of defects in mental structure in patients with manifest progressive forms of schizophrenia. Particular attention is paid to the study of residual deficiency conditions. The study analyzes the frequency and characteristics of the main types of defects, including "ferschroben", pseudobradypfhrenia and deficit schizoidia. Based on data on the clinical structure and dynamics of the disease, the study represents a targeted and in-depth study of the correlation of various types of mental disorders with the formation of residual conditions. The results show that the correlation between schizoid and pseudoorganic disorders is not observed in all patients, which necessitates further research to clarify the clinical and pathogenetic patterns of the formation of types of defective states in progressive schizophrenia.

Key words: schizophrenia, residual conditions, psychopathological defects, manifesto, progression, course.

Актуальность исследования. Шизофрения — эта глобальная медико-социальная проблема, которая охватывает широкий спектр психических расстройств и существенно влияют на формирование дефектов. Научное исследование динамики и типологии дефектов в манифестных прогрессивных формах шизофрении остаётся актуальной задачей современной психиатрии, поскольку эти

формы заболевания часто приводят к стойким дефектным изменениям и социальной дисфункции [1-3, 5-6].

Исследование, направленное на выявление различных типов дефектов представляет собой важный шаг к разработке более эффективных медико-социальных стратегий реабилитации и поддержки пациентов [2, 3, 6].

Кроме того, существующие методы диагностики прогрессивной шизофрении могут не полностью учитывать сложность и многообразие дефектов. Поэтому разработка инновационных подходов диагностики типов дефектов у больных прогрессивной шизофрении критически важна для проведения медико-реабилитационных мероприятий на ранних стадиях заболевания. Следовательно, актуальность данного исследования заключается в необходимости углубленного исследования клинические закономерности формирования дефектов при прогрессивной шизофрении, что может способствовать оптимизации терапевтических стратегий и разработки долгосрочных реабилитационных программ [3-5, 8].

Систематизация шизофренического дефекта представляет собой одну из наиболее сложных и дискуссионных задач в области изучения прогрессивной шизофрении. Длительные исследования проявлений шизофренического дефекта нашли отражение во множестве научных работ, в которых нет полного ответа на патогенетические механизмы формирования дефекта [4, 7-9].

Изучение прогрессивной шизофрении особенно сложно из-за проблемы классификации шизофренического дефекта. Одним из подходов к классификации шизофренического дефекта является разделение дефекта на структурно единообразные "монотетические" формы, такие как изменения в структуре личности и уменьшение психической активности. Также существует "политетический" подход, в котором дефект рассматривается как сложное единое явление, объединяющее элементы психопатоподобного (шизоидного) и псевдоорганического дефектов [10, 11].

В.Ю. Воробьев (1988 г) в своих работах представляет наиболее полную и интегративную модель дефекта, который обладает сложной структурой, включающей как шизоидные, так и псевдоорганические изменения. Автор выявляет корреляционные связи между разными типами шизоидных и псевдоорганических изменений: а) фершробен с преобладанием ухудшения личностной структуры; б) дефектом с падением психической активности, где сочетаются псевдоорганические и шизоидные дефицитные изменения, которые могут рассматриваться как два отдельных типа дефекта.

Цель данного исследования заключается в определении типологии и анализе частоты различных исходов неблагоприятного характера на поздних этапах течения прогрессивной шизофрении.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с участием 243 мужчин, страдающих хронической шизофренией и находящихся на лечении в Сурхандарьинской областной психиатрической больнице. Критерии для

включения пациентов в исследование является наличие манифестных прогрессивных форм шизофрении с подтвержденным неблагоприятным течением заболевания и стойкое резидуальное состояние, продолжительностью не менее одного года, соответствующее критериям резидуальной шизофрении по МКБ-10 (F20.5). Критериями исключения были неманифестные формы шизофрении и формы с низкой прогрессивностью.

Методы исследования включали клинико-психопатологический анализ, клинико-катамнестическое исследование и психометрическое тестирование, что позволило обеспечить комплексный подход к анализу состояния пациентов.

Для проведения клинического исследования была разработана анкета, включающая социально-демографические, анамнестические и клинические данные, которые отражают текущее психическое состояние пациентов, а также их уровень социально-трудовой интеграции и культурно-реабилитационную активность. Дополнительная информация была получена от медицинского персонала, врачей и некоторых родственников пациентов.

Для количественной оценки качественных признаков позитивных и негативных психопатологических расстройств использовались психометрические методы, в том числе Шкала позитивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS).

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе все пациенты прошли клиническое обследование с применением клинико-психопатологических и психометрических методов. На втором этапе, имеющем клинический и катамнестический характер, была проведена ретроспективная оценка предшествующей истории заболевания каждого пациента с использованием архивных данных психиатрических клиник. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного обеспечения "Биостат".

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование выявило, что в контексте неблагоприятных манифестных прогрессивных форм шизофрении возможно формирование разнообразных резидуальных состояний. Распределение частоты этих состояний следующее: психотические нарушения на фоне резидуальных состояний - $9,5\% \pm 1,9$, уменьшенные позитивные нарушения - $35,8\% \pm 3,1$, дефицитные резидуальные состояния - $42,0\% \pm 3,2$, стойкая качественная ремиссия - $12,8\% \pm 2,1$ случаев.

В рамках данного исследования подробно рассмотрена психопатологическая структура, типология и степень выраженности дефицитных резидуальных состояний, возникающих при про-

гредидентных формах шизофрении. Это позволило глубже понять динамику и особенности дефектных состояний, что может способствовать разработке более эффективных подходов к лечению и реабилитации больных прогрессивной шизофренией.

Пациенты с дефицитарным типом резидуального состояния ($n=102$; $42,0\pm 3,2\%$) в ходе дальнейшего наблюдения имели возраст в диапазоне от 25 до 74 лет с средним возрастом $47,6\pm 10,1$ года. Возраст начала шизофрении у данных пациентов варьировался от 15 до 50 лет с средним показателем $24,6\pm 7,4$ года. Общая продолжительность заболевания на момент обследования составляла от 7 до 45 лет, при среднем значении $22,8\pm 8,4$ года.

В начальной фазе прогрессивной шизофрении у пациентов диагностировались следующие психотические расстройства: психопатоподобные – в 55,1% случаев, невротоподобные – в 12,2%, аффективные – в 14,3%, параноидный синдром – в 6,1% и негативные – в 12,2%. Возраст первого психоза колебался от 15 до 50 лет, со средним значением $26,1\pm 7,6$ года.

Распределение клинических синдромов следующее: параноидный – 63,7%, галлюциаторно-параноидный – 19,6%, галлюциаторный – 4,9%, депрессивно-параноидный – 3,9%, кататонический – 2,9%, кататонно-параноидный – 2,9%, аффективно-бредовой – 2,0%. Течение заболевания было приступообразным у 53,9% пациентов и непрерывным у 46,1%.

Средний возраст начала негативных расстройств составлял от 15 до 54 лет, с средним значением $31,7\pm 8,6$ лет. Время от начала заболевания до появления негативных расстройств варьировалось от 3 до 15 лет, со средним значением $5,9\pm 3,8$ лет. Средний возраст начала стабилизации шизофренического процесса составлял от 20 до 67 лет, со средним $40,8\pm 9,2$ года. Время до стабилизации процесса от начала заболевания колебалось от 2 до 35 лет, со средним значением $15,8\pm 7,2$ года. Средняя продолжительность дефектной стадии на момент наблюдения составляла от 2 до 34 лет, со средним значением $15,9\pm 7,8$ лет.

Следует подчеркнуть, что имело место различия в степени тяжести резидуального состояния. Легкий дефект, оцененный в 11 баллов по негативной подшкале, был выявлен у 42 ($17,3\%\pm 2,4$) пациентов; умеренный дефект с показателем 28 баллов был зафиксирован у 39 ($16,0\%\pm 2,3$) пациентов; выраженный дефект, наблюдаемый при 47 баллах на негативной подшкале, был установлен у 21 ($8,6\%\pm 1,8$) пациента.

Дефицитарный тип резидуального состояния отмечен в $42,0\%\pm 3,2$ случаев, что показывает наибольший уровень регрессии продуктивных

психопатологических расстройств при прогрессивной шизофрении. В долгосрочной перспективе, на стабилизированной стадии шизофрении происходит постепенное исчезновение продуктивных психопатологических симптомов при различных уровнях и характерах психического дефекта.

Анализируя данные пациентов с дефицитарным типом резидуального состояния по обобщенным категориям дефекта, обнаружено, что психопатоподобный дефект (дефект шизоидной структуры) встречается в 39,2% случаев, псевдоорганический дефект — в 54,9% случаев, а смешанный дефект — в 5,9% случаев. В соответствии с классификацией психического дефекта, предложенной В.Ю. Воробьевым (1988 г), среди исследованных пациентов выделены четыре изолированных типа дефекта и два интегративных типа, которые отражают сочетание различных видов дефектов.

Тип дефекта "фершробен" обнаружен в 2,4% случаев среди всех форм прогрессивных манифестных форм прогрессирующей шизофрении и в 1,1% случаев среди всех дефицитарных резидуальных состояний. Этот тип дефекта характеризуется отсутствием достаточного контакта с реальностью, отсутствием ориентации во времени (прошлое и будущее), формальностью в поведении, а также равнодушием к происходящему вокруг. Пациенты проявляют странности в поведении, которые заметны в их общении, внешнем виде и мыслях. Эмоциональное состояние пациентов нарушено в части высших эмоций, что сказывается на их взаимоотношениях и стиле коммуникации. Наблюдаются необычные реакции и вычурность эмоций, а также деформация психомоторики в необычные движения и поведенческие особенности.

Дефект в виде дефицитарной шизоидии был обнаружен в 25,0% случаев среди всех манифестных прогрессивных форм шизофрении и в 38,2% случаев среди всех дефицитарных резидуальных состояний. Этот вид дефекта отличается отчужденностью от окружающего мира, равнодушием и потерей интересов и желаний.

В отличие от пациентов с дефектом типа "фершробен", у пациентов с дефицитарной шизоидией наблюдается сниженная активность и неопределенность в интересах. Проявления этого включают отсутствие интереса к участию в мероприятиях внутри больницы, чтению книг или просмотру телепрограмм. Эти пациенты обычно ведут себя тихо и податливо, готовы выполнять просьбы без инициативы и проявления собственных желаний. Они часто демонстрируют равнодушие, утрату интересов и инфантильность с элементами подчинения и пассивности, но сохраняя

ют формальные отношения с сотрудниками или другими пациентами.

У пациентов с дефектом типа дефицитарной шизоидии аутизм проявлялся в значительном сокращении и ограничении контактов. Однако, эти пациенты иногда проявляли интерес к происходящем событиям.

Следует подчеркнуть, что у пациентов с дефицитарной шизоидией наблюдалось относительно упорядоченное поведение и они не нарушали правила стационара. Эти пациенты частично сохраняли критическое отношение к своему поведению, осознавали ограничения, предусмотренные внутренними правилами лечебного учреждения. Формально высшие эмоции оставались нетронутыми, но страдала эмоциональная выразительность при общении с родными и знакомыми.

В психомоторной сфере у таких пациентов часто наблюдалось бедность мимики, склонность к однообразным позам и гиподинамии. Это указывает на то, что, несмотря на сохранение некоторых аспектов социальной адаптации, общая волевая активность и эмоциональная отзывчивость были существенно снижены.

Дефект в форме снижения уровня личности, или простой дефицит, был выявлен в 41,0% случаев среди всех типов развития манифестных прогрессивных форм шизофрении и в 29,4% случаев среди всех дефицитарных резидуальных состояний. Этот дефект характеризуется как «простой» тип дефекта личности при прогрессивной шизофрении.

Пациенты этой группы сохраняли формальную активность и мышление отличались примитивностью и поверхностным суждением с затруднениями в абстрагировании реальных событий.

Также у этих пациентов наблюдались нарушения чувства такта и дистанции, они испытывали трудности в понимании смысла вопросов и часто давали не совсем логичные ответы. Они не умели интерпретировать переносный смысл пословиц и поговорок, предпочитая придерживаться буквальных толкований.

Общая самооценка у таких пациентов зачастую была завышена: они переоценивали свои способности, личностные качества и прошлые достижения. Это могло привести к переоценки собственных возможностей и социальных межличностных отношений.

Дефект в форме псевдобрадикации был обнаружен в 19,8% случаев среди больных манифестных прогрессивных форм шизофрении, которые характеризуется, прежде всего, признаками аутохтонной астении и снижением психической активности. Пациенты с этим типом дефекта сталкиваются с постоянной усталостью и недостатком ментальной энергии, что приводит к отка-

зу от активностей, требующих сосредоточения и усилий. В их поведении заметно снижение спонтанности мыслительных процессов, ослабление внутренних мотиваций, замедление умственных функций и инертность мышления. У этой группы пациентов не наблюдается значительной дезорганизации формальных характеристик интеллекта. Эти пациенты могут случайно использовать иронию, делать тонкие замечания, проявлять частичную самокритичность и осознавать свою неспособность к некоторым действиям. Основной проблемой для них является снижение роли мотивации в реализации волевой активности и улучшение качества жизни.

В контексте интегративных вариантов дефекта у пациентов с дефицитарным типом резидуального состояния выявлены особые случаи: у 2,9% наблюдалась комбинация дефекта типа "фершробен" с дефектом снижения уровня личности, характеризующаяся деформацией структуры личности. Также у 3,9% случаев диагностирован дефект, связанный с падением психической активности, который включает дефицитарную шизоидию и псевдобрадикацию.

Исследование выявило, что интеграция шизоидных (психопатоподобных) и псевдоорганических расстройств не встречались у всех пациентов с манифестными прогрессивными формами шизофрении.

Таким образом, на основе данных нашего исследования можно утверждать, что продуктивные психопатологические расстройства в динамике болезни и высокопрогрессивность шизофренического процесса могут существенно влиять на сроки формирования и структуру психического дефекта. Следовательно, учет клинических синдромов и типы течения прогрессивной шизофрении может способствовать к разработки диагностических критериев для установления клинических вариантов дефектного состояния.

Заключение. Исследование дефектных состояний при манифестных прогрессивных формах шизофрении выявило значительные различия в типах психических дефектов и их взаимодействии. Анализ дефицитарных резидуальных состояний показал, что шизоидные и псевдоорганические дефекты могут интегрироваться в различной степени, в зависимости от индивидуальных особенностей течения заболевания у каждого пациента. Особое внимание было уделено интегративным типам дефектов, таким как комбинация дефекта типа "фершробен" и снижения уровня личности, а также дефектов, обусловленных падением психической активности.

Результаты исследования подчеркивают важность индивидуального подхода в диагностике типа дефекта при прогрессивной шизофрении. Установлено, что стандартные модели де-

фекта не существует и необходимо учитывать сложность и уникальность психопатологических нарушений у пациентов с прогрессивными формами шизофрении. Наше исследование является стимулом перспективных исследований для разработки комплексных и эффективных медико-реабилитационных методов, которые могут учитывать специфику психических дефектов и их влияние на общую динамику прогрессивной шизофрении.

Таким образом, данное исследование вносит значительный вклад в понимание механизма вариантов дефекта шизофрении и предоставляет возможность для пересмотра некоторых традиционных взглядов в психиатрии, направленных на диагностику и реабилитацию пациентов с данной группой расстройств.

Литература:

1. Ашуров З. Ш., Шин З. В. Клинические особенности социальных и когнитивных расстройств у больных шизофренией // Антология российской психотерапии и психологии. – 2019. – С. 114-114.
2. Гелда А. П., Объедков В. Г. Дефект при шизофрении: исследование социально-демографических, биологических и клинических характеристик. – 2009.
3. Абрамов В. А., Путятин Г. Г., Абрамов А. В. Психический дефект при шизофрении и проблема госпитализма // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2023. – №. 1 (18). – С. 101-116.
4. Тилавов М. Т., Хамроев С. Б. Особенности когнитивных нарушений при шизофрении и рациональная тактика лечения // ta'lim va rivojlanish tahlili onlayn ilmiy jurnali. – 2022. – Т. 2. – №. 10. – С. 459-464.
5. Бархатова А. Н. Проблемы определения понятия «дефект-симптомы» при шизофрении // Редколлегия журнала «Психиатрия». – 2014. – С. 56.
6. Морозова М. А., Бениашвили А. Г. Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении // Психиатрия. – 2007. – №. 4. – С. 7-25.
7. Бурькина М. Ю. Сравнительный анализ клинико-психологических характеристик шизофрении и шизоидной психопатии в контексте их патопсихологической дифференциации // Теоретические и практические

аспекты развития современной науки. – 2014. – С. 139-158.

8. Иманбеков К. О. Структура дефицитарных расстройств при шизофрении (литературный обзор) // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2009. – С. 40.
9. Ризаев Ж.А., Хакимова С. З. Хроническая усталость при рассеянном склерозе и тактика дальнейшего лечения // Доктор ахборотномаси вестник врача doctor's herald. – С. 62.
10. Ризаев Ж.А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
11. Ризаев Ж.А. и др. Дополнительные подходы к функциональной и визуализационной диагностике головного мозга при разработке индивидуализированных стратегий помощи для пациентов с неврологическими проблемами // Uzbek journal of case reports. – 2023. – Т. 3. – №. 4. – С. 15-19.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕФЕКТНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ПРОГРЕДИЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ

Дусов А.Х., Очиллов У.У., Имамов А.Х.

Резюме. В данном исследовании рассматриваются закономерности формирования различных типов дефектов психической структуры у пациентов с манифестными прогрессивными формами шизофрении. Особое внимание уделено изучению дефицитарным резидуальным состояниям. В исследовании анализируется частота и характеристика основных типов дефектов, включая такие как "фериробен", псевдобрадифрения и дефицитарная шизоидия. Основываясь на данных о клинической структуре и динамики развития заболевания, исследование представляет целенаправленное и углубленное изучение корреляции различных видов психических нарушений с формированием резидуальных состояний. Результаты показывают, что корреляция шизоидных и псевдоорганических расстройств наблюдается не у всех пациентов, что вызывает необходимость дальнейшего исследования для выяснения клинико-патогенетические закономерности формирования типов дефектных состояний при прогрессивном шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, резидуальные состояния, психопатологические дефекты, манифест, прогрессивность, течение.