

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРОСТОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ В КОНТЕКСТЕ ЕЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ДРУГИМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины

Рассмотрен патоморфоз шизофрении на примере пациентов с простой формой заболевания. Отмечена патопластическая модификация клинической картины шизофрении, приводящая к стертости психопатологической симптоматики, характерной для других форм, в дебюте заболевания с ее последующей экзацербацией. Доказана необходимость разработки дифференциальных диагностических критериев внутринозологического разделения шизофрении с учетом ее патоморфологических признаков.

Ключевые слова: шизофрения, простая форма, патоморфоз, клиническая картина, дифференциальная диагностика, продуктивная симптоматика.

Патоморфоз психических заболеваний, который отмечается в последнее время в клинике психиатрии, наиболее значимо затрагивает эндогенные психические расстройства, вызывая смещение психопатологических проявлений в сторону невротического регистра, что на первых этапах заболевания приводит к трудностям дифференциальной диагностики [1–3].

В контексте шизофрении патопластические изменения клинической картины, обуславливающие стертость продуктивной симптоматики, ее отсутствие либо слабую выраженность в дебюте, зачастую являются причиной выставления клинического диагноза, относящегося к смежным рубрикам либо неверному определению формы заболевания [4, 5].

По мере развития шизофрении проявление изначально отсутствующей либо экзацербация ранее стертой продуктивной симптоматики требуют пересмотра диагноза, что в практической психиатрии остается редкостью. Это продуцирует несоответствие клинической картины поставленному диагнозу и, как следствие, предопределяет ошибочный прогноз и применение неверных реабилитационных тактик [6].

Цель нашей работы — анализ клинической структуры психического расстройства у больных с диагнозом шизофрения, простая форма, для выявления патопластической модификации заболевания и дифференциальной диагностики с другими его формами.

На базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» Запорожского областного совета были обследованы 58 пациентов с диагнозом шизофрения, простая форма, среди

них — 31 мужчина и 27 женщин. Средний возраст больных — $42,4 \pm 0,82$ года.

В исследовании применялись методы: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, катamnестический, статистический. В рамках последнего использовались методы клинической и описательной статистики — определение среднеарифметических значений и среднеарифметических отклонений по каждому из количественных показателей — $M(s)$, стандартизованной ошибки среднего — $M \pm m$, критерия углового преобразования Фишера — ϕ , критерия t -Стьюдента с универсальным значением статистической вероятности — p .

Результаты исследования продемонстрировали, что в 15,5% случаев у больных с установленным диагнозом шизофрения, простая форма, в клинической картине отсутствовала продуктивная симптоматика как в дебюте заболевания, так и по мере его развития, что соответствует классическому описанию. Анамнестическое исследование показало, что в 24,0% случаев стертые признаки продуктивной симптоматики, которым не было уделено должного внимания, диагностировались в дебюте заболевания; в 76% случаев продуктивная симптоматика проявилась в течение 2–10 лет, однако первоначально выставленный диагноз оставался неизменным.

В клинической структуре болезни, помимо классических дефицитарных симптомов, отмечались различной степени выраженности: психопатоподобный — у 60,3% пациентов, параноидный — у 56,9%, галлюцинаторный — у 43,1%, кататонический — у 19%, депрессивный — у 15,5%, ипохондрический — у 12,1%, обсессивно-компульсивный

(псевдообсессивный) — у 10,3 %, тревожно-фобический — у 6,9 %, маниоформный — у 3,4 %, а также гебефренические включения — в 6,9 % случаях.

Как видно из анализа клинической картины простой формы шизофрении, одна часть наблюдаемой у больных психопатологической симптоматики может быть отнесена к невротическому регистру, другая часть — к эндогенному. Остановимся на рассмотрении особенностей и частоты встречаемости психопатологических синдромов, характерных для иных форм шизофрении, — психопатоподобного, параноидного, галлюцинаторного, кататонического, гебефренических включений.

Наиболее распространенным психопатологическим синдромом среди женщин был параноидный, у мужчин — психопатоподобный (рис. 1). Последний развивался достаточно быстро — уже

в первые годы заболевания и присутствовал в структуре шизофрении более чем у половины больных (60,3 %).

В клинической картине болезни психопатоподобный синдром наиболее часто сочетается с параноидным (в 57,14 % случаев) и галлюцинаторным (в 42,85 %) (рис. 2). Это дает повод ожидать в половине случаев наличия или присоединения в дальнейшем параноидных и галлюцинаторных включений при установлении у больных с простой формой шизофрении психопатоподобного синдрома.

Психопатоподобный синдром наблюдался у 13 (48,0 %) женщин и 22 (72 %) мужчин, что на 22,8 % чаще, чем у женщин ($\phi_{\text{мп}}^* = 1,789, p < 0,05$) (рис. 3). Полученное эмпирическое значение ϕ^* свидетельствует о том, что нельзя исключать

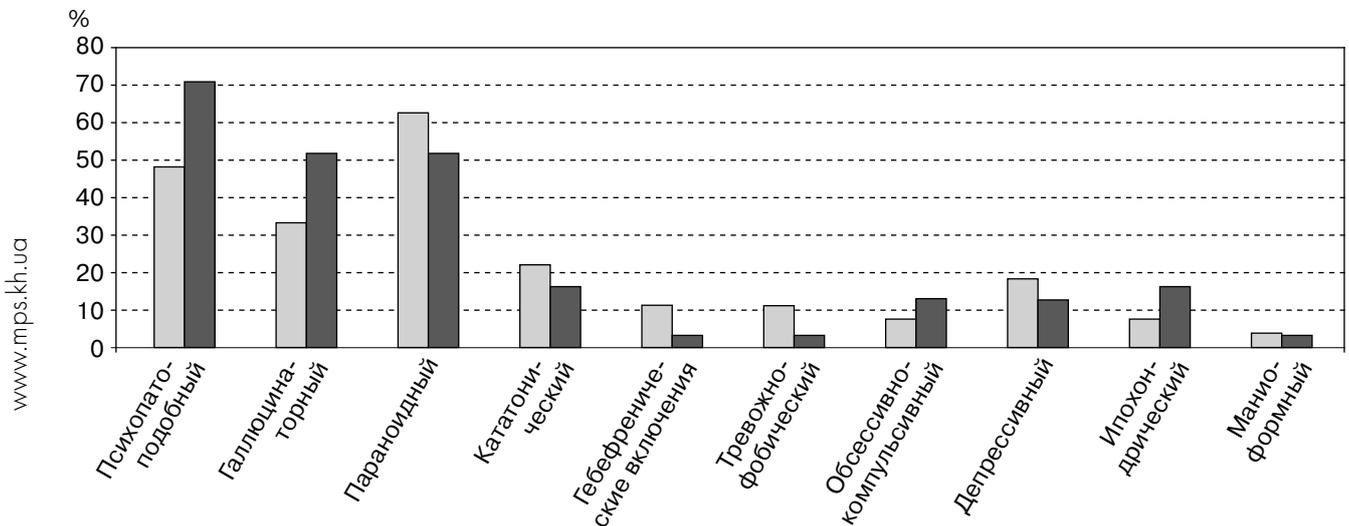


Рис. 1. Частота встречаемости патологических синдромов в структуре простой формы шизофрении: □ — у женщин; ■ — у мужчин

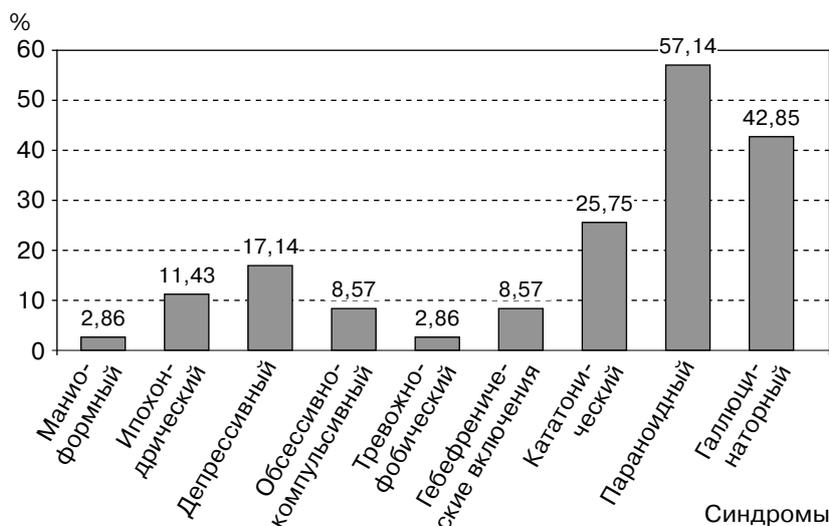


Рис. 2. Частота встречаемости совместно с психопатоподобным синдромом различных патологических синдромов в структуре простой формы шизофрении

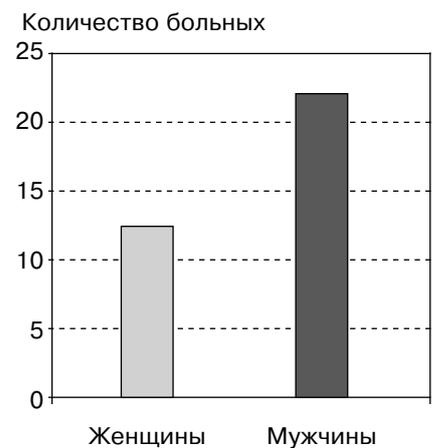


Рис. 3. Частота встречаемости психопатоподобного синдрома в структуре простой формы шизофрении в зависимости от гендерной принадлежности больных

взаимосвязи между частотой возникновения психопатоподобного синдрома и гендерной принадлежностью.

Параноидные включения присутствовали в структуре шизофрении обследуемых больных в 56,9% случаев. Это были не до конца оформленные идеи значимости, ревности, чаще по отношению к близким родственникам, религиозный бред, в фабуле которого окружающие часто воспринимались «грешниками», «последователями сатаны» или «самим сатаной». У них прослеживались отрывочные идеи воздействия, преследования, ущерба, редко доходящие до уровня систематизированного бреда, что в комплексе с аффективной неустойчивостью выражалось в агрессивном,

злобно-негативистичном поведении по отношению к родственникам, их избиении, угрозах убийства.

Параноидный синдром наиболее часто присутствует в клинической картине болезни вместе с галлюцинаторным и психопатоподобным (рис. 4).

Необходимо отметить, что у мужчин параноидный синдром встречался в 51,6% случаев, у женщин — в 62,96%, что чаще, чем у мужчин, на 11,36% ($\phi_{эмп}^* = 2,439, p < 0,01$) (рис. 5). Это свидетельствует о том, что существует достоверная положительная взаимосвязь между частотой возникновения параноидного синдрома и принадлежностью больных к женскому полу.

Галлюцинаторный синдром встречался в 43,1% наблюдений. В клинической картине заболевания

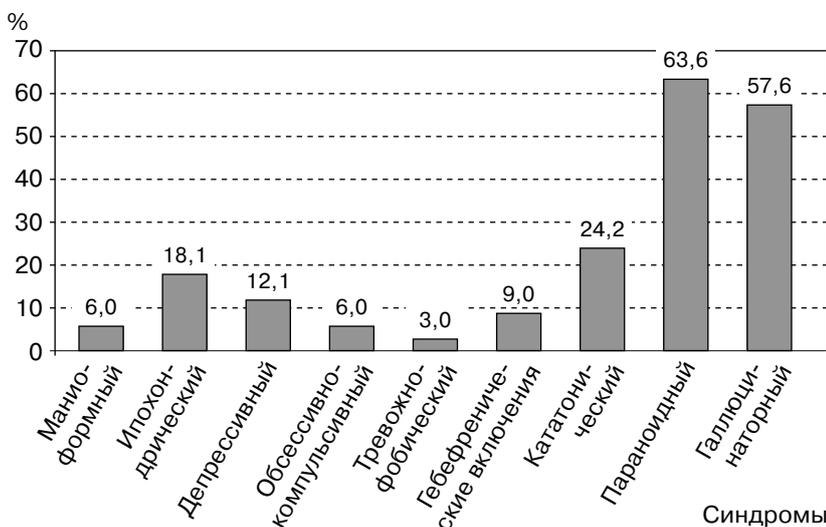


Рис. 4. Частота встречаемости совместно с параноидным синдромом различных патологических синдромов в структуре простой формы шизофрении

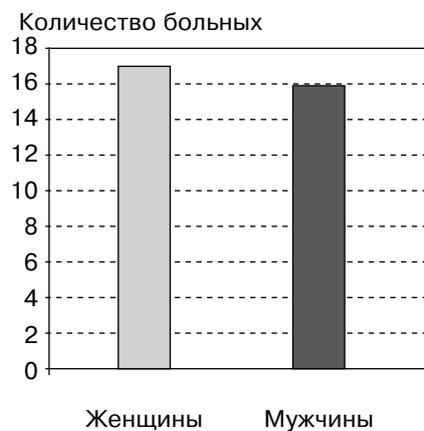


Рис. 5. Частота встречаемости параноидного синдрома в структуре простой формы шизофрении в зависимости от гендерной принадлежности больных

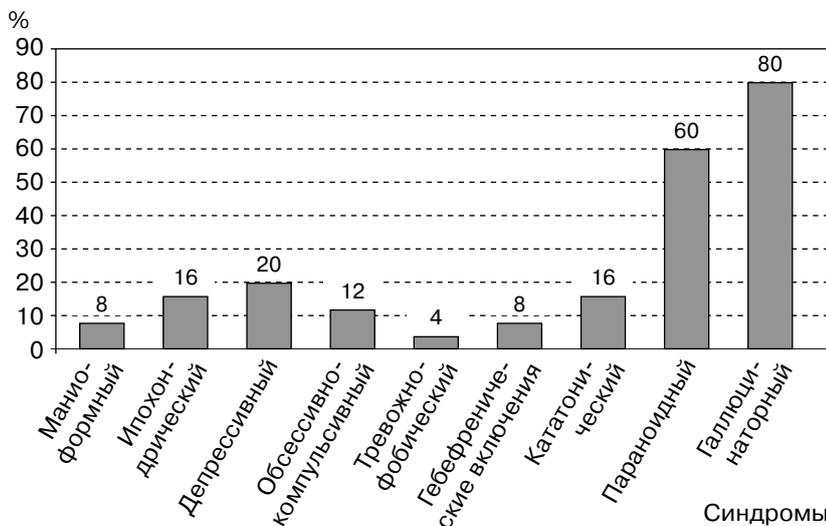


Рис. 6. Частота встречаемости совместно с галлюцинаторным синдромом различных патологических синдромов в структуре простой формы шизофрении



Рис. 7. Частота встречаемости галлюцинаторного синдрома в структуре простой формы шизофрении в зависимости от гендерной принадлежности больных

отмечались элементы синдрома Кандинского — Клерамбо — идеаторные автоматизмы, феномены звучания и чтения мыслей, галлюцинации общего чувства, эпизоды слуховых и зрительных псевдогаллюцинаций. Такие переживания наиболее часто возникали в отдаленном периоде болезни или носили эпизодический характер. При этом следует отметить, что галлюцинации в большинстве случаев (96,6%) сочетались с параноидным синдромом, зачастую являясь причиной вторичных бредовых переживаний.

Как видно по рис. 6, галлюцинаторный синдром наиболее часто сочетается в клинической

картине болезни с параноидным (в 80% случаев) и психопатоподобным (в 60%).

У мужчин галлюцинаторный синдром встречался в 51,6% случаев, у женщин — в 33,3%, что реже, чем у мужчин, на 18,3% ($\phi_{\text{ЭМП}}^* = 1,417, p > 0,05$) (рис. 7).

Кататонические включения в виде эпизодов катаlepsии, избирательного мутизма, субступора отмечались у 19,0% больных и наиболее часто сочетались в клинической картине шизофрении с психопатоподобным (в 81,81% случаев) и параноидным (в 72,7%) синдромами (рис. 8).

У мужчин кататонические включения отмечались в 16,1% случаев, у женщин — в 22,22%,

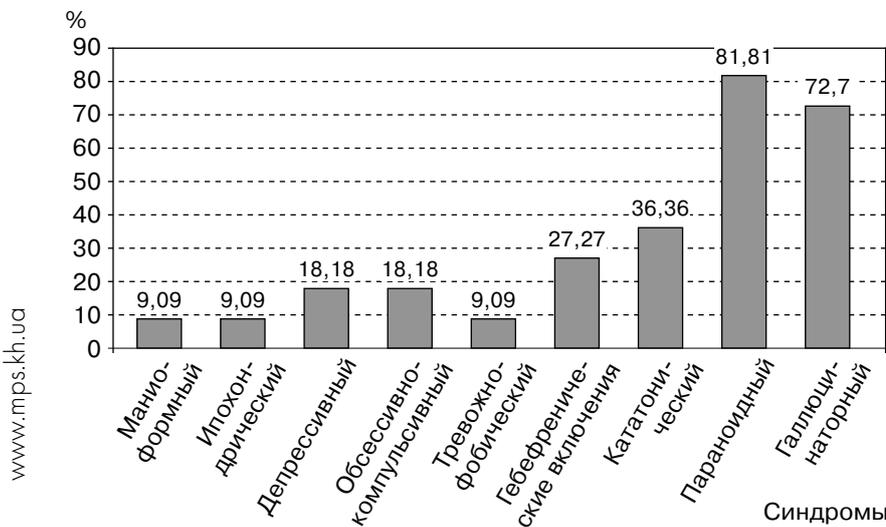


Рис. 8. Частота встречаемости совместно с кататоническим синдромом различных патологических синдромов в структуре простой формы шизофрении

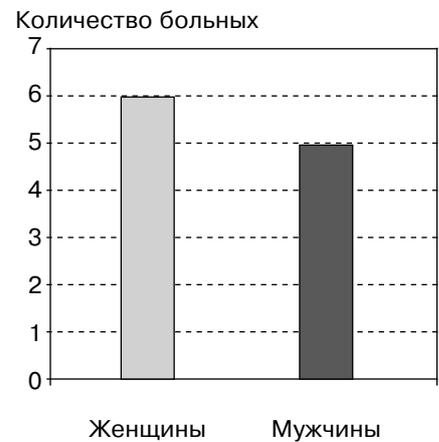


Рис. 9. Частота встречаемости кататонического синдрома в структуре простой формы шизофрении в зависимости от гендерной принадлежности больных

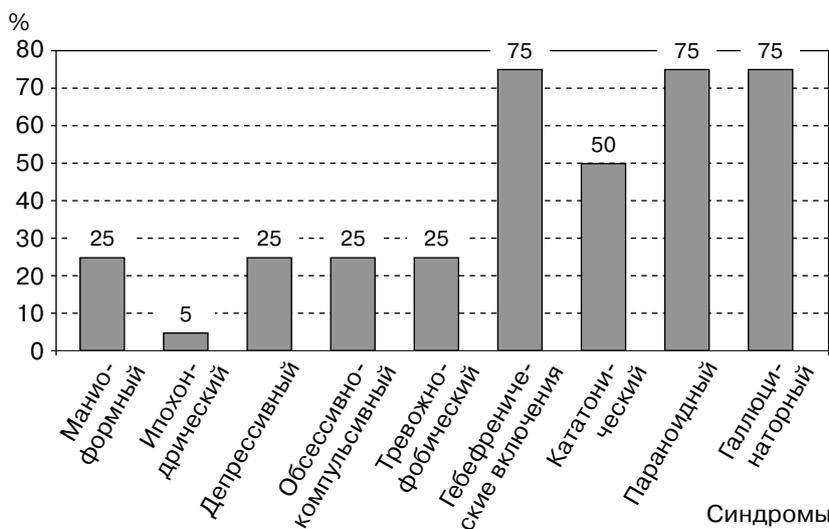


Рис. 10. Частота встречаемости совместно с гебефреническими включениями различных патологических синдромов в структуре болезни простой формы шизофрении

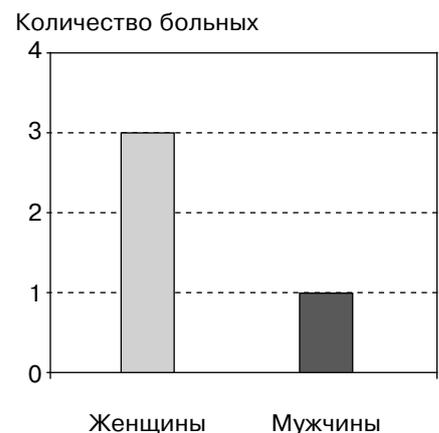


Рис. 11. Частота встречаемости гебефренических включений в структуре простой формы шизофрении в зависимости от гендерной принадлежности больных

что чаще, чем у мужчин, на 3,92% ($\phi_{\text{ЭМП}}^* = 0,589$, $p > 0,05$) (рис. 9).

Гебефренические включения отмечались у 6,9% больных с простой формой шизофрении и во всех случаях выявлялись в дебюте заболевания.

Гебефренические включения наиболее часто присутствовали в клинической картине болезни вместе с психопатоподобным, параноидным, кататоническим (по 10 случаев) и галлюцинаторным (50,0%) синдромами и ни разу не сочетались с ипохондрическим (рис. 10).

У мужчин гебефренические включения встречались в 3,2% случаев, у женщин — в 11,11, что чаще, чем у мужчин, на 7,91% ($\phi_{\text{ЭМП}}^* = 1,212$, $p > 0,05$) (рис. 11).

Результаты исследования продемонстрировали, что в клинической структуре заболевания у пациентов с диагнозом шизофрения, простая форма в более чем половине случаев отмечались психопатоподобный и параноидный синдромы, а также в менее значимом процентном соотношении — галлюцинаторный, кататонический, депрессивный, ипохондрический, обсессивно-компульсивный (псевдообсессивный), тревожно-фобический, маниформный синдромы и гебефренические включения различной степени выраженности. Наличие продуктивных психопатологических синдромов, характерных для иных форм шизофрении, — параноидной, гебоидной, кататонической, гебефренической, — актуализирует дискуссионность вопроса о нозологической принадлежности больных. На начальных этапах заболевания патопластическая модификация клинической картины шизофрении обуславливает стертость продуктивной симптоматики, характерной для других форм шизофрении, что приводит к выставлению диагноза, который не

в полной мере отвечает клиническому наполнению заболевания. Это требует совершенствования дифференциальной диагностики различных форм шизофрении в условиях ее патоморфоза.

Список литературы

1. Пономарьов В. І. Про патоморфоз ендогенно-процесуальних психічних розладів / В. І. Пономарьов, А. А. Суворова-Григорович, С. Л. Мінюкова // Укр. вісн. психоневрології.— 2017.— Т. 25, вип. 1.— С. 147–148.
2. Данілевська Н. В. Медико-психологічні та психофізіологічні особливості хворих на (псевдо)обсесії у етіопсихопатогенетичному та диференційно-діагностичному контексті / Н. В. Данілевська // Мед. психологія.— 2016.— Т. 11, № 2 (42).— С. 67–72.
3. Гринь К. В. Патоморфоз рекурентних депресивних розладів та його зв'язок з циркануальними біологічними ритмами / К. В. Гринь // Укр. вісн. психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 4 (73).— С. 32–35.
4. Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: A phenomenological approach / P. Oulis, G. Konstantakopoulos, L. Lykouras, P. G. Michalopoulou // World J. Psychiatry.— 2013.— № 3 (3).— P. 50–56.
5. Schizophrenia heterogeneity revisited: Clinical, cognitive, and psychosocial correlates of statistically-derived negative symptoms subgroups / A. O. Ahmed, G. P. Strauss, R. W. Buchanan [et al.] // J. Psychiatr. Res.— 2017.— № 97.— P. 8–15.
6. Tenório F. Psychosis and schizophrenia: effects of changes in psychiatric classifications on clinical and theoretical approaches to mental illness / F. Tenório // Hist. Cienc. Saude Manguinhos.— 2016.— № 23 (4).— P. 941–963.

ДИНАМІКА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ У КОНТЕКСТІ ЇЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ З ІНШИМИ ФОРМАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

В. А. КУРИЛО, Н. В. ДАНИЛЕВСЬКА

Розглянуто патоморфоз шизофренії на прикладі пацієнтів із простою формою захворювання. Відзначено патопластичну модифікацію клінічної картини шизофренії, яка призводить до стертості психопатологічної симптоматики, характерної для інших форм, у дебюті захворювання з її подальшою екзацербациєю. Доведено необхідність розробки диференційних діагностичних критеріїв внутрішньонозологічного розподілу шизофренії з урахуванням її патоморфологічних ознак.

Ключові слова: шизофренія, проста форма, патоморфоз, клінічна картина, диференційна діагностика, продуктивна симптоматика.

THE DYNAMICS OF THE CLINICAL PICTURE OF SIMPLE SCHIZOPHRENIA IN THE CONTEXT OF ITS DIFFERENTIAL DIAGNOSIS WITH OTHER FORMS OF SCHIZOPHRENIA

V. A. KURYLO, N. V. DANILEVSKA

Pathomorphism of schizophrenia is described by the example of patients with a simple form of the disease. The pathoplastical modification of the clinical picture of schizophrenia, which leads to a low

degree of psychopathological symptoms characteristic of other forms of schizophrenia, in the onset of the disease with its subsequent exacerbation was noted. The necessity of developing differential diagnostic criteria for the intranosological distribution of schizophrenia considering its pathomorphism was proven.

Key words: schizophrenia, simple form, pathomorphism, clinical picture, differential diagnosis, productive symptoms.

Поступила 30.10.2017