

В группе подростков, получавших лечебные сеансы в физиотерапевтической капсуле, отмечалась статистически достоверная положительная динамика в виде регресса жалоб характерных для больных с вегетативной дисфункцией и эмоциональными нарушениями, в то время как в группе сравнения данные показатели не изменились (табл. 2).

После комплексного физиотерапевтического воздействия у большинства пациентов отмечено статистически значимое уменьшение головных болей, головокружения, сердцебиения, значительно снизилась утомляемость пациентов. К завершению прохождения курса лечения в физиотерапевтической реабилитационной капсуле отмечалось статистически значимое снижение массы тела на $2,1 \pm 0,9$ кг ($p < 0,05$).

Эффективность применения физиотерапевтической капсулы в комплексной реабилитации подростков с метаболическим синдромом показана в клиническом наблюдении.

Клиническое наблюдение. Пациентка Б., 14 лет.

Диагноз: Ожирение II ст. Гипоталамическая дисфункция с нейроэндокринными и трофическими нарушениями. Лабильная артериальная гипертензия.

Поступила с жалобами на излишнюю массу тела, повышенный аппетит, неустойчивость настроения, эмоциональную лабильность, склонность к депрессивным состояниям, появление розовых стрий в области живота и бедер, повышение артериального давления до 130/85 мм рт.ст. (связанное с метеолабильностью), головные боли, головокружение. Болеет 3 года.

В комплексе с лечебной физкультурой и диетотера-

пией был назначен курс лечения в физиотерапевтической реабилитационной капсуле по предложенному нами способу, состоящему из пяти проводимых через день процедур.

После завершения курса лечения артериальное давление девушки стабилизировалось с 130/85 мм. рт. ст. до 120/70 мм. рт. ст., головные боли и головокружение не беспокоили. Кроме того, отмечено снижение массы тела с 96,5 кг до 94,1 кг при росте 171 см. Так же имела место положительная динамика жалоб вегетативного характера, улучшилось настроение.

Приведенный пример наглядно подтверждает эффективность использования реабилитационной капсулы у пациентки, страдающей метаболическим синдромом. После курсового лечения отмечалось снижение массы тела, стабилизировалось до нормативных величин артериальное давление, купировались субъективные проявления заболевания, что способствовало улучшению качества жизни и социальной адаптации данной больной.

Таким образом, результаты исследования показали эффективность применения в комплексном лечении подростков с метаболическим синдромом реабилитационной физиотерапевтической капсулы. Данный лечебный метод инициирует у пациентов положительные эмоции и при правильном подборе параметров процедуры не вызывают побочных реакций. Предложенная методика физиотерапевтического лечения подростков, страдающих метаболическим синдромом, может быть рекомендована к применению на стационарном, амбулаторном и санаторном этапе оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персиянова-Дуброва А.Л. и др. Гидропроцедуры в СПА и осложнения в процессе их применения // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. — 2010. — №6. — С. 40-43.
2. Физиотерапия: национальное руководство / Под ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. — С.87-91.
3. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2003. — № 3. — С. 32-38.
4. Частная физиотерапия: Учеб. пособие / Под ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: Медицина, 2005. — С.430-434.
5. Школа по диагностике и лечению метаболического синдрома: Учеб. пособие / Под ред. Р.Г. Оганова, М.Н. Мамедова — М.: Медицинская книга, 2007. — 98 с.
6. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). // JAMA. — 2001. — Vol. 285. — P. 2486-2497
7. Grundy S.M. Obesity, Metabolic Syndrome and Cardiovascular Disease. // J Clin Endocrinol Metab. — 2004. — Vol. 89. — P. 2595-2600.

Информация об авторах: 664046, г. Иркутск, ул. Дальневосточная, 67а,

Клиника НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН, тел. 8(3952)59-04-19,

Власенко Анастасия Вячеславовна — заведующая отделением, к.м.н., e-mail: clinica@irk.ru

Машанская Александра Валерьевна — ассистент кафедры, к.м.н., e-mail: ale-mashanskaya@yandex.ru

Долгих Владимир Валентинович — заместитель директора, главный врач, д.м.н., профессор, e-mail: clinica@irk.ru

© ИВАНОВА Л.А., БОБРОВ А.С., ПАВЛОВА О.Н. — 2011

УДК 616.89-008.44:616.895.8

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ В КЛИНИКЕ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ НЕМАНИФЕСТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Людмила Александровна Иванова¹, Александр Сергеевич Бобров¹, Оксана Николаевна Павлова²

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. — д.м.н., проф. А.С. Бобров; ²ОГУЗ Иркутский психоневрологический диспансер, гл. врач — В.И. Москалев)

Резюме. Проведен анализ частоты, структуры и степени генерализации патологических телесных ощущений (ПТС) в клинике неманифестной приступообразной шизофрении с аффективными расстройствами по типу монополярной депрессии, биполярных и смешанных аффективных расстройств. Исследование осуществлялось на этапе актуального депрессивного приступа. Среди изученного количества больных ($n=53$) наличие ПТС выявлено у большинства из них (73,6%). В структуре ПТС отмечена примерно равная частота сенестопатий и сенестопатий, реже диагностированы алгии и сенестезии, в единичных наблюдениях — парестезии. У подавляющего большинства больных ПТС имели церебральную локализацию, реже — выявлялись в грудной клетке, ротоносоглотке, спине и области позвоночника или имели генерализованный характер. Выделены монолокальные ПТС (с локализацией в одном органе или анатомо-физиологической системе), би- и полилокальные ПТС.

Ключевые слова: шизофрения, телесные ощущения.

PATHOLOGICAL BODY SENSATION IN THE COURSE OF NONMANIFESTED ATTACK-LIKE SCHIZOPHRENIA WITH AFFECTIVE DISORDERS

L.A. Ivanova¹, A.S. Bobrov¹, O.N. Pavlova²(¹Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education, ²Irkutsk Psychoneurologic Dispensary)

Summary. The analysis of prevalence, structure and level of generalization of pathological body sensations (PBS) in the course of non manifest attack-like schizophrenia with affective disorders, having the type of monopolar depression, bipolar and mixed affective disorders was carried out. The investigation was conducted at the stage of actual depressive attack. Among studied quantity of patients (n=53) presence of PBS was revealed in most of them (73,6%). In the structure of PBS approximality amount of senestopathias and senestopathias was the same, rare algias and senesthasias were diagnosed and in individual cases paresthasias were presented. Overwhelming majority of patients had PBS with cerebral localization, rare PBS revealed in thorax, oralnosedthroat, back and vertebral region or had generalized character. Monolocal PBS (the localization in single organ or anatomy- physiological system), bi- and polylocal PBS have been isolated.

Key words: schizophrenia, body sensations.

Согласно данным современных отечественных исследований патологические телесные сенсации (ПТС), в том числе сенестопатии, встречаются в структуре сочетанного депрессивного или ипохондрического синдромов [4]. При этом в подгруппе больных с аффективными расстройствами сниженное настроение разной степени выраженности встречалось в 100% случаев, сенестопатии являлись жалобой у 60% больных.

Наиболее полно структура ПТС разработана в клинике коэнестезиопатического варианта ипохондрической вялотекущей шизофрении [11, 12]. В структуре коэнестезиопатий выделены сенестезии, эссенциальные сенестопатии, «гетерономные» нормальной телесной перцепции в виде необычных странных ПТС, с трудом поддающихся описанию, и наличие астении в виде непреодолимой умственной усталости, изменения общего чувства тела с ощущением необычной физической тяжести, утраты мышечного тонуса и общего бессилия («шизоастения» в терминологии зарубежных авторов). Наряду с выделением вялотекущей шизофрении с непрерывным типом течения процесса и возможностью эксацербации (обострения) с идентичностью симптоматики вялотекущего процесса, выделяется приступообразно-прогредиентная шизофрения, близкая к вялотекущей [17], прогредиентный вариант вялотекущей шизофрении с обсессивно-компульсивными расстройствами [7], приступообразное течение шизофрении с многолетними тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами [8].

Цель работы: изучение частоты, типологии и степени генерализации ПТС в клинике приступообразной неманифестной шизофрении с наличием ПТС.

Материал и методы

Изучена группа больных с неманифестной приступообразной шизофренией и аффективными, фобическими, навязчивыми расстройствами и наличием ПТС. Все больные подписывали форму добровольного информированного согласия на участие в данном исследовании. При этом соблюдались все требования Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации.

Понятие неманифестной шизофрении включает отсутствие в клинической картине стойких и выраженных галлюцинаций и/или бреда. Возраст активного начала заболевания в единичных наблюдениях (n=3, 5,7%/53) приходился на препубертатный период, у большей половины (n=28, 52,8%/53) — на пубертатный и юношеский возраст, у 22 человек (41,5%/53) — на зрелый возраст. В зависимости от типа аффекта выявлены три клинические группы: неманифестная шизофрения с монополярной депрессией (n=27, 50,9%/53), биполярными аффективными расстройствами (n=18, 33,9%/53) и смешанными аффективными расстройствами в структуре приступов

(n=8, 15,1%/53). К смешанным аффективным расстройствам отнесена депрессия с отдельными включениями маниакальной симптоматики. Течение заболевания характеризовалось одноприступным, мало- и многоприступными типами. Средняя длительность заболевания от активного его проявления в первой клинической группе составила 9,4±1,1, во второй — 10,2±1,2, в третьей — 9,01±2,1 лет. Средняя длительность актуального депрессивного приступа в случае монополярного типа течения неманифестной шизофрении была равна 7,7±0,9, биполярного аффективного расстройства — 3,7±0,7, смешанного аффективного состояния — 6,8±2,2 лет.

В определении тяжести депрессии использованы критерии диагностики МКБ-10 (F32). Легкая степень депрессивного эпизода (ДЭ) диагностирована у 4 больных (7,5%/53), умеренная — 9 (16,9%/53), тяжелая — 12 (22,6%/53), промежуточная степень тяжести между тяжелой и умеренным ДЭ — 24 (45,3%/53). В единичных наблюдениях отмечено наличие субдиагностических проявлений депрессии. К особенностям депрессии в рамках неманифестной шизофрении отнесены: нетипичный суточный ритм, значительная частота атипичной симптоматики в соответствии с критериями DSM-IV, сонливость днем.

Для выявления статистически значимых различий между исследуемыми группами использовались: критерий Стьюдента (количественные, бинарные нормально распределенные данные); критерий Манна-Уитни (количественные ненормально распределенные и порядковые данные); критерий χ^2 (бинарные ненормально распределенные, порядковые и номинальные данные); критерий Фишера (в случае, если $p < 4$) [9]. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p = 0,05$.

Результаты и обсуждение

Значительное место в клинической картине неманифестной приступообразной шизофрении, наряду с аффективными расстройствами, фобической, обсессивно-компульсивной симптоматикой занимают патологические телесные сенсации (ПТС) — наличие ПТС выявлено у 39 больных (73,6%/53). Типология ПТС была

Таблица 1

Частота и типология ПТС в зависимости от типа течения заболевания

Тип ПТС	Клинические группы						Всего (39)		P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
	n=19		n=14		n=6						
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Алгии	1	5,3	6	42,9	1	16,7	8	20,5	0,01		
Сенестоалгии	15	78,9	6	42,9	5	83,3	26	66,7	0,04		
Сенестопатии	14	73,7	9	64,3	4	66,7	27	69,2			
В том числе термические	5	35,7	2	22,2	4	100,0	11	40,7		0,04	0,02
фантастические	1	7,1	-		1	25,0	2	7,4			
Сенестезии	5	26,3	-		2	33,3	7	17,9			
Парестезии	1	5,3	2	14,3	1	16,7	4	10,3			

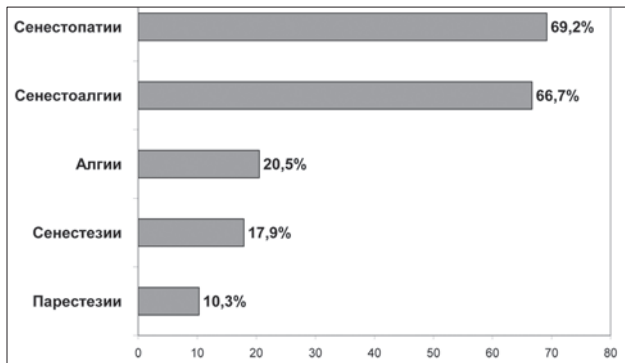


Рис. 1. Частота и типология ПТС в клинике неманифестной приступообразной шизофрении

представлена почти с равной частотой сенестоалгиями и сенестопатиями (соответственно 66,7%|39 и 69,2%|39); значительно реже — алгиями (20,5%|39) и сенестезиями (17,9,2%|39), в единичных наблюдениях у больных выявлено наличие парестезий (10,3%|39). Частота и типология ПТС в зависимости от типа течения заболевания приведена в таблице 1, среди всей группы больных с наличием ПТС на рисунке 1. На рисунке 2 приведена частота локализаций ПТС.

Равной по частоте оказалась представленность сенестопатий среди всех 3-х клинических групп (соответственно 73,7%, 64,3%, 66,7%). Алгии достоверно чаще выявлялись в структуре биполярного аффективного расстройства в сравнении с монополярной депрессией ($p < 0,01$); напротив, сенестоалгии достоверно чаще встречались в группе монополярной депрессии в сравнении с биполярным аффективным расстройством ($p < 0,04$); сенестезии диагностированы лишь в клинике монополярной депрессии и смешанного аффективного расстройства.

К алгиям в качестве проявлений соматопсихических нарушений [10] отнесен болевой синдром, как правило, церебральной локализации с длительностью более 6 месяцев и отсутствием тошноты, рвоты, свето- или звукобоязни, эффекта от приема анальгетиков и оснований для диагностики текущего органического заболевания. К алгиям отнесены жалобы типа «голова постоянно болит», ассоциированные в восприятии больных с «тупостью», трудностью сосредоточения внимания и усилением алгий в вечерние часы. Наряду с алгиями, могут иметь место и сенестопатии той же локализации («мозг то сжимается, то разжимается»).

В отечественной литературе сенестоалгии определяются в качестве патологических ощущений, имеющих сходство с болевыми ощущениями соматической и неврологической природы, но отличающиеся особенно тягостным, физически непереносимым оттенком. Сенестоалгии были выделены в клинике сенестопатической шизофрении — одного из вариантов вялотекущей шизофрении [1]. Приведем отличительные особенности сенестоалгий в клинике неманифестной приступообразной шизофрении. Наиболее часто сенестоалгии имели церебральную локализацию. Это были «сжимающие», «ломающие», «давящие», реже «ноющие» болевые ощущения, нередко в сочетании друг с другом. Сенестоалгии носят приступообразный либо постоянный характер; сопровождаются акцентом на лобно-височной либо лобной, височной и затылочной областях; возможна иррадиация болезненных ощущений в область глазниц или верхнюю челюсть. В отличие от сенестопатического варианта вялотекущей шизофрении, на материале настоящих наблюдений, сенестоалгии достигали степени нестерпимого, физически непереносимого оттенка лишь в единичном наблюдении, когда по выражению больного «подушку хотелось жевать». Также редко сенестоалгии могли быть отнесены к сложному их варианту [6], к примеру, «постоянные ноющие головные боли в области лба, висков, темени — будто дятел сту-

чит в одну точку»; редко отмечен и генерализованный вариант сенестоалгий — «неприятные ощущения в теле: тело как будто ломит, все тело ноет, ощущение, что меня побило». По сравнению с церебральной локализацией значительно реже отмечено наличие сенестоалгий в области спины/позвоночника («покалывание», «ломота»), в грудной клетке («давит», «как колет»), глотке («пронизывающая боль») и половых органах («покалывает»).

Дифференцированная оценка типа сенестопатий в клинике неманифестной приступообразной шизофрении выявила достаточно значительную представленность термического или алготермического варианта сенестопатий [16, 19] (40,7%|27), наличие фантастических сенестопатий [2] выявлено в единичных наблюдениях (7,4%|27). У большинства больных (85,2%|27) в соответствии с ранее проведенными отечественными исследованиями [3, 5, 14] выделены психосенсоральные сенестопатии, сенестопатии движения, интерпретативный и дискретный варианты сенестопатий.

Термические сенестопатии достоверно чаще отмечались у больных неманифестной приступообразной шизофренией со смешанной аффективной структурой приступа как по сравнению с монополярной депрессией, так и биполярным аффективным расстройством (соответственно $p < 0,04$ и $p < 0,02$). Термические сенестопатии имели различную локализацию. Так, в случае церебральной локализации это были ощущения — «головные боли как мигрирующие в виде холодка, холодок по мозгу бежит» либо, напротив, «по всей голове внутри жжет, жжение мигрирует от основания черепа к макушке»; «горение внутри головы»; «голова подмерзает». Приведем характеристику термических сенестопатий иной локализации — «горение за грудиной», «горение в груди, лопатках, плечах — печет»; «жжение постоянное в пояснице — как кипятком обдаёт»; «жжение в горле, трахее, как першит»; «половые органы подмерзают, стынют»; «жжение в области промежности, неприятные ощущения в области заднего прохода — жжение»; «чувствую свой позвоночник, как какое-то тепло, как лучи отходят». Возможна генерализация термических сенестопатий по всему телу — «жарит все тело»; «жар, жжение кожи лица распространяется на кожу головы, шеи и по всему телу».

Психосенсоральные сенестопатии характеризуются ощущениями тяжести или легкости, увеличением или уменьшением; обнаруживают феноменологическую близость к расстройствам «схемы тела», но сопровождаются в отличие от них выраженностью эмоционального тона. В субъективном восприятии больных эти ощущения с локализацией в голове типа «голову как стягивает», «давит», «тяжесть в голове непонятная», «голову сжимает, давит, распирает», «мозги то сжимаются, то разжимаются», «зажмет, потом отпустит», «давящая головная боль», «головная боль как стягивает, распирает»,



Рис. 2. Частота локализаций ПТС в клинике неманифестной приступообразной шизофрении

«в голове как стягивает, напрягается», «голова тяжелая, как не моя». В единичных наблюдениях психосенсорные сенестопатии имели иную, чем церебральную, локализацию: «сжимает внутри глотки», «ощущение тяжести в глазном яблоке — глаз как в цементе, как свинцом налит», «живот обвисает, там какое-то давление», «тяжесть нависания в мочевом пузыре».

К сенестопатиям движения относят ощущения неясного, аморфного движения на ограниченных участках тела. В клинике неманифестной приступообразной шизофрении этот тип сенестопатий уступает по частоте психосенсорным и представлен церебральной локализацией в виде ощущения «мозги в голове как бельё выжимают, скручивают»; «давит в левой половине головы, давление усиливается к вечеру»; «голову постоянно сдавливают»; «ощущение прострела в голове или как в голову забивают гвоздь»; «в голове пульсирует каждая клетка». В случае более редкой иной локализации это были ощущения «в гортани, пищеводе, желудке спазмы бродят вверх и вниз», «в позвоночнике что-то щелкает». Возможны сочетанные проявления сенестопатий движения и сенестопатий, относящихся к интерпретативным — «болезненные ощущения, как стягивает мышцы рук, плечевого пояса, будто нервные окончания оголились».

В содержании интерпретативных или структурированных сенестопатий включают вербализованные представления больных о генезе либо локализации «поражения» с тенденцией к объединению патологических ощущений в определенную структуру. Данный вариант сенестопатий в клинике неманифестной приступообразной шизофрении был выявлен лишь у больных с би- и полилокальной генерализацией патологических телесных ощущений. Приведем примеры интерпретативных сенестопатий: «что-то мешает в горле, какой-то предмет в горле — опухоль в горле или пищеводе», «кишечник чем-то набит, желудок не опускается», «ощущение избыточного отделения вязкой густой слюны, цедится из десен густая тянущая слюна, трудно ее проглотить». Интерпретативные сенестопатии различной локализации могут существовать у одного и того же больного: «голова какая-то не такая, как разреженная, головное недомогание, кровь оттекает от мозга, нарушено кровообращение, нет кислорода, вот и болит». Этот же больной испытывает «боль в пояснице, как будто живот висит, тянет вниз, под его тяжестью провисает спина». Он же испытывает ощущение «влажности в половых органах, как излишняя потливость». И, наконец, перечень интерпретативных сенестопатий завершается «чувством неполного опорожнения мочевого пузыря».

Сенестопатии с экстероцептивными характеристиками («геометрические», «объемные», «предметные») имеют четкую пространственную локализацию с определением размера и формы. Среди выделенных нами сенестопатий в клинике неманифестной приступообразной шизофрении это были ощущения типа «сдавливает в горле что-то, как пробка», «как комок в груди», «во рту какие-то комки, трудно их проглотить». В единичных наблюдениях выявлены так называемые фантастические сенестопатии. К ним отнесены патологические ощущения типа: «ощущение, что голова разделена на 2 половины: левая работает нормально, правая — ненормально. С правой макушки идут тяжести в виде узких полосок к затылку, отчего правая часть головы побаливает» или «как будто кто-то дышит, ощущение дыхания мозгами, мозги переворачиваются, шум какой-то от дыхания, голова сама дышит, в темени что-то двигалось».

Особенным для ПТС в виде сенестопатий в клинике неманифестной приступообразной шизофрении является редкость, когда сенестопатии ограничиваются лишь термическим или фантастическим их вариантом либо сочетанным их проявлением. В подавляющем большинстве случаев (85,2%) [27] имело место сочетанное проявление различных типов сенестопатий, включая и термический вариант у одного того же больного.

Следует остановиться на частоте и характеристике витализации вербализованного/ невербализованного тоскливого аффекта в структуре депрессии неманифестной приступообразной шизофрении. Примечательным является констатация витализации лишь в структуре би- и полилокальных ПТС у 15 больных из 22 наблюдений (68,2%) [22]. Выделены 4 варианта витализации: протопатический (n=4), метафорический (n=6), сенестоалгический (n=2) и сенестопатический (n=3). В соответствии с определениями А.Б.Смулевича, Э.Б.Дубницкой [13] «протопатическая аморфность» витализации проявлялась ощущениями «что-то давит в груди, в области сердца», «тяжесть в грудной клетке», «тяжесть в груди». Метафорическая витализация находила свое выражение в определениях «на душе тяжело», «душит за грудиной», «душа болит» и может более ярко — «кошки на душе скребут». Сенестоалгический вариант витализации был представлен ощущениями «как колет в области сердца», сенестопатический — «горение за грудиной», «жжение в груди».

Сенестезии в отечественных публикациях выделяются в особую группу ПТС [10, 11, 12]. Между тем, сенестезии входят в одно из возможных проявлений неприятных телесных ощущений в клинике «сенестезической» шизофрении и характеризуются кинестетическими (мышечными) и вестибулярными ощущениями [18]. На материале настоящих наблюдений сенестезии выявлялись в 17,9% случаев. Это были патологические ощущения с большим акцентом на вестибулярных ощущениях типа «головокружение при ходьбе — как земля из под ног уходит», «головокружение как пошатывание при ходьбе, порой с приступами с внезапным падением» или «неустойчивая походка, эпизодически при ходьбе забрасывает в сторону». Примечательным является констатация сенестезий с упомянутым выше содержанием у больных женского пола; преимущественно в структуре монополярной депрессии; в единичных наблюдениях — смешанного аффективного расстройства.

В определении парестезий входят не обусловленные внешними раздражениями субъективные неприятные ощущения в виде «мурашек», «онемения» [15]. В изученной нами группе больных парестезии выявлялись в единичных наблюдениях (10,3%) [39], были представлены во всех трех клинических группах и характеризовались ощущениями типа «мурашки бегают по телу, особенно при волнении», «чувство онемения пальцев обеих кистей, начиная с мизинца», «онемение в области лба, особенно при волнении или конфликтной ситуации», «немеют плечи».

В зависимости от степени генерализации ПТС сгруппированы в монолокальные с локализацией в пределах одного органа или анатомо-физиологической системы (17 наблюдений, 43,6%) [39], билокальные и полилокальные варианты (соответственно по 11 наблюдений или по 28,2%) [39]. Выявлены различия в степени генерализации ПТС в зависимости от пола больных (табл. 2).

Таблица 2
Сравнительная частота степени генерализации ПТС в зависимости от пола

Признак	Степень генерализации ПТС						P ₁₋₂	P ₁₋₃
	Моноло- кальные n=17		Било- кальные n=11		Полило- кальные n=11			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Мужской	14	82,4	4	36,4	4	36,4	0,02	0,02
Женский	3	17,7	7	63,6	7	63,6	0,02	0,02

Так, у лиц мужского пола достоверно чаще диагностировались монолокальные ПТС в сравнении с би- и полилокальными (соответственно $p<0,02$ и $p<0,02$). Напротив, у лиц женского пола достоверно чаще выявлялись би- и полилокальные ПТС в сравнении с монолокальными (соответственно $p<0,02$ и $p<0,02$). Таким

образом, в клинике неманифестной приступообразной шизофрении с аффективными расстройствами по типу монополярной депрессии, биполярной и смешанной аффективной структуры, монолокальные ПТС оказались присущи мужскому полу, напротив, нарастание степени их генерализации (би- и полилокальные ПТС) являются прерогативой женского пола. Достоверных различий в степени генерализации ПТС в зависимости от типа течения неманифестной приступообразной шизофрении, также как от тяжести депрессии среди изученного контингента больных (n=39) выявлено не было.

В заключении отметим свойственную неманифестной шизофрении значительную представленность ПТС на актуальном этапе течения с картиной монополярной

депрессии, биполярного и смешанного аффективного расстройства. При этом монолокальных ПТС с локализацией в одном органе или анатомо-физиологической системе оказалось существенно больше по сравнению с би- и полилокальными их вариантом. В подавляющем числе наблюдений ПТС имели церебральную локализацию, значительно реже — торакальную, область ротоносоглотки, спины и позвоночника. У большинства больных близкими по частоте оказались ПТС в виде сенестоалгий и сенестопатий, значительно реже выявлялись алгии и сенестезии, в единичных наблюдениях — парестезии. Правилком является сочетанное проявление различных типов ПТС в рамках моно-, би- и полилокальной степени их генерализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басов А.М. Сенестопатическая шизофрения (клиника, терапия, реабилитация): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1981. — 20 с.
2. Буренина Н.И. Патологические телесные сенсации // Журн. неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. 1997. — №5. — С.12-19.
3. Гутенева Т.С. Клинико-психопатологические особенности сенестопатических расстройств при шизофрении: дисс... канд. мед. наук. — М., 1981. — 177с.
4. Давтян Е.Н., Давтян С.Э. К эволюционной модели сенестопатических расстройств. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — М., 2010. — 110. №3. — С.66-76.
5. Жмуров В.А. Психопатология — М.: Медицинская книга, Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2002. — 668с.
6. Иванова Л.А. Депрессия с патологическими телесными сенсациями // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2006. — №8. — С.26-30.
7. Колющая Е.В. Типология обсессивно-фобических расстройств при шизофрении. // Журн. неврологии и психиатрии им.С.С. Корсакова. — М., 2002. — №2. — С.27-33.
8. Павличенко А.В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства при шизофрении. // Соц. и клин. психиатрия. — М., 2007. — №2. — С.33-37.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2002. — 321с.
10. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 432 с.
11. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении. // Журн. неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. М., 2009. — № 11. — С.4-15.
12. Смулевич А.Б., Волель Б.А. Вялотекущая ипохондрическая шизофрения. // Психиатрия и психофармакотерапия. — М., 2009. — Т.11. №1. — С.4-9.
13. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. К построению дименсиональной ритмологической модели депрессии // Журн. неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. — 2010. — №1. — С.4-10.
14. Собенников В.С. Шизофрения с ипохондрической симптоматикой в инволюционном периоде: автореф.дис....канд. мед.наук. — М., 1988. — 20 с.
15. Стоиленов И.А., Стоиленова М.И., Коева П.И. и др. Психиатрический энциклопедический словарь — Киев: МАУП, 2003. — 1200 с.
16. Суворов А.К. Диагностическое и прогностическое значение соматопсихических ощущений (сенестопатий) при различных типах депрессий: автореф.дис....канд.мед.наук. — М., 1983. — 16 с.
17. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии. / Под ред. А.С. Тиганова. — В 2 т. Т.1. — М.: Медицина, 1999. — 712 с.
18. Huber G. Die coenasthetische Schizophrenie // Fortschr. Neurol. Psychiat. — 1957. — V.25. — P.491-520.
19. Jahrreiss W. Das hypochondrische denken // Arch. Psychiat. Nerv. — 1930. — 92. — P. 45-823.

Информация об авторах: 664079, г.Иркутск, м-р Юбилейный, 100, ИГИУВ, кафедра психиатрии,

тел/факс: (3952) 46-45-68, e-mail:bobrov_irkutsk@rambler.ru

Иванова Людмила Александровна — ассистент кафедры, к.м.н.,

Бобров Александр Сергеевич — заведующий кафедрой, д.м.н., профессор,

Павлова Оксана Николаевна — заочный аспирант.

© РОЖКОВА М.Ю., СТАРОДУБЦЕВ А.В. — 2011

УДК 616.89-008.454:616.895.8

НЕЙРОКОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МАНИФЕСТНЫЙ ПРИСТУП ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Марина Юрьевна Рожкова, Анатолий Васильевич Стародубцев

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. — д.м.н., проф. А.С.Бобров, кафедра неврологии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. Проведен сравнительный анализ нейрокогнитивного функционирования среди больных, перенесших манифестный приступ шизоаффективного расстройства и приступ параноидной шизофрении. Использовался комплекс программ психофизиологического тестирования: корректурная проба, таблицы Шульте, тест Бентона, Лурия, Равенна, красно-черные таблицы. Исследование проведено в целях выяснения степени концентрации, устойчивости, переключаемости, распределения и объема внимания; характеристики работоспособности и её зависимости от силы возбудительного и тормозного процессов; исполнительных функций; вербальной зрительной и слуховой памяти; уровня интеллектуального развития; формально-логических способностей мышления. Выявлено более благоприятное нейрокогнитивное функционирование у пациентов, перенесших манифестный приступ шизоаффективного расстройства по сравнению с приступом параноидной шизофрении.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, шизофрения, нейрокогнитивное функционирование.