

ФГБНУ “НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ”
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ

ШКОЛА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ШИЗОФРЕНИЯ: НАСТОЯЩЕЕ, ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

*Материалы III-ей Всероссийской Костромской школы
молодых ученых и специалистов в области психического здоровья*



Кострома, 19-22 апреля
2016 года

УДК 61689-02-053
ББК 88.8

Редакционная коллегия: А.С.Тиганов, Т.П.Ключник, В.Г.Каледа,
А.Н.Бархатова

ISBN 978-5-905331-26-8

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	9
1. ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	
Арсланова А.В.	11
<i>Прогностическое значение мании с неконгруентными психотическими симптомами в дебюте шизофрении.</i>	
Герасимчук М.Ю.	15
<i>Хронобиологические основы депрессии: предпосылки и корреляты.</i>	
Горшкова И.В.	19
<i>К проблеме «обсессивной замедленности» у больных с шизотипическим расстройством.</i>	
Кулешова Е.О.	22
<i>Предикативный анализ клинической картины острых психотических расстройств</i>	
Кучер Н.Ю., Мороз Е.В., Шарапа К.А., Солдатенко А.А.	26
<i>Клинические особенности острого психотического эпизода на фоне употребления синтетических психоактивных веществ</i>	
Коляго О.О.	32
<i>Синдром сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии.</i>	
Максимова И.В.	36
<i>Клинико-психопатологические особенности больных параноидной шизофренией с дебютом заболевания в виде алкогольного психоза</i>	
Мухорина А.К., Атаджыкова Ю.А.	40
<i>Изменения типа «фериробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра.</i>	
Нелюбина В.А., Горячева Е.А.	44
<i>Особенности суицидального поведения больных шизофренией</i>	
Румянцев А.О., Омельченко М.А.	48
<i>Юношеские эндогенные депрессии с транзиторной и неразвернутой психотической симптоматикой</i>	
Хайруллаева О.О.	53
<i>Подростковые депрессивные расстройства поведения</i>	
Ханько А.В.	57
<i>Гендерные особенности психологической адаптации пациентов с первым психотическим эпизодом</i>	
Читлова В.В. Германова К.Н.	61
<i>Клинические аспекты реактивной шизофрении.</i>	
Шамиев И.М.	65
<i>Депрессивные расстройства поведения пубертатного периода дисморфофобического регистра</i>	

Шпилова Е.С. ,.....	69
<i>Клинические особенности смешанных аффективных состояний в рамках БАР у больных геронтопсихиатрического стационара.</i>	

2. ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИКА ПОГРАНИЧНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Горячева Е.А., Нелюбина В.А.	72
<i>Роль личностно-психологических и социально-стрессовых факторов в генезе невротических расстройств</i>	

Михайлов В.Б.	76
<i>Динамика формирования и развития расстройств депрессивного спектра у лиц, перенесших инфаркт миокарда</i>	

Орлов Д.Е., Головачева В.А., Мигунова Ю.М.	81
<i>Клинико-психопатологические аспекты хронической головной боли (психоневрологическая интегративная модель)</i>	

Петелин Д. С.	87
<i>Нозогенные реакции с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях (типология, психосоматические соотношения, конституционально-личностное предрасположение).</i>	

Рыбалко В.О.	92
<i>Непсихотические аффективные расстройства биполярного спектра, коморбидные ВИЧ-инфекции.</i>	

Синеуцкая Е.О., Володин Б.Ю.	96
<i>Соматоформные расстройства у работников опасных условий труда.</i>	

Трошина Д.В., Грубова М. В., Малюгина А.А.	100
<i>Психические и личностные расстройства у больных фибрилляцией предсердий.</i>	

Харькова Г.С., Гиацинтова А.А.	104
<i>Астенические состояния в клинической психиатрии</i>	

3. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Багаутдинов М.Р.	108
<i>Роль керамидов эмоциогенных отделов мозга при хроническом эмоциональном стрессе как компонент патогенеза реактивных депрессий</i>	

Бойко А.С., Пожидаев И.В., Османова Д.З.	112
<i>Полиморфизмы генов нейромедиаторных транспортеров у больных шизофренией с лекарственно-индуцированной гиперпролактинемией</i>	

Бочарова М.О., Голимбет В.Е.	116
<i>Информационная клинико-биологическая прогностическая модель депрессивной патологии</i>	

Боярко Е.Г.	121
<i>Исследование вклада генов PIP5K2A и SGK1 в развитие лекарственно-индуцированной дискинезии у больных шизофренией.</i>	

Ершов Е.Е., Иващенко Д.В., Сосин Д.Н., Сосина К.А., Радченко Н.А., Тараскина А.Е., Насырова Р.Ф., Крупицкий Е.М.	125
<i>Ассоциация уровня экспрессии рецептора 5HT_{2A} с эффективностью терапии антипсихотиками I и II генерации у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра</i>	

Застрожин М. С., Сычев Д. А., Смирнов В. В., Савченко Л. М., Брюн Е. А., Гущина Ю. Ш., Сорокин А. С.	129
<i>Ассоциация активности изофермента CYP2D6 с профилем эффективности и безопасности галоперидола</i>	

Зубов Д.С.	135
<i>Нейротрофический фактор головного мозга (BDNF) как биомаркер эффективности и безопасности электросудорожной терапии у больных параноидной шизофренией, осложненной терапевтической резистентностью.</i>	

Лорикян А.Г., Горобец Л.Н.	139
<i>Гендерная специфичность гормональной предикции эффективности антипсихотической терапии при первом психотическом эпизоде (ППЭ)</i>	

Паршукова Д.А. Бородюк Ю.Н.	142
<i>Особенности гидролиза основного белка миелина каталитическими антителами у больных шизофренией.</i>	

Рузиева Г.Х., Рашидов Д.Д.	146
<i>Депрессия и деменция у пожилых пациентов.</i>	

Савочкина Д. Н.	150
<i>Гендерно-возрастные особенности иммуноэндокринных показателей у лиц мужского пола на разных этапах формирования зависимости от психоактивных веществ.</i>	

Слюсарь И.Н.	154
<i>Когнитивные нарушения и содержание церебрального нейротрофического фактора у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью</i>	

Сосин Д.Н., Ершов Е.Е., Иващенко Д.В., Сосина К.А., Иванов М.В., Тараскина А.Е., Насырова Р.Ф., Крупицкий Е.М.	158
<i>Динамика дофаминергической нейротрансмиссии лимфоцитов у пациентов с коморбидным течением расстройств шизофренического спектра и синдрома зависимости от алкоголя на монотерапии антипсихотиком: предварительные результаты рандомизированного исследования в параллельных группах.</i>	

Михайлов В.Б.

Динамика формирования и развития расстройств депрессивного спектра у лиц, перенесших инфаркт миокарда

*Харьковский национальный медицинский университет
(Харьков, Украина)*

Эпидемиологические данные последних десятилетий свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных, тревожных и других расстройств депрессивного спектра в общемедицинской и кардиологической практике, намного превышающей частоту этих расстройств в популяции [3,4,6,8]. Кроме того, существует и приобретает все большую актуальность проблема сопряженности различных форм соматической патологии с аффективными расстройствами, что в первую очередь относится соматогенным заболеваниям.

Инфаркт миокарда (ИМ) главная причина смертности и инвалидности не только в Украине, но и во всем мире [2,9,10]. У большинства больных, перенесших ИМ, отмечаются различные нарушения депрессивного спектра, затрудняющие течение заболевания, восстановительно – реабилитационные процессы, являющиеся одной из главных причин временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов [3,6,7,9,10].

Это и обусловило цель нашего исследования: на основании результатов комплексного клиничко-психопатологического, психодиагностического обследования лиц с ИМ определить особенности формирования, клинических проявлений, течения расстройств депрессивного спектра.

В основу работы положены результаты комплексного клиничко-психопатологического обследования 60 пациентов, перенесших ИМ. Среди обследуемого контингента отмечалось преобладание мужчин. Средний возраст $50,2 \pm 6,6$ лет.

Согласно периодам течения обследование пациентов проводилось в 4 этапа: 1 этап – в течение 28 дней с момента перенесенного ИМ или МИ (острый период), 2 этап – через 3 мес. после события, 3 этап – через 6 мес. после события (восстановительный период), 4 этап – через 1 год после события (период последствий).

Нами были использованы следующие методы исследования: клиничко-психопатологические; психодиагностические (изучение личностной тревожности и реактивной тревоги по шкале Спилбергера – Ханина; оценка депрессии по шкалам Гамильтона (HDRS) и Бека; изучение личностных

особенностей по методике Леонгарда – Шмишека в адаптации В.М. Блейхера, тесту Айзенка (Eysenck Personality Inventory – EPI); оценка качества жизни пациентов по I. Mezzich et al. (1999) в адаптации Н.А. Маруты); статистические [1, 5].

Результате проведенного клиничко – психопатологического и психодиагностического обследования показали следующее: в остром периоде у лиц с ИМ наиболее часто встречались: болевой ($86,7 \pm 1,3$ %), фобический ($83,3 \pm 1,3$ %), астено-тревожный ($43,3 \pm 0,7$ %) астено-депрессивный ($23,3 \pm 0,7$ %) синдромы. Развитие и выраженность фобической, депрессивной и тревожной симптоматики зависели от выраженности болевого синдрома ($r=0,03$). Астеническая симптоматика у пациентов этой группы входила в структуру астено-тревожного, астено-депрессивного, астено-ипохондрического синдромов. Истероформный синдром наблюдался в $6,7 \pm 0,1$ % случаев. У $13,3 \pm 0,7$ % лиц, перенесших ИМ, выявлялись анозогностические расстройства, проявляющиеся нарушениями адекватности реагирования, отказом от госпитализации и лечения, снижением критической оценки собственного состояния, полным игнорированием тяжести своего состояния.

На втором этапе исследования у этих больных представленность болевого ($50,0 \pm 0,5$ %), фобического ($40,0 \pm 0,4$ %) и астено – тревожного ($33,3 \pm 0,2$ %) синдромов уменьшалась. Напротив, частота и выраженность астено-депрессивного ($30,0 \pm 0,3$ %), истероформного ($10,0 \pm 0,3$ %) и астено-ипохондрического ($10,0 \pm 0,2$ %) синдромов возрастала. Количество пациентов с когнитивными нарушениями ($10,0 \pm 0,2$ %) и анозогностическими расстройствами ($16,7 \pm 0,3$ %) также увеличивалось.

На третьем этапе исследования наиболее часто встречались: астено-депрессивный ($33,3 \pm 0,2$ %), болевой ($30,0 \pm 0,2$ %) синдромы, анозогностические расстройства ($23,3 \pm 0,7$ %). Хотя астено-тревожный ($23,3 \pm 0,7$ %) и фобический ($13,3 \pm 0,7$ %) синдромы также достаточно часто диагностировались у лиц с перенесенным ИМ, однако, выраженность их снижалась. Частота когнитивных нарушений ($13,3 \pm 0,3$ %) возрастала и чаще отмечалась у пациентов с депрессивной симптоматикой ($r=0,03$).

На четвертом этапе исследования после проведенного психотерапевтического сопровождения частота и выраженность психопатологических синдромов снижалась. Так, болевой синдром встречался в $23,3 \pm 0,7$ % случаев, астено-депрессивный – в $21,7 \pm 0,3$ % случаев, астено-тревожный – в $13,3 \pm 0,7$ % случаев, фобический – в $10,0 \pm 0,3$ % случаев, анозогностические расстройства в $16,7 \pm 0,3$ % случаев. Частота истероформного ($10,0 \pm 0,3$ %) и астено-ипохондрического ($6,7 \pm 0,1$ %) синдромов оставалась прежней.

Из данных, полученных в результате экспериментально-психологических исследований, видно, что первом этапе исследования депрессивная симптоматика была представлена 83,3 больных. Средний балл по шкале Гамильтона составлял $16,0 \pm 2,3$ баллов, по шкале Бека – $17,0 \pm 3,3$ баллов. На втором и третьем этапах исследования частота депрессивных расстройств у больных с ИМ снижалась (до $73,3 \pm 1,7$ % – $80,0 \pm 1,7$ % и $66,7 \pm 1,3$ % – $73,3 \pm 1,7$ % соответственно). У обследованных больных отмечались преимущественно легкие и умеренные депрессивные нарушения. Выраженность депрессивной симптоматики увеличивалась на втором и третьем этапах обследования. Так у лиц, перенесших ИМ, на втором этапе у $16,7$ % больных по шкале Бека выявлялись значительные депрессивные расстройства. На третьем этапе – у $3,3$ % больных по шкале Гамильтона и у $10,0 \pm 0,2$ % больных по шкале Бека выявлялись тяжелые депрессивные эпизоды.

На четвертом этапе исследования частота и выраженность депрессивных расстройств снижалась. У лиц, перенесших ИМ, средний балл по шкале Гамильтона составлял $9,4 \pm 2,3$, по шкале Бека – $10,6 \pm 2,3$. У $60,0 \pm 1,6$ % больных по шкале Гамильтона и у $53,3 \pm 0,7$ % больных по шкале Бека депрессивные нарушения не выявлялись. Также не определялось тяжелых депрессивных эпизодов.

На первом этапе обследования показатели реактивной тревоги (средний балл – $35,9 \pm 3,0$) у больных, перенесших ИМ, были выше показателей личностной тревожности (средний балл – $30,6 \pm 2,9$). На втором этапе исследования показатели реактивной тревоги и личностной тревожности приближались по значению (средние баллы: $35,0 \pm 3,1$ – реактивная тревога, $33,2 \pm 3,2$ – личностная тревожность). При этом преобладали тревожные нарушения низкой и умеренной степени выраженности. На третьем этапе исследования показатели реактивной тревоги снижались (средний балл $33,8 \pm 2,9$), но оставались достаточно выраженными, показатели личностной тревоги менялись незначительно (средние балл – $33,8 \pm 3,0$).

На четвертом этапе исследования у лиц, перенесших ИМ, показатели реактивной тревоги снижались до $28,9 \pm 3,1$ баллов, личностной тревожности до $29,7 \pm 3,1$ баллов.

Оценка качества жизни пациентов показала, что на первом этапе исследования больные ниже всего оценивали «Физическое благополучие» ($4,1 \pm 0,5$ балла), «Работоспособность» ($4,7 \pm 0,7$ балла), «Общее восприятие качества жизни» ($4,6 \pm 0,5$ балла). Психоэмоциональное состояние больные оценивали несколько выше, чем физическое, однако в целом показатели были низкими ($5,2 \pm 0,5$ балла).

В дальнейшем в процессе наблюдения происходили однонаправленные позитивные изменения показателей качества жизни. На четвертом этапе исследования происходили значительные изменения показателей качества жизни, особенно по шкалам «Физическое благополучие» ($7,8 \pm 0,3$ балла), «Работоспособность» ($7,6 \pm 0,3$ балла), «Психологическое благополучие» ($7,7 \pm 0,3$ балла) и «Общее восприятие качества жизни» ($7,6 \pm 0,3$ балла).

Полученные результаты позволили обосновать систему дифференцированной, патогенетически обоснованной психотерапевтической коррекции расстройств депрессивного спектра у больных, перенесших ИМ, построенную по мультимодальному принципу. Она включает: раннее начало, этипатогенетическую направленность, этапность, дифференцированность, комплексность, ориентированность на конечный социальный результат.

В систему психотерапевтической коррекции вошли базисные методики: гипносуггестивная психотерапия, личностно – ориентированная психотерапия, рациональная психотерапия.

Выводы: Выявлены закономерности формирования расстройств депрессивного спектра у лиц, перенесших ИМ. В остром периоде ведущим является болевой синдром, который приводит к выраженным психоэмоциональным расстройствам. Превалирует фобическая, тревожно-депрессивная симптоматика, выраженность которой напрямую зависит от выраженности болевого синдрома. В последующем первичный психоэмоциональный, витально обусловленный компонент уходит, формируются тревожно-депрессивные нарушения, гипо- и анозогностический тип восприятия своего состояния. Применение разработанная нами системы психотерапевтической коррекции расстройств депрессивного спектра показало у 80 % больных с ИМ значительное улучшение и у 10 % больных с ИМ – частичное улучшение в состоянии.

Литература:

1. Банщикова В.М. Медицинская психология: (Учебник для мед. ин-тов) /В.М. Банщикова – М.: Медицина, 1967. – 239 с.
2. Ратманова А. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность – статистика по европейским странам // Med. Rev. – 2009. – Вып. 1 (6). – С. 6–12.
3. Качковский М. А. Лечение депрессии у больных инфарктом миокарда тианептином /М. А., Качковский, Н. Н Крюков //Кардиология.-2006.- Т. 46, №5. – С. 21-26.
4. Кирюхин О. Л. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца /О.Л. Кирюхин, Н. А Гасанов, Д. Р. Ракита //Клиническая медицина, – 2007. – № 8. – 29-32.

5. Клинические шкалы и психодиагностические тесты диагностики сосудистых заболеваний головного мозга. /Составители: Т.С. Мищенко, Л.Ф. Шестопалова, М.А. Трещинская.- Харьков, 2008.- 36с. – Методические рекомендации.

6. Органов Р. Г. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. /Р.Г. Органов, Г.В. Погосова, С.А Шальюва. [и др.] //Кардиология.- 2005.-№ 8.- С. 38-44.

7. Morone NE, Weiner DK, Belnap BH, et al. The impact of pain and depression on recovery after coronary artery bypass grafting. *Psychosom Med.* 2010;72:620–625

8. Serafini G., Pompili M., Innamorati M. The impact of anxiety, depression, and suicidality on quality of life and functional status of patients with congestive heart failure and hypertension: an observational cross-sectional study // *Prim. Care Companion J. Clin.Psychiatry.* – 2010. – Vol. 12, № 6. –PCC. 09m00916

9. O'Connor CM, Jiang W, Kuchibhatla M, et al. Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with heart failure: results of the SADHART-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) trial. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56:692– 699.

10. Kemp AH, Quintana DS, Gray MA, et al. Impact of depression and antidepressant treatment on heart rate variability: a review and metaanalysis. *Biol Psychiatry.* 2010;7:1067–1074

Орлов Д.Е., Головачева В.А., Мигунова Ю.М.

Клинико-психопатологические аспекты хронической головной боли (психоневрологическая интегративная модель)

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Хроническая боль – важнейшая проблема современной медицины (длительный период страдания, нарушение трудоспособности, снижение качества жизни, риск суицида, чрезмерное потребление медицинских ресурсов – в 5-8 раз больше, чем собственно неврологическими больными). Хронические ежедневные головные боли (ХЕГБ) в отличие от основных периодических форм (эпизодической мигрени (ЭМ) и головной боли напряжения (ГБН)) часто ассоциированы с психическими расстройствами [6]. Согласно современному подходу ряд ХЕГБ следует относить к дисфункциональным и психогенным болям, отличающимся по механизмам от нейропатических и ноцицептивных. Предполагается, что при дисфункциональном типе происходит вовлечение серотонин-, дофамин-, ГАМК-, глутаматергических и других систем во взаимодействие с центральными отделами ноцицептивной нейротрансмиссии, что объясняет устойчивость боли к стандартному лечению [3,4]. Выявлены серьезные последствия гиподиагностики психических расстройств с масками ХЕГБ и хронификация боли в связи со злоупотреблением анальгетиками [2,5]. При этом остается недостаточно ясной позиция Международного общества головной боли, отраженная в классификации по версии МКГБ-3 бета (2013) в отношении частоты и структуры психических расстройств, особенностей их развития при хронических цефалгиях, а также роли психоневрологических соотношений. В отечественной литературе эта проблема мало освещена, что и определило актуальность настоящего исследования [1].

Цель: структурный анализ (клинико-психопатологические аспекты) ХЕГБ у пациентов, наблюдающихся в неврологической клинике. Соответственно задачи дифференциации широкого круга расстройств, включающих ХЕГБ, решались с учетом определения особенностей психопатологии боли и соотношения психических и неврологических нарушений. Отбор пациентов в исследование осуществлялся с помощью стандартных критериев, используемых в неврологии. Критерии включения: Наличие ХЕГБ у больных с ГБН, хронической мигренью, сочетанием ГБН и хронической мигрени (по критериям МКБ-10 и классификации МКГБ-3 бета; присутствие боли на протяжении более 3-х месяцев без ремиссий или с очень