

УДК 616.895(075)

Аграновский К.М., Аграновский М.Л.,

Маликова А.Э., Муминов Р.К.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

ЗНАЧЕНИЕ РЕМИССИИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Резюме: Известно, что психическое состояние каждого пациента со временем претерпевает ряд изменений, как "само по себе" (то есть из-за прямого действия "НОх", из-за самодействия болезни), так и по различным причинам: лечение, влияние травмирующих факторов, соматическое состояние и т.д. Если при определении стратегии терапевтического воздействия клиницист в первую очередь руководствуется клиническим диагнозом пациента, то при выборе сиюминутной тактики лечения он опирается на представление о текущей стадии заболевания своего отделения, то есть учитывает динамику его состояния.

Статья посвящена ремиссиям эндогенных заболеваний.

Ключевые слова: ремиссия, эндогенные заболевания, психическое состояние.

Agranovsky K.M., Agranovsky M.L.,

Malikova A.E., Muminov R.K.

Department of Psychiatry and Narcology

Andijan State Medical Institute

THE IMPORTANCE OF REMISSION IN THE EARLY STAGES OF ENDOGENOUS DISEASES

Resume: It is known that the mental state of each patient undergoes a number of changes over time, both "by itself" (that is, due to the direct action of "NOx", due to the self-action of the disease), and for various reasons: treatment, the influence of traumatic factors, somatic condition, etc. If, when determining

the strategy of therapeutic effect, the clinician is primarily guided by the clinical diagnosis of the patient, then when choosing momentary treatment tactics, he relies on the idea of the current stage of the disease of his department, that is, takes into account the dynamics of his condition.

The article is devoted to remissions of endogenous diseases.

Key words: remission, endogenous diseases, mental state.

Актуальность. Согласно современной концепции развития эндогенного процесса, прежде всего, необходимо различать эффективные психопатологические симптомы и расстройства дефицитарного круга[2]. Различают трудности в стадии ремиссии, такие как аутичное поведение, эмоциональная сглаженность, аболитические расстройства и ряд других заболеваний, такие проявления могут быть на фоне внешнего выражения позитивных расстройств, в частности депрессивного настроения[5].

Выраженные сенестопатические, парестетические и ипохондрические симптомы на приглушенном фоне влияют на цветовую клиническую картину ремиссии с "невротическими" признаками[1]. То же самое можно сказать и о параноидальных "масках", формирование которых в период ремиссии интерпретируется как признак, интерпретируемый как "остаточные" явления — убеждения, обвинения, более характерные для депрессии. Однако попытки отдельно рассмотреть роль и вклад продуктивных или негативных заболеваний на непсихотических стадиях часто оказываются бесперспективными[4]. Рассмотрение психопатологической "мозаики" первых ремиссий на ранних стадиях течения шизофрении, в частности, определение вклада феномена "перекрытия" с другими психопатологическими заболеваниями, представляется задачей, достойной отдельного обсуждения[5].

Таким образом, корреляция негативных заболеваний и осевых, сквозных эффективных симптомов представляет особый интерес, особенно в структуре ранних стадий шизофрении.

Цель исследования. Цель данного исследования - выявить основные клинические и психопатологические модели ведения начальной стадии шизофрении, продемонстрировать корреляции с последующим клиническим и социальным прогнозом и профилактикой заболевания.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 60 пациентов, обратившихся в АВПНД с диагнозом шизофрения, и провели у них обследования.

Результаты исследования. Анализ динамики состояний указал на устойчивое присутствие таких проявлений, как апатия, снижение потребности в эмоциональном контакте, утрата способности получить удовольствие. Заболевание на начальном этапе характеризуется медленным, непрерывным течением, активность эндогенного процесса реализуется в форме затяжных субдепрессивных фаз с явлениями аутопсихической деперсонализации (отчуждение эмоций, собственных психических функций). Многообразные субъективные проявления, характерные для стадии «базовых расстройств», если таковые имели место, утрачивают признаки субъективной переработки, возникшие изменения приобретают характер аутентичности.

Для варианта ремиссии с соучастием расстройств невротического регистра с формированием сверхценных симптомокомплексов наиболее инертными в плане динамики оказывались невротические расстройства и сверхценные образования (увлечение коллекционированием, особыми способами самолечения и физической закалки и т. п.), возникшие, еще до развития манифестных приступов («сквозная» симптоматика), эти явления оставались в дальнейшем почти без изменений. В случае наличия

паранойяльных идей, наблюдавшихся на доманифестном этапе, в ремиссиях они чаще полностью редуцируются, при сохранении готовности к формированию ситуационно обусловленных паранойяльных реакций. При сохранении продуктивных нарушений перенесенного психотического этапа они несли черты монотонности и стереотипности проявлений.

В современных исследованиях шизофрении угасание эмоциональной жизни и волевой активности выводится в качестве кардинальных признаков формирующегося синдрома дефицита. Однако ряд проявлений, трактуемых как негативные и обнаруженных в период первых ремиссий, не были в истинном смысле дефицитарными и оказались в большей или меньшей степени обратимыми. При наблюдаемом синдромологическом полиморфизме удаление от возраста начала и манифестации в известной мере «стирает» наличие оттенков психопатологических расстройств, лишая возможности выделения прогностически определяющих компонент.

Вывод. Рассмотрение дефицитарных расстройств с позиции двухфакторной модели позволяет определить не только степень прогрессивности, но и весьма существенно сказывается на проявлении картины психопатологических расстройств в ремиссии, что в значительной степени определяет различия между ними.

Механизм привлечения к анализу ремиссии профиля дефицитарных расстройств с учетом их доминирующего компонента был оправдан только с привлечением системы проспективного обоснования при их сопоставлении, т. е. катамнестического доказательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аведисова АС, Захарова КВ, Марачев МП. Результаты наблюдательной программы ДЖАЗ: «Эффективность препарата агомелатин (Вальдоксан) при лечении пациентов с тревожной депрессией в рамках большого депрессивного расстройства». Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2013;(6):14-22.

2. Городничев АВ, Костюкова ЕГ, Мосолов СН. Достижение ремиссии как основная цель длительной терапии рекуррентного депрессивного расстройства. Современная терапия психических расстройств. 2009;(1): 5-10.

3. Чернова ЕВ, Кожечкина ОВ, Тер-Исрае-лян АЮ, Медведев ВЭ. Терапия агомелати-ном (вальдоксан) эндогенных депрессий в условиях дневного стационара. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016;116(10):43-6.

4. Петрова НН. К вопросу о терапии депрессии у больных шизофренией. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ган-нушкина. 2014;(2):25-8.

5. Khoo AL, Zhou HJ, Teng M, et al. Network Meta-Analysis and Cost-Effectiveness Analysis of New Generation Antidepressants. CNS Drugs. 2015 Aug;29(8):695-712.