

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НА ДОМАНИФЕСТНОМ ЭТАПЕ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА

Марина Юрьевна Рожкова, Александр Сергеевич Бобров

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. – д.м.н., проф. А.С. Бобров)

Резюме. В содержании работы отражены результаты ретроспективной оценки доманифестного этапа, предшествовавшего первому приступу с клинической картиной острого депрессивного, маниакального и смешанного вариантов шизоаффективного расстройства (ШАР) по МКБ-10. Отмечена значительная частота аффективных расстройств на доманифестном этапе у этого контингента больных в виде депрессии (как правило, единичного эпизода), реже биполярных аффективных расстройств (преимущественно в виде сдвоенных аффективных фаз), в единичных наблюдениях, гипомании. Выделен аутохтонный и провоцированный стресс-фактором вариант возникновения аффективных расстройств на доманифестном этапе ШАР. Приведена характеристика содержания патологических интересов/увлечений в зависимости от полярности аффективных расстройств на доманифестном этапе ШАР.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, доманифестный этап, депрессия, биполярное расстройство, гипомания, патологические интересы.

AFFECTIVE DISORDERS AT A PRE-MANIFEST STAGE OF SCHIZO-AFFECTIVE PSYCHOSIS

M.Y. Rozhkova, A.S. Bobrov

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education)

Summary. In the work are shown the results of retrospective estimation of pre-manifest stage preceding a first attack with clinical picture of acute depressive, manic and mixed variant of schizo-affective psychosis (SAP) on ICD-10. Considerable frequency of affective disorders at the pre-manifest stage in these patients in the form of depression (as a rule single episode), rare bipolar affective disorders (mainly in the form of double phases), in the isolated cases – hypomania has been noted. Autochthonous and provoked by stress-factor variant of occurrence of affective disorders at the pre-manifest stage of SAP has been allocated. The characteristic of the content of pathological interests/hobby is given depending on polarity of affective disorders at the pre-manifest stage of SAP.

Key words: schizo-affective disorder, pre-manifest stage, depression, bipolar disorder, hypomania, pathological interests.

В отечественной психиатрии до 1983 г. приступы шизоаффективной структуры были включены в качестве наиболее благоприятного (недифференцированного) течения приступообразно-прогредиентной шизофрении [4]. В МКБ-10 [3], принятой к использованию в практике отечественной психиатрии, шизоаффективное расстройство выделено в отдельную диагностическую рубрику (F25), но сохраняет свое место в разделе «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F2). В зависимости от доминирующего аффекта в структуре приступа (маниакальный, депрессивный, смешанный аффекты) и конгруэнтной доминирующему аффекту фабуле (содержанию) шизофренической симптоматики из перечня «а-г» (F20) шизоаффективное расстройство (ШАР) подразделяется на маниакальный, депрессивный и смешанный типы.

Последние годы в отечественной литературе особое внимание уделяется доманифестным аффективным расстройствам в клинике ШАР (в соответствии с критериями МКБ-10, 1994), значению сезонного и психотравмирующего факторов в их возникновении [2]. Сделана попытка выявления патодинамических взаимоотношений тимопатии (колебания настроения субклинического уровня в виде легких гипоманий либо субдепрессий) и стрессового фактора в формировании шизоаффективного расстройства (ШАР). При этом, у большей части больных, по данным авторов, колебания настроения носили сезонный характер. Более того, у 1/3 больных выявлялась ретроспективно маскированная депрессия (синдром раздраженной кишки) и психосоматические расстройства, коморбидные классическим депрессиям (бронхиальная астма, псориаз), также с сезонной периодичностью. Отмечена индивидуальная «уязвимость» психогенного стрессора, у половины больных сочетание 2-х и более травмирующих обстоятельств. Клинический вариант ШАР определялся модальностью тимопатии: совпадение сезонной депрессии и воздействия психической травмы предшествовало ШАР депрессивного

типа; наложение на сезонную гипоманию психической травмы приводило к формированию маниакального ШАР; наличие в анамнезе дистимии с периодически возникающими сезонными субдепрессиями (двойная депрессия) и совпадающего по времени стрессора способствовало развитию ШАР депрессивного типа. Вводится понятие «слабой» тимопатической фазы (гипомания либо субдепрессия), в период которой дополнительный стрессовый фактор является необходимым условием возникновения ШАР. Различия между «уязвимой» и «неуязвимой» тимопатической фазой сводится к тому, что во время последней стрессовый фактор не приводит к формированию ШАР.

По данным отечественных авторов, в клинике шизоаффективного расстройства по МКБ-10 (смешанный и маниакальный типы) в 51,2% случаев выявляются патологические интересы и увлечения [6]. Самыми частыми (53,6%) оказались увлечения в области художественного творчества (к примеру, изобретение «нового жанра» в искусстве), реже научно-исследовательские, спортивно-оздоровительные занятия, самосовершенствование («восполнение» пробелов знаний) и коллекционирование. Аномальные интересы обсессивно-компульсивного типа (22,0%) характеризовались неумеренностью, подчас пароксизмальностью и включали: посещение и проигрыш в игорных залах; попытку прогнозирования результатов игры в футбольных командах; приобретение дорогостоящих коллекционных вещей. При этом аномальные интересы носили волнообразный характер, были непродуктивными и отличались в большинстве случаев дезадаптирующим влиянием во всех социальных сферах. В случае паранойяльного варианта патологических интересов и увлечений (24,4%) имело место замещение первоначальных сверхценных интересов аналогичным по содержанию паранойяльным симптомокомплексом. Это проявлялось утратой «психологически понятной» связи с личностными особенностями, все более нелепым и оторванным от реальной жизни

характером, но с настойчивостью внедрения своих научных «открытий».

Цель работы: выявление частоты аффективных расстройств на доманифестном этапе шизоаффективного расстройства (ШАР) среди всех трёх его клинических вариантов; выделение стресс-провоцированных и аутохтонных их проявлений; сравнительная оценка частоты и характера доманифестных аффективных расстройств в зависимости от типа шизоаффективного расстройства, а также характеристика содержания патологических интересов/увлечений в соответствии с полярностью аффективных расстройств на доманифестном этапе ШАР.

Материалы и методы

Исследование включало ретроспективный анализ доманифестного этапа всех 3-х вариантов (депрессивного, маниакального и смешанного) ШАР в аспекте полярности аффективных расстройств и ассоциированных с ними патологических интересов и увлечений.

Изучены 68 больных с манифестным приступом шизоаффективного расстройства (ШАР) в соответствии с критериями МКБ-10 (F25). Исследуемая выборка больных в зависимости от клинического варианта ШАР разделилась на 3 клинические группы:

- Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип – F25.1 (n=41) – 60,3%/68;
- Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип – F25.0 (n=7) – 10,3%/68;
- Шизоаффективное расстройство, смешанный тип – F25.2 (n=20) – 29,4%/68.

Для выявления статистически значимых различий использовался критерий Фишера (в случае, если ожидаемая частота <5) [5].

Результаты и обсуждение

Манифестный приступ среди больных всех клинических групп приходился на возраст 17-20 лет и старше. Статистически значимо чаще смешанный тип ШАР по сравнению с депрессивным возникал в юношеском возрасте ($p < 0,04$), напротив, депрессивный ШАР в сравнении со смешанным статистически значимо чаще отмечен у лиц зрелого возраста ($p < 0,04$).

У подавляющего большинства больных (n=55, 80,9%/68) на доманифестном этапе ретроспективно выявлено наличие аффективных расстройств в виде: депрессивных состояний (n=30, 44,1%/68), биполярных аффективных расстройств (n=20, 29,4%/68) (в большинстве случаев в виде сдвоенных аффективных фаз), значительно реже – гипомания (n=5, 7,4%/68). Аутохтонное их возникновение отмечено у большей половины n=32 (58,2%/55), наличие предшествующего возникновению аффективного расстройства психогенного фактора – n=23 (41,8%/55). Депрессивному расстройству на доманифестном этапе ШАР значимо чаще предшествовал стресс-фактор (82,6% против 34,4% при $p < 0,001$), напротив, биполярное расстройство значимо чаще по сравнению с депрессивным возникало аутохтонно (50,0% против 17,4% при $p < 0,02$). Не выявлено значимых различий в возникновении как аутохтонных, так и спровоцированных аффективных расстройств в зависимости от сезонного фактора (времени года), а также от типа ШАР. Соотношение между аутохтонным и спровоцированным возникновением аффективных расстройств в зависимости от времени года отражено на рис. 1.

Как следует из рисунка 1, наибольшая частота возникновения спровоцированных стресс-фактором аф-

фективных расстройств (n=10) приходится на весенний период, затем следует значительное уменьшение их частоты с равным или почти равным количеством в летний, осенний и зимний периоды. Частота возникнове-

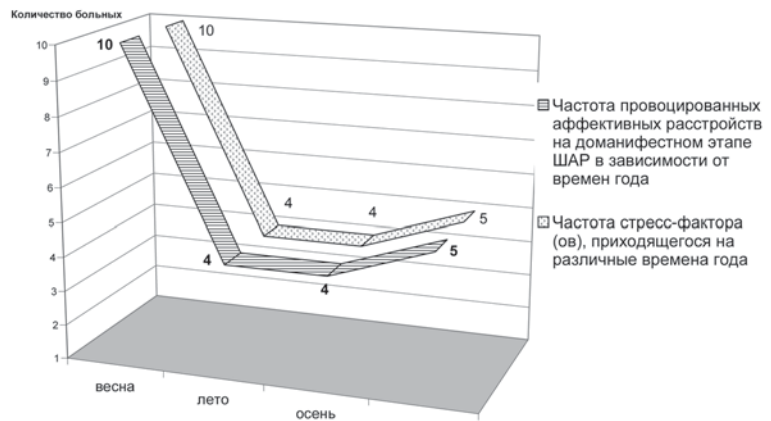


Рис. 2. Соотношение частоты стресс-фактора и связанного с ним депрессивного состояния, приходящихся на различные времена года на доманифестном этапе ШАР.

ния аутохтонных аффективных расстройств наиболее значительна и держится примерно на одном уровне в весенний и летний периоды (соответственно n=12 и n=10). Затем частота их заметно уменьшается осенью и зимой.

Соотношения частоты стресс-фактора и связанного с ним депрессивного состояния, приходящихся на различные времена года на доманифестном этапе ШАР, представлено на рисунке 2.

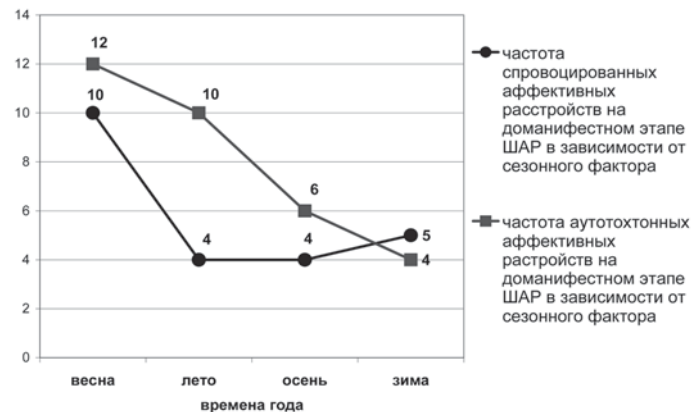


Рис. 1. Соотношение между аутохтонным и спровоцированным возникновением аффективных расстройств на доманифестном этапе ШАР в зависимости от времени года.

В клинике спровоцированных стресс-фактором депрессивных расстройств на доманифестном этапе ШАР выявлены аналогичные закономерности, свойственные депрессии, связанной со стрессом в клинике аффективного психоза, а именно, следование первого порядкового номера депрессии, непосредственно за стрессовым событием [1].

Среди всех 3-х клинических вариантов ШАР маниакальный ШАР статистически значимо чаще, чем депрессивный, возникал в весенний период (57,1%/7 против 14,6%/41 при $p < 0,02$). Лето и зима оказались «свободными» от возникновения маниакального типа ШАР. В течение осени частота всех 3-х типов ШАР колебалась в пределах 40-43%. В течение зимы возникновение депрессивного ШАР отмечено с частотой 29,3%, смешанного – в 10% наблюдений.

Проведен анализ длительности временного интервала между аутохтонными/провоцированными аффективными расстройствами на доманифестном этапе и активным проявлением ШАР без относительного клинического варианта (табл. 1).

Сравнительная частота (в %) временного интервала между аутохтонными/провоцированными аффективными расстройствами на доманифестном этапе и активным проявлением ШАР

Признак	Временной интервал между аффективными расстройствами на доманифестном этапе и следующими за ними ШАР									
	0 месяцев (отсутствует временной интервал)		до 1 месяца		до 6 месяцев		до 1 года		более 1 года	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аутохтонное/провоцированное возникновение аффективных расстройств на доманифестном этапе ШАР	34	61,8*	11	20,0**	3	5,5	2	3,6**	5	9,1

Примечание: * - от $p < 0,006$ до $p < 0,0001$; ** - $p < 0,03$.

Активное проявление ШАР значимо чаще непосредственно «примыкало» к доманифестному аффективному расстройству (аутохтонному и провоцированному психогенной) по сравнению с интервалом в 1 месяц, 6 месяцев, до года и более (статистическая значимость от $p < 0,006$ до $p < 0,0001$). Выявлена также большая частота доманифестных аффективных расстройств, возникающих за 1 месяц до приступа, в сравнении с интервалом до года (статистическая значимость при $p < 0,03$).

Проведен анализ типа аффективного расстройства на доманифестном этапе, непосредственно предшествующего ШАР (табл. 2).

Сравнительная частота (в %) типа аффективного расстройства на доманифестном этапе, предшествующего активному проявлению ШАР

Тип аффекта, предшествующий ШАР	Тип ШАР с аффективной патологией на доманифестном этапе (n=55)					
	Депрессивный (n=31)		Маниакальный (n=7)		Смешанный (n=17)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Депрессия	24	77,4*	2	28,6	12	70,6
Гипомания (в том числе в структуре биполярного расстройства)	7	22,6	5	71,4**	5	29,4

Примечание: * - $p < 0,02$; ** - $p < 0,02$.

Депрессия на доманифестном этапе, значимо чаще предшествовала манифесту депрессивного типа ШАР в сравнении с маниакальным (77,4% против 28,6%, при $p = 0,02$), напротив, гипомания на доманифестном этапе чаще наблюдалась при манифесте маниакального типа ШАР в сравнении с депрессивным (71,4% против 28,6%, при $p = 0,02$).

Биполярные расстройства среди всей изученной группы больных с аффективной патологией на доманифестном этапе отмечены у 20 (36,4%/55). Частота биполярных расстройств в зависимости от типа ШАР составила соответственно при депрессивном ШАР – 9 больных (16,4%/55), маниакальном – 4 (7,3%/55) и смешанном – 7 (12,7%/55). Приведем распределение больных с 3-мя вариантами ШАР и наличием доманифестной аффективной патологии в виде биполярных расстройств в зависимости от аутохтонного/провоцированного возникновения 1-й аффективной фазы. Так, в случае депрессивного типа ШАР аутохтонное возникновение биполярных аффективных расстройств выявлено в 8 наблюдениях; в одном наблюдении, имела место психогенная провокация гипотимии с последующей за ней депрессивной фазой. В случае маниакального типа ШАР в 3-х наблюдениях отмечено аутохтонное начало биполярного расстройства, в одном наблюдении – психогенная провокация первой фазы в виде гипотимии. При смешанном ШАР аутохтонное возникновение биполярных расстройств выявлено у 5 больных, в 2-х наблюдениях – первая фаза в виде гипомании имела психогенную провокацию. Как уже упоминалось выше, у большинства больных биполярные аффективные расстройства на доманифестном этапе ШАР протекали по типу сдвоенных фаз, значительно реже имели континуальный тип течения, в единичных наблюдениях, гипо-

Таблица 1 мания за несколько лет предшествовала депрессии.

Частота гипоманий среди всей изученной группы больных с аффективными доманифестными расстройствами (n=55) составила 5 (9,1%) наблюдений. Все гипомании возникали аутохтонно, имели различную длительность (от нескольких месяцев до

нескольких лет) и непосредственно предшествовали манифестному приступу ШАР.

Наличие патологических интересов/увлечений на доманифестном этапе ШАР выявлено у 31 больного (45,6%/68). Общее их количество составило 48. В состоянии депрессии, в том числе с прекращением общения с окружающими и родственниками (некоммуникабельность), отсутствием интереса к учебе и бытовым проблемам в семье, отмечались «погруженность днем и ночью» в компьютерные игры; прослушивание тяжелого рока; псевдодуховный поиск с несвойственным ранее

обращением к религии; внезапная влюбленность с влечением к одноименному полу («делюсь с бумагой своими мыслями, скрываю свои отношения») и одновременным отчуждением от членов собственной семьи (муж, дети); в случае суицидальных мыслей «стихотворчество» с агрессивным содержанием и отрицанием смысла в жизни. Либо это были оздоровительные мероприятия с отказом от мясных блюд из-за соображения «длительного переваривания мяса с выделением токсинов», в дальнейшем переход к процедуре голодания в течении нескольких дней и несколько раз в году с целью «очищения организма от токсинов и накопившихся шлаков».

На стадии гипомании у той же категории больных (биполярные расстройства) возникает внезапная влюбленность с выбором объекта противоположного пола; стремление к изготовлению авторских блюд на конкурс; увлечение творчеством одного из популярных музыкальных коллективов с обращением в их адрес и рассказом о себе; попытки собственного выступления в подземном переходе улицы; работа штатной танцовщицей в эротическом баре; активное занятие различными видами спорта с положительными результатами; толчок к «духовному развитию» после ознакомления с популярной литературой на тему о бессознательном; непродуктивная попытка занятия частным предпринимательством и, в конечном итоге, невозможность выплаты кредита. В единичном наблюдении в состоянии гипомании выявлена смена содержаний увлечений и интересов, к примеру, со спортивного (активное занятие бегом, айкидо) на интерес к религии, либо проследивается преемственность содержания увлечения («эстафета увлечений») в состоянии ранее перенесенной гипотимии, скажем в форме «стремления достичь лучших результатов в компьютерной игре (Contr Strike) в состоянии гипомании».

У ряда больных с биполярными расстройствами гипотимия оказывалась свободной от наличия патологических интересов/увлечений, в то время как последние регистрировались лишь в период гипомании. Это могли быть состояния внезапной влюбленности по формуле «это девушка моей судьбы», после отказа через неделю знакомства на предложение больного «жить совместно» последний вновь «находит свою судьбу»; «расширение

своего мировоззрения» в плане вывода о том, что «любая отрасль знания, организация представляет собой систему, все между собой взаимодействует, отсюда возможность прогнозирования системы взаимодействия и ее визуального представления»; поиск духовного самосовершенствования с цитированием популярной литературы по психологии и установкой «надо простить всех людей, полюбить себя»; вспыхнувший интерес к хиромантии, сонникам, вампирам с поиском соответствующей информации в сети Интернет, наряду с отличной успеваемостью в ВУЗе, выполнением общественных обязанностей в группе (староста) и раскрепощенностью в поведении.

В случае, как единичных гипоманий, так и депрессивных состояний на доманифестном этапе ШАР, выявлялись патологические интересы/увлечения, близкие по своему содержанию к аналогичным образованиям в структуре биполярных аффективных расстройств. В единичном наблюдении выявлен феномен «дрейфа» – следование в поведении и одежде одному из молодежных течений («готы»).

Таким образом, ретроспективный анализ доманифестного этапа депрессивного шизоаффективного расстройства с первым порядковым номером приступа (n=68) позволил выявить у подавляющего большинства больных (n=55, 80,9%/68) наличие непсихотических аффективных расстройств в виде депрессии (как правило, единичного эпизода (n=30, 54,5%/55), биполярных расстройств (сдвоенные фазы, значительно реже континуальный тип течения) (n=20, 36,4%/55) и единичных гипоманий (n=5, 9,1%/55). Депрессивное расстройство значимо чаще возникало после лично значимого стрессового события, биполярные расстройства, как правило, аутохтонно. На материале настоящих наблюдений не выявлено значимых различий в частоте как аутохтонного, так и провоцированного стресс-фактором (психогения) возникновения аффективных расстройств в различные времена года. Другими словами, факт сезонной предпочтительности тимопатии и совпадающего с ней стрессового фактора, как одного из условий формирования ШАР [2] в проведенном нами исследовании не нашел подтверждения. В то же время маниакальный вариант ШАР в сравнении с депрессивным значимо чаще возникал в весенний период. Важным оказалась статистически значимая частота доманифестных аффективных расстройств, непосредственно предшествующих активному проявлению ШАР, в сравнении с их отставленным сроком от 1 месяца до года и более. При этом возникновению депрессивного ШАР, в сравнении с маниакальным, чаще предшествовала депрессия; гипомания на доманифестном этапе значимо чаще отмечалась в случае маниакального ШАР в сравнении с депрессивным. Подтверждена отмеченная в отечественной литературе [6] частота патологических интересов/увлечений у больных с ШАР. На материале настоящих наблюдений акцент сделан на ретроспективной оценке их содержания в зависимости от полноты доманифестного аффективного расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.С., Магонова Е.Г. Депрессия, связанная со стрессом в амбулаторной психиатрической практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – №7. – С.9-15.
2. Лакосина Н.Д., Алексеев А.В., Шмилович А.А. Патодинамические и клинические соотношения тимопатии, психической травмы и шизоаффективного расстройства // Современная терапия психических расстройств. – 2009. – №2. – С.4-6.
3. Международная классификация болезней (10 пере-

смотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994.

4. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Шизоаффективная (полиморфная) шубообразная шизофрения: Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М., 1963. – Т.1. – С.319-321.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
6. Сергеев И.И., Малиночка С.А. Патологические интересы и увлечения при шизофрении // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – №3. – С.11-17.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра психиатрии, тел./факс (3952) 464568, e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru; Бобров Александр Сергеевич – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Рожкова Марина Юрьевна – очный аспирант кафедры.

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© РЕЗВЫХ Ю.А., КОВАЛЬСКАЯ Г.Н. – 2012
УДК 615.2/3:35.078.3

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ОБРАЩЕНИИ Н А ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Юлия Анатольевна Резвых^{1,2}, Галина Николаевна Ковальская²

⁽¹⁾Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств» Забайкальского края, зав. – Л.М. Филатова;

⁽²⁾Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф.

В.В. Шпрах, кафедра фармации, зав. – д.ф.н., проф. Г.Н. Ковальская)

Резюме. В статье представлен краткий обзор литературных данных о развитии и современном состоянии системы контроля качества лекарственных средств в Российской Федерации. Выделены основные проблемы качества препаратов, находящихся в обращении.

Ключевые слова: качество, система контроля качества, недоброкачественные лекарственные средства, фальсифицированные лекарственные средства.