

*На правах рукописи*

**КУЛЕШОВА**  
Елена Олеговна

**КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ  
АСПЕКТЫ ОСТРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ  
РАССТРОЙСТВ**

**Специальность: 14.01.06-«Психиатрия»**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**  
диссертации

на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Томск -2019**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО.

**Научный руководитель:**

д-р мед. наук, профессор

**Строганов Александр Евгеньевич**  
ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Официальные оппоненты:**

**Дроздовский Юрий Викентьевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России;

**Сиденкова Алена Петровна**, доктор медицинских наук, доцент, и.о. заведующей кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

**Ведущее учреждение:** Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет)

Защита состоится \_\_\_\_ июня 2019 года в часов на заседании диссертационного совета Д 002.279.05 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерально-государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья, адрес сайта <http://tnimc.ru/>.

Автореферат разослан \_\_\_\_\_ 2019 г.

Ученый секретарь совета по защите  
докторских и кандидатских  
диссертаций Д 002.279.05  
кандидат медицинских наук

О. Э. Перчаткина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Изучение острых полиморфных психотических расстройств (ОППР) в настоящее время является одной из наиболее актуальных проблем клинической психиатрии (Алешкина Г.А., Барденштейн Л.М., 2012; Minichino A. et al., 2018). Это обусловлено рядом нерешенных вопросов, касающихся их нозологической самостоятельности (Farooq S., 2012, Queirazza F. et al., 2014, Loya M. et al., 2017), клиники (Zielasek J., Gaebel W., 2018), терапии (Hasan A. et al., 2012; Мосолов С.Н. и соавт., 2014; Mouchet-Mages S. et al., 2014).

Расстройства шизофренического спектра занимают особое место в реестре форм психической патологии. Причиной тому является их высокая распространенность (Семке В.Я. и соавт., 2008; Семке В.Я. и соавт., 2012; Jongasma H.E. et al., 2018). Наряду с интересом исследователей к теме клинического течения таких расстройств, последние десятилетия характеризуются вниманием научного сообщества к проблеме социализации пациентов, страдающих подобными патологиями. В частности изучаются социальные факторы, влияющие на процессы адаптации больных (Craig T., et al., 2014; Vukadin M. et al., 2018).

Ныне действующие классификации болезней включают стандартизованные описательные критерии, четкие клинические маркеры острых психозов отсутствуют. Исходя из этого, детальное изучение особенностей ОППР с использованием клинического метода является очевидным и актуальным (Орлова В.А. и соавт., 2010, Пивень Б.Н., 2013). Динамический анализ предполагает изучение объективных клинических признаков, использование различных индикаторов (Корнетова Е.Г., Семке А.В, 2009; Bowtell M. et al., 2018).

Несмотря на очевидную актуальность проблемы, работ, посвященных клинико-динамическим характеристикам ОППР, крайне мало (Castagnini A.C. et al., 2016). Публикации последнего десятилетия в области острых полиморфных психотических расстройств описывают лишь некоторые преморбидные особенности пациентов с данным диагнозом. Чаще всего рассматриваются психические травмы, эпизоды употребления каннабиоидов перед манифестацией заболевания, наследственная отягощенность (Farooq S., 2012; Rusaka M., Rancāns E., 2014; López-Díaz Á. et al., 2018). Семейное положение, образовательный и профессиональный статус, преморбидные личностные особенности, наличие соматических патологий, органических заболеваний головного мозга, алкоголизация и особенности психопатологической картины затрагиваются в меньшей степени (Esan O., Fawole O.L. 2014; Castagnini A, et al., 2016).

Сегодня ОППР рассматриваются как «разнородная группа нарушений, характеризующаяся острым началом психотических симптомов, а именно бредом, галлюцинациями и расстройствами восприятия, с тяжелыми нарушениями обычного поведения» (МКБ-10). При этом полное и целостное описание клинической картины отсутствует. Некоторые вопросы, касающиеся клинической структуры и течения данной патологии требуют конкретизации (Алешкина Г.А., Барденштейн Л.М., 2012, Queirazza F. et al., 2014). Единое мнение о клинической сущности психотических расстройств и шизофрении отсутствует (Шейнина Н. С. и соавт., 2008; Vignat J.P., 2014, Le Galudec M. et al., 2014).

В сравнении с шизофренией, отличительной чертой острых преходящих психозов является благоприятный прогноз (Farooq S., 2012). При этом ряд авторов указывают на крайне низкую стабильность диагноза «Острое полиморфное психотическое расстройство» (Косенко В.Г. и соавт., 2010; Kar S.K., Dhanasekaran S., 2017). В связи с этим в современных исследованиях большое внимание уделяется проблеме поиска критериев прогнозирования исхода ОППР, по сути, соотношению шизофрении и острых психозов.

На данном этапе развития психиатрии интерес исследователей преимущественно направлен на разработку оптимальных методов терапии и предотвращение рецидивов психотических расстройств (Семке А.В. и соавт., 2006; Семке А.В. и соавт., 2012). Биопсихосоциальный подход занял ведущее место в психиатрии (Бохан Н.А., Семке А.В., 1998; Кондратьев Г.В. и соавт., 2014). С позиции персонализированного подхода к лечению психических заболеваний необходимо учитывать не только психический и соматический статус пациента, но также наличие коморбидных расстройств и биохимических нарушений (Семке А.В., Малыцева Ю.Л., 2009; Бохан Н.А., Семке В.Я., 2009). Однако существующие алгоритмы терапии и программы реабилитации разработаны исключительно для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (Зайцева Ю.С., 2010, Bowtell M. et al., 2018). В отношении больных ОППР в свете персонализированного подхода с полной оценкой предпосылок адаптации такие рекомендации не сформулированы. Это диктует необходимость дальнейших исследований, которые могли бы представить четкие рекомендации ведения пациентов, страдающих ОППР в остром и постпсихотическом периоде.

Одной из главных составляющих качества оказания медицинской помощи больным психическими (включая коморбидные) расстройствами являются точность диагностики и прогноза течения заболевания. Немаловажными для оптимизации схем лечения и выбора дифференцированной терапевтической тактики являются также оценка эффективности терапии и прогнозирование неблагоприятных побочных реакций (Семке А. В. и соавт., 2011; Семке А.В. и соавт., 2015, Cuesta M.J., García de Jalón E. et al., 2017).

Таким образом, актуальность настоящего исследования определяется необходимостью поиска признаков, определяющих варианты течения, прогноз, исход острых психозов в аспекте адаптации больных и проводимой терапии.

### Степень разработанности темы исследования.

В ряде публикаций содержатся сведения о клинических и динамических особенностях ОППР (Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А., 2016; Chandak S., Gowda S.N., 2017; Bowtell M. et al., 2018; Minichino A., Rutigliano G., Merlini S., 2018). Однако в приведенных авторами результатах исследований отсутствует полное и целостное описание клинической картины, также не приведены систематизированные прогностические закономерности данного круга патологий. Кроме того остаются недостаточно изученными вопросы терапии и адаптации пациентов, пренесших ОППР.

В представленных клинических характеристиках ОППР констатируется лишь нестабильность и полиморфизм клинической картины с аффективно насыщенной структурой и благоприятным прогнозом (Castagnini A., Galeazzi G.M., 2016; Castagnini A.C., Fusar-Poli P., 2017; Kar S.K., Dhanasekaran S., 2017).

Несмотря на актуальность изучения коморбидных психических расстройств и биохимических нарушений (Семке А.В., Мальцева Ю.Л., 2009; Бонхан Н.А., Семке В.Я., 2009) подобных исследований в рамках решения проблемы ОППР до настоящего времени фактически не проводилось.

Основной акцент при решении вопроса прогнозирования исхода ОППР традиционно ставился на изучение факторов риска развития шизофрении (Tarbox S.I. et al., 2014; Chang W.C. et al., 2016). Ряд работ посвящен изучению соотношения полов, наследственной отягощенности психических травм, эпизодов употребления каннабиоидов перед манифестацией заболевания (Segeda V., Izakova L., 2016; Штаньков С.И., 2016; и Castagnini A.C., Fusar-Poli P., 2017; De Lisi Mazor Y. et al., 2018). Вместе с тем, исследований посвященных выявлению взаимосвязи рассматриваемых патологий и семейного положения, образовательного и профессионального статуса, преморбидных личностных особенностей, наличия соматических патологий, органических заболеваний головного мозга, алкоголизации и особенностей психопатологической картины пока крайне мало (Esan O., Fawole O.L. 2014; Castagnini A. et al., 2016).

Настоящий этап развития психиатрии характеризуется значительными успехами в психофармакотерапии (Дробижев М.Ю. 2015, Мосолов С.Н., 2018) и психосоциальных технологиях реабилитации (Lecomte T. et al., 2014; Гуровия И.Я., Шмуклер А.Б., 2015). В то же время лечение и реабилитация пациентов, перенесших ОППР, остается одной из нерешенных проблем. По мнению ряда авторов это связано с отсутствием оптимизированных схем лечения (Мосолов С.Н. и соавт., 2014; Mouchet-Mages S. et al. 2015; Cuesta M.J., García de Jalón E. et al., 2017) и персонализированного подхода (Зайцева Ю.С., 2010, Bowtell M. et al., 2018).

Терапевтические подходы должны включать принцип комплексности (психофармакотерапия, психотерапия, реабилитация) и строиться с учетом основных характеристик клинической картины, динамических закономерностей и персонализированных адаптационных возможностей больных.

Таким образом, современный этап исследования ОППР характеризуется возросшим интересом к описанию особенностей течения различных клинических вариантов ОППР, к установлению признаков, ассоциированных с последующим развитием повторного психотического приступа, а также к описанию наиболее оптимальных схем терапии, реабилитации и социализации пациентов, перенесших ОППР.

**Цель исследования:** изучение клиники и динамики острых полиморфных психотических расстройств, а также катамнеза в контексте результатов проведенного лечения для усовершенствования специализированной лечебно-реабилитационной помощи пациентам, страдающим данной патологией.

**Задачи исследования:**

1. Провести сравнительный анализ катамнестических данных по клинико-динамическим и социально-демографическим характеристикам когорты больных, перенесших ОППР.

2. Описать и систематизировать клинические варианты ОППР.

3. Определить предиктивные (диагностические, прогностические) факторы риска развития ОППР.

4. Изучить варианты и уровни адаптации больных, перенесших ОППР в динамике.

5. Разработать платформу реабилитации пациентов, перенесших ОППР и оценить ее эффективность.

**Научная новизна.**

Впервые на большом клиническом материале получены новые данные по клинико-динамическим особенностям ОППР, что позволило выделить два варианта течения острых психотических состояний в зависимости от клинико-динамических особенностей: характеристик паанойального и пааноидного синдромов, выраженности аффективной симптоматики, уровня критической оценки болезненных переживаний.

Ведущим критерием первого (самостоятельно ОППР) является отсутствие рецидивирования психопатологической симптоматики за период катамнестического наблюдения. Часто в анамнезе отмечались эпизоды злоупотребления алкоголем и ПАВ. В клинической картине выявлено преобладание паанойального варианта, острый чувственный бред, отсутствие интерпретативного бреда, тенденция к систематизации бреда не доходит до его расширения, выраженная и изменчивая аффективная симптоматика, выраженность витальных расстройств. Также первый вариант характеризуется высокой критической оценкой болезненных переживаний и низким показателем негативной симптоматики по шкале PANNS.

К особенностям второго варианта (с исходом в шизофрению) относится отсутствие в анамнезе эпизодов злоупотребления алкоголем и иных ПАВ до манифестации заболевания. Психопатологическая структура заболевания характеризовалась наличием пааноидной, кататано-пааноидной, парофренной и полиморфной симптоматикой с присутствием бреда инсценировки, интерпретативного, ипохондрического бреда, бреда греховности, малой выраженностью аффективных расстройств, нелепостями, неадекватностями в эмоциональных реакциях, элементами негативизма, нарушениями мышления. Кроме того, отмечался формальный характер критики, низкая оценка и анализ болезненных переживаний после выхода из психотического состояния и высокий показатель негативной симптоматики по шкале PANNS.

Установлен вклад клинико-динамических и конституционально-биологических и социо-демографических факторов в процесс адаптации пациентов, перенесших ОППР.

Впервые на основании структурно-динамических и статистических данных описаны критерии неблагоприятного (с исходом в шизофрению) и благоприятного (с длительной ремиссией) течения ОППР.

Выделены признаки (саногенетические предпосылки), определяющие формирование компенсированных типов адаптации и прогноз заболевания.

**Теоретическая и практическая значимость исследования.** Полученные данные способствуют решению диагностических проблем, возникающих при клинической квалификации ОППР. Выявленные закономерности формирования и динамики ОППР позволяют адекватно оценить роль внешних

и внутренних факторов в развитии и трансформации клинических проявлений таких заболеваний. Результаты исследования расширяют возможности своевременной диагностики ОППР, адекватного обследования, прогнозирования и организации терапевтического и реабилитационного процесса. В результате выполненного исследования разработан алгоритм оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении данного контингента больных (платформа реабилитации) и было описано направление реабилитационной работы с пациентами, перенесшими ОППР.

#### **Методология и методы исследования.**

Настоящее исследование выполнено в период с 2012 по 2018 годы в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Алтайской краевой клинической психиатрической больницы» им. Эрдмана Ю.К.

Объектом исследования являются больные в возрасте от 18 до 58 лет (n=146), перенесшие острое полиморфное психотическое расстройство (находившиеся на стационарном лечении в КГБУЗ «АККПБ им. Ю.К. Эрдмана»), среди них 72 мужчины и 56 женщин. Период катамнестического исследования от 3-х до 10 лет.

Теоретико-методологической основой исследования явились концепции и теории нозологической самостоятельности ОППР (Margneros A., 2006; Farooq S., 2012), объясняющие возникновение, развитие, типологию острых полиморфных психотических расстройств, а также их нозологическую самостоятельность. Методология работы основана на общенаучных и специальных методах исследования. Применены следующие подходы, принятые в современной психиатрии: психопатологический (Снежневский А.В., 1975; Кербиков О.В., 1971) – использовался для описания психопатологической структуры ОППР; лонгитудинальный (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2014) – для анализа динамических особенностей и трансформации симптоматики, оценки эффективности медицинских интервенций; «биопсихосоциальная» модель психических заболеваний с комплексным подходом и учетом биологических, психологических и социальных факторов в этиологии психических заболеваний (Александровский Ю. А., 2000; Семке В. Я., 1999, 2001); а также методологические подходы DSM-5 и МКБ-10 к острым преходящим психотическим расстройствам.

#### **Положения, выносимые на защиту**

1. Преобладание в клинической картине первого психотического эпизода преимущественно паранойального бреда, выраженной аффективной симптоматики либо параноидного бреда и негативной симптоматики в совокупности с предиспонирующими факторами определяют течение данной патологии - благоприятное и неблагоприятное.

2. Формирование типа и вида адаптации у больных с ОППР обусловлено типом течения расстройства, преморбидными личностными и социально-демографическими характеристиками.

3. Созданная платформа реабилитации, ориентированная на комплексное (медицинско-психо-социальное) сопровождение пациентов с ОППР с учетом клинико-динамических характеристик, саногенных и патогенных факторов позволит улучшить социальное функционирование больных.

**Степень достоверности и апробация результатов исследования.** Степень достоверности исследования обеспечивалась тем, что автором лично были определены цель и задачи исследования, проведен анализ литературы по теме диссертационной работы. Автор самостоятельно выполнил контент-анализ всех клинических случаев острых полиморфных психотических расстройств, включая анализ историй болезни, иной медицинской документации, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Автором лично проведено клинико-психопатологическое обследование пациентов с острыми полиморфными психотическими расстройствами, находившихся на стационарном обследовании в АККПБ им. Ю.К. Эрдмана. Диссертантом также была сформирована база данных и проведена статистическая обработка материала с последующим анализом и обобщением полученных результатов, сформулированы положения и выводы диссертации, разработаны практические рекомендации.

Основные положения диссертации были представлены на научно-практических конференциях: научно-практических конференциях молодых ученых «Молодежь – Барнаул» (Барнаул, 2012, 2013, 2014, 2015), итоговых конференциях Научного общества молодых ученых и студентов Алтайского государственного медицинского университета (Барнаул, 2013, 2014, 2015), XIII Всероссийской научно-практической конференции «Интеллектуальный потенциал ученых России» (Барнаул, 2013), XV Международной научно-технической очно-заочной конференции «Интеллектуальный потенциал ученых России и СНГ» (Барнаул, 2015), XVI научно-практической конференции Алтайского государственного медицинского университета, посвященной Дню Российской науки (Барнаул, 2016), Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора А.А. Корнилова (Кемерово, 2016), 3-ей Костромской Всероссийской Школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья (Кострома, 2016), I итоговой конференции научного общества молодых ученых, инноваторов и студентов Алтайского государственного медицинского университета (Барнаул, 2016), Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 2016). Материалы диссертации были доложены и обсуждены на заседании кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, на научно-проблемной комиссии по внутренним болезням Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 27 работ, в том числе 6 в журналах ВАК РФ, входящих в Перечень ведущих научных журналов и изданий, выпускаемых в РФ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук.

**Объём и структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы и приложения. Содержит 11 таблиц, 26 рисунков, 7 клинических наблюдений, практические рекомендации, приложение. Общий объем 240 страниц. В списке литературы 265 источников (104 отечественных, 161 зарубежных).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с поставленными задачами исследование включало следующие основные этапы: изучение эпидемиологической ситуации (распространенность ОППР среди пациентов АККПБ); клинико-психопатологическое обследование больных ОППР; клинико-динамическое наблюдение больных с ОППР; группировку и анализ клинико-психопатологических, клинико-динамических данных; анализ схем терапии ОППР; оценку адаптации пациентов, перенесших ОППР; формализованное описание историй болезни пациентов с последовательным изложением их клинико-динамических взаимосвязей; разработку персонализированных подходов реабилитации и оценку их эффективности; статистическую обработку материала в зависимости от поставленных задач.

Выборка (n=146) сформирована из числа пациентов, перенесших ОППР. Верификация состояния пациентов производилась в соответствии клиническими критериями и диагностическими указаниями ICD-10, клинические данные сопоставлялись с описанием ОППР - «Кратковременные психотические расстройства», содержащимся в DSM-5. Отбор пациентов в исследование осуществлялся согласно соответствующим критериям – включения / исключения.

### Критерии включения пациентов:

- Острое психотическое состояние, возникшее из состояния без психотических симптомов в течение 2-х недель или менее, его длительностью 1 месяц от момента манифестации с полной редукцией до преморбидного состояния (что не исключает возможность последующего рецидивирования);
- Утрата больным критического отношения к болезни, чувства реальности;
- Бредовые, галлюцинаторные, выраженные аффективные и другими нарушения, определяющие поведение;
- Неотъемлемым условием являлось отсутствие предшествующего диагноза шизофrenии на амбулаторном или стационарном этапах наблюдения и лечения.

### Критерии исключения пациентов:

- Психотический эпизод, связанный с органическим заболеванием головного мозга;
- Психотический эпизод, связанный с употреблением алкоголя, других ПАВ и/или лекарственных препаратов с интоксикации алкоголем или лекарственными препаратами.

Отбор пациентов производился в Краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения "Алтайской краевой клинической психиатрической больнице имени Эрдмана Юрия Карловича". Выборка сформирована

из числа обратившихся за стационарной помощью больных острым полиморфным психотическим расстройством.

Главными этическими принципами исследования являлись партнерство и информированное согласие, что фиксировалось в информационном листке испытуемого и краткой форме информированного согласия.

Исследование психического состояния больных проводилось с применением следующих методик: индивидуальное интервьюирование, прямое наблюдение, собеседование с близкими родственниками, собеседование со знакомыми пациентов по обращаемости.

Для получения информации о наличии и степени тяжести симптомов ОППР использовалась Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS (Kay S. R. et al., 1987); для оценки эффективности проводимой психофармакотерапии применялась шкала общего клинического впечатления CGI – Clinical Global Impression Scale (Guy W., 1986).

В ходе наблюдения (от 3-х до 10 лет) за данными больными мы установили, что у 36 (24,66%) пациентов диагноз остался прежним, рецидива психотической симптоматики не наблюдалось. У 110 (75,34%) окончательный диагноз претерпел изменения: у 92 (63,01%) пациентов окончательный диагноз звучал как параноидная шизофрения; у 6 (4,11%) – шизоаффективное расстройство; у 4 (2,74%) – шизотипическое расстройство; 2 случая – биполярное аффективное расстройство; 2 случая – органическое шизофреноподобное расстройство; 1 случай – хроническое бредовое расстройство в инволюционном периоде; 3 случая – когда диагноз менялся неоднократно, но окончательно была диагностирована параноидная шизофрения.

Таким образом, были сформированы две группы. Первую группу (36 человек; 61,11% (22) мужчин и 38,89% (14) женщин) составили пациенты, которым при выписке был поставлен диагноз ОППР и у которых за период катамнестического наблюдения рецидива психотической симптоматики не произошло. Вторую группу составили 92 человека (54,34% (30) мужчин и 45,65% (42) женщин) – пациенты, имевшие рецидив психотической симптоматики, что стало причиной трансформации диагноза ОППР на диагноз шизофрения, параноидная форма.

Завершающим этапом нашей работы стали создание и внедрение в практику принципов и программ реабилитации пациентов, перенесших острое полиморфное психотическое исследование. С этой целью 128 пациентов были разделены нами на две группы. Группу А (75 человек, в том числе 28% (21 человек) из 1-ой и 72% (54) – из 2-ой группы, среди них 65,3% (49) мужчин и 30,7% (23) женщины) составили пациенты, которые в дальнейшем проходили реабилитацию по предложенной нами схеме. Группа Б (53 пациента, 28,3% (15 человек) из 1-ой и 71,7% (38) – из 2-ой группы, среди них 43,4% (23) мужчины и 56,6% (30) женщин) – пациенты, которые по ряду причин не смогли участвовать в реабилитации.

В соответствии с задачами исследования оценка адаптационных возможностей больных с ОППР осуществлялась с учетом клинической динамики. Типы адаптационных возможностей определялись в соответствии с методикой исследования адаптации больных в периоды ремиссий у пациентов с шизофре-

нией с приступообразным течением (Красик Е. Д., Логвинович Г. В., 1991). Также оценке подвергнуты типы индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты, на основании формализации, предложенной Г. В. Логвинович и др. (1992). Возможность применения данных подходов для пациентов, перенесших ОППР, определяется тем, что они основываются на функционально-диагностических оценках личности, после перенесенного психотического расстройства, на которую влияют конституционально-биологические факторы, связанные с последствиями социальной депривации (Логвинович Г.В., 1979). Кроме того, у пациентов с неизмененным диагнозом ОППР, как и у пациентов с шизофренией отмечаются расстройства, препятствующие социальному восстановлению и вторичные нарушения внебольничной адаптации, которые также учитывает примененная нами классификация.

На основании анализа клинической картины, динамики заболевания, санногенных и патогенных предпосылок адаптации пациентов, перенесших ОППР, предложена платформа реабилитационных мероприятий, направленная на улучшения уровня социального функционирования таких больных. Эффективность проводимой реабилитации оценивалась по шкале личностного и социального функционирования PSP – Personal and Social Performance Scale (Mauzer K.T., 1990).

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке. Произведены вычисления относительных величин, средней арифметической, стандартной ошибки, средней арифметической. Для оценки центральной тенденции и вариации были рассчитаны медиана с квартильным размахом. При обработке данных применялись следующие методы статистической обработки: критерий Колмогорова-Смирнова, U критерия Манна-Уитни, коэффициент корреляции.

## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Социально-демографическая характеристика и биологические факторы риска ОППР.

Средний возраст в исследуемых группах приблизительно равен (в 1-й группе  $29,53 \pm 8,77$  лет и во 2-й –  $29,73 \pm 9,9$  лет) и приходится на молодой возраст. При этом во 2-й группе особо выражен пик заболеваемости в интервале 20-29 лет.

В обеих группах превалируют мужчины: 61,11% (22) мужчины и 38,89% (14) женщин в 1-й группе, 54,34% (50) мужчин и 45,65% (42) женщин ( $p<0,01$ ) во 2-й. Пациенты 1-й группы почти в два раза меньше, чем представители 2-й, имели наследственную отягощенность заболеваниями шизофренического спектра без значимых различий.

Исследуемые 1-й группы чаще состоят в браке, при этом число одиноких составило 27,1% (25) пациентов в 1-й и 59,7% (55) пациентов во 2-й группе, без значимых различий. Семейное положение у пациентов 1-й группы в высокой степени ( $rs=0,75$ ,  $p<0,01$ ) связано с возрастом: чем выше возраст, тем меньше одиноких, никогда не состоявших в браке. Представители обеих групп сопоставимы по уровню образования. Количество нетрудоустроенных в 1-й группе значительно меньше – 25% (9) и 44,5% (41) соответственно.

Анализ результатов исследования показал, что пациентов с чертами тормозимого круга (психастеников, астеников и шизоидов) оказалось в 1-й группе больше – 36,11% (13 человек) против 21,74% (20) во 2-й ( $p<0,01$ ). Гармоничные личности: 19,44% (7) в 1-й группе и 26,09% (24) во 2-й, исследуемые с преобладанием шизоидных черт: в 1-й группе – 22,22% (8) и 6,52% (6) во 2-й, пациенты с преморбидными чертами возбудимого круга (гипертимными, собственно возбудимыми, эпилептоидными и паранойяльными): 25% (9) в 1-й и 4,79% (32) во 2-й группе.

Наличие психотравмирующей ситуации, предшествующей острому психопатологическому процессу, выявлено у 19,4 % (7) пациентов 1-ой и у 23,9% (22) 2-ой группе, без значимых различий между группами. Анализ клинических, биологических и анамнестических условий возникновения ОППР показал, что у 33,3% (12) пациентов 1-ой и у 30,43% (28) исследуемых 2-ой группы имеются признаки, связываемые с органической патологией головного мозга. Хронической или эпизодически обостряющейся соматической патологией, как в одной, так и в двух системах органов страдали 16,6% (6) пациентов 1-ой и 11,9% (11) исследуемых 2-ой группы, без значимых различий.

Также были изучены данные, касающиеся употребления психоактивных веществ непосредственно перед началом болезни: 27,7% (10) исследуемых 1-ой группы подтвердили факт употребления ПАВ. Во 2-й группе таких пациентов оказалось 4,35% (14). Между фактом приема ПАВ перед манифестацией ОППР и его течением в виде хронизации имеется обратная взаимосвязь средней степени выраженности ( $rs=-0,337$ ,  $p<0,001$ ). Факты злоупотребления пациентами алкоголем, в том числе и алкогольных эксцессов перед началом психопатологического процесса обнаружены у 30,5% (11) исследуемых 1-ой, 5,43% (5) – 2-ой группы. Злоупотребление алкоголем перед манифестацией психоза также состоит в обратной взаимосвязи средней степени с приобретением ОППР хронического течения и изменением диагноза на шизофрению ( $rs=-0,341$ ,  $p<0,001$ ).

Суммируя возможные патологические биологические, социально-психологические факторы и их сочетание, получены следующие данные: у 69,4% (25) пациентов 1-ой группы чаще, чем у 58,7% (54) исследуемых 2-ой группы ОППР возникли на фоне внешних причин.

### Клинико-динамическая характеристика ОППР.

В картине проромального периода значительных различий в группах исследования мы не обнаружили. Часто встречающимися начальными симптомами у пациентов в обеих группах были нарушения сна, нередко наблюдалось снижение эмоционального фона и активности, тревога. Психотические симптомы появились внезапно (менее 48 часов) у 63,8% пациентов 1-ой и у 42,3% исследуемых 2-ой группы, остро (более 48 часов, но менее двух суток) – у 38,8% пациентов 1-ой и 57,6% представителей 2-й группы.

В результате проведенного анализа, выделены и описаны синдромные варианты ОППР. Структура клинической картины у пациентов обеих групп различна. Для 2-й группы характерно большее разнообразие синдромных вариантов, а клинический вариант течения заболевания имеет прямую среднюю степень взаимосвязи с его дальнейшим течением ( $rs=0,375$ ,  $p<0,001$ ).

Синдромальная структура и соотношение клинических вариантов в обеих группах представлена в табл. 1.

Таблица 1

Синдромальная структура у двух групп пациентов с ОППР

Синдромальный вариант	1 группа, n=36		2 группа, n=92	
	Абс.	%	Абс.	%
Парапоидный	25	69,4	28	30,43
1. Бредовый	17	47,2	17	18,48
2. Аффективно-бредовый	8	22,22	11	11,96
а) Депрессивно-бредовый	7	19,44	7	7,61
б) Маниакально-бредовый	1	2,78	4	4,35
Парапоидный	11	30,6	50	54,35
1. Собственно парапоидный	7	19,4	42	45,65
2. Аффективно-парапоидный	4	11,11	8	8,7
а) Депрессивно-парапоидный	2	5,55	6	6,52
б) Маниакально-парапоидный	2	5,55	1	1,09
в) Со сменой аффекта	0	0	1	1,09
Кататоно-парапоидный	0	0	8	8,7
Парафранный	0	0	5	5,43
Полиморфный	0	0	1	1,09

Рассмотрим особенности каждого варианта для обеих групп.

Парапоидный вариант наблюдался у 69,4% (25) обследуемых 1-ой и у 30,4% (28) больных 2-ой группы.

Для пациентов 1-ой группы свойственно вовлечение в бред преследования людей из близкого круга (88,23%, 15; p<0,01), аффективные расстройства (82,35%, 14; p<0,05): тревога, страх, растерянность. По выходу из болезненного состояния наблюдается предрасположенность к анализу переживаний, а также критическая их оценка (82,35%, 14; p<0,01).

Пациенты 2-ой группы вовлекали в бредовые идеи больший круг людей (88,23%, 15; p<0,01). Нередко такие больные утверждали, что слегка за ними ведется с помощью специальных устройств (52,94%, 9; p<0,05). Зачастую, наряду с острым чувственным бредом, клиническую структуру данного варианта ОППР составлял интерпретативный бред (58,82%, 10; p<0,05). В сравнении с пациентами 1-ой группы, рассмотрение, проработка и критическая оценка острого периода у таких больных практически отсутствовала, либо носила формальный характер (88,23%, 15; p<0,01).

Парапоидный вариант отмечался у 30,6% (11) обследованных пациентов 1-ой и 54,3% (50) представителей 2-ой группы.

Психопатологическая картина ОППР у пациентов 1-ой группы характеризовалась острым чувственным бредом, отсутствием интерпретативного бреда (100%, 7; p<0,01), тревогой (100%, 7; p<0,01), страхом (100%, 7; p<0,01), растерянностью (85,74%, 7; p<0,05). После купирования психотических рас-

стройств такие пациенты склонны к анализу болезненных переживаний, а также критической их оценке (85,74%, 7; p<0,05).

Пациентам 2-ой группы свойственен более широкий спектр психопатологической симптоматики. Наравне с острым чувственным бредом присутствовал бред представления (100%, 42; p<0,01), бредовая оценка прошлых событий (95,24%, 40; p<0,01), а также интерпретативный бред (90,48%, 38; p<0,01), вплоть до оценки индифферентных событий (64,29%, 27; p<0,05). Нередки нелепости, неадекватности в эмоциональных реакциях (66,67%, 28; p<0,05). Появляются нарушения мышления в виде одиночных «соскальзываний» (66,67%, 28; p<0,05). В эмоциональной сфере можно заметить проявления неадекватностей в эмоциональных реакциях (59,52%, 25; p<0,05). Критика носит формальный характер, оценка и анализ болезненных переживаний значительно ниже, чем у пациентов 1-ой группы (90,48%, 38; p<0,01).

Кататоно-парапоидный вариант, парафранный и полиморфный варианты встречались лишь у пациентов 2-ой группы, т.е. явились отличительной особенностью свойственной ей клинической картины.

Психотический период у пациентов 1-ой группы длился  $8,28 \pm 3,04$  дней. Во 2-ой группе его продолжительность в среднем составила  $11,18 \pm 5,51$  дней в интервале от 3 до 27 дней.

Сопоставление средней длительности психотического периода при различных синдромальных вариантах ОППР позволило констатировать: бредовая симптоматика купируется достаточно быстро – в среднем за  $6,7 \pm 2,28$  суток в 1-ой и за  $7,29 \pm 2,55$  суток во 2-ой группе. Обратное развитие психоза во всех синдромальных вариантах оказалось короче на 1-3 дня у пациентов 1-ой группы. Причиной тому является наличие более длительных психотических эпизодов во 2-ой группе. Длительность госпитализации у пациентов 1-ой группы составила  $28,14 \pm 17$  дней, во 2-ой группе она была более продолжительной и составила  $48,16 \pm 26,31$  дней (p<0,01).

В ходе лечения в круглосуточном стационаре 75% (27) пациентов 1-ой и 60,8% (56) 2-ой группы сразу удалось назначить наиболее подходящий для них нейролептик. Атипичные антипсихотики принимали 41,6% (15) пациентов в 1-ой группе и 34,7% (32) во 2-ой. Типичные антипсихотики – 33,3% (11) исследуемых в 1-ой и 26% (24) во 2-ой. По два нейролептика были назначены 30,5% (11) представителей 1-ой группы и 41,3% (38) пациентов 2-ой группы. Помимо антипсихотиков назначались: антидепрессанты в 33,3% (11) случаях в 1-ой группе и в 29,3% (27) во 2-ой, противосудорожные препараты – 19,4% (7) исследуемых в 1-ой группе и 9,7% (9) пациентов во 2-ой, препараты литья 8,3% (3) представителей 1-ой группы и 5,4% (5) 2-ой.

Перед выпиской врачом-исследователем проводилась оценка эффективности и безопасности терапии по шкале CGI. Случаев побочного действия нейролептиков с выраженным влиянием на деятельность больного в рамках исследования мы не обнаружили. Отсутствие побочного действия мы наблюдали у 69,4% (25) пациентов 1-ой и у 73,9% (68) 2-ой группы. У 25% (9) исследуемых из 1-ой группы и у 16,3% (15) 2-ой побочные действия от получаемых препаратов оказали незначительное влияние на деятельность, у 5,5% (2) пред-

ставителей 1-ой и у 9,8% (9) больных 2-ой – умеренное влияние. При этом отмечалось различное соотношение выраженности терапевтического эффекта.

По данным объективных и субъективных катамнестических сведений после выписки больные регулярно принимали поддерживающую терапию в 86,1% (31) случае в 1-ой и в 80,4% (74) случаях во 2-ой группе. Снижение данного показателя отмечалось на 3-м году наблюдения: число пациентов, принимающих нейролептики, составило 41,6% (15) случаев в 1-ой группе и 32,6% (12) – во 2-ой.

При обследовании пациентов с применением шкалы CGI-S в контингенте 1-ой группы только 5,5% (2) пациентов имели слабо выраженные психические нарушения, во 2-ой группе таких оказалось 16,3% (15). Больных, состояние которых характеризовалось как пограничное, в 1-ой группе оказалось 36,1% (11), во 2-ой – 57,6% (53). Отсутствие психических нарушений констатировано более чем в половине случаев в 1-ой группе – 58,3% (21) наблюдений. Значительно меньше во 2-ой – у 26% (24) пациентов. Согласно шкале CGI-S, чем выше тяжесть заболевания на момент выписки, тем вероятнее рецидив, т.к. данный показатель имеет прямую среднюю степень взаимосвязи с его дальнейшим течением ( $r_s=0,323$ ,  $p<0,001$ ).

Через год при повторном исследовании по шкале общего клинического впечатления, выяснилось, что в 1-ой группе признаков заболевания у большинства пациентов (80,5%, 29) не обнаруживалось, в пограничном состоянии находились 19,4% (7) больных. Лишь у 7,6% (7) представителей 2-ой группы отмечалась стойкая ремиссия и отсутствие психических нарушений, в 22,8% (21) случаев пациенты находились в пограничном состоянии. Слабо выраженные психические нарушения имели более половины исследуемых 2-ой группы – 55,2% (60), умеренно выраженные – 3,3% (3) исследуемых, значительно выраженные нарушения встретились в 1,1% (1) случаев.

Динамика психического состояния оценивалась на момент выписки и через год после выписки по сравнению с днем поступления по шкале общей оценки динамики психического состояния CGI-I. На момент выписки у пациентов обеих групп мы не наблюдали ни одного случая отсутствия динамики заболевания, либо его ухудшения. Незначительное улучшение было зафиксировано у 2,7% (1) пациентов 1-ой и у 14,1% (13) исследуемых 2-ой группы. Это связано с преждевременной выпиской из стационара по настоянию самих пациентов или их родственников. Существенное улучшение состояния отмечалось у 61,1% (22) представителей 1-ой и у 70,6% (65) – 2-ой группы. Значительное улучшение психического состояния чаще наблюдалось у пациентов 1-ой группы – 36,1% (13) случаев, во 2-ой группе таких оказалось 15,2% (14).

Динамика психического состояния через год после выписки по шкале общей оценки динамики психического состояния CGI-I, показала улучшение состояния у 44,4% (16) пациентов 1-ой и у 10,8% (10) – 2-ой группы. Неизменным состояние оставалось у 27,8% (10) исследуемых 1-ой и 19,6% (18) – 2-ой группы, оно характеризовалось достаточно благоприятным течением. У 69,6% (64) представителей 2-ой группы, по сравнению с моментом выписки, констатировано ухудшение состояния.

Перед выпиской больного из стационара проводилась оценка позитивной и негативной симптоматики. В 1-ой группе данный показатель по субшкале позитивной симптоматики PANSS составил  $12,8\pm0,8$ , во 2-ой группе – показатель оказался более высоким, и составил  $16,98\pm0,9$ . При оценке по субшкале негативной симптоматики PANSS мы получили следующие результаты: в 1-ой группе  $13,33\pm0,83$  балла, во 2-ой  $17,58\pm0,83$ . Результаты статистической обработки материала позволяют констатировать: чем выше данный показатель ( $r_s=0,657$ ,  $p<0,001$ ), тем вероятнее рецидив психотической симптоматики. Средний суммарный балл по шкале позитивной и негативной симптоматики составил у пациентов 1-ой группы  $23,22\pm1,67$ , и значительно выше у пациентов 2-ой группы  $28,67\pm1,68$ .

#### **Реабилитация пациентов, перенесших ОППР.**

Следующим этапом после выявления признаков благоприятного/неблагоприятного течения ОППР стала оценка перспективы формирования различных типов компенсаторно-приспособительной защиты при их взаимодействии с индивидуальными адаптационными возможностями и характером социальных и средовых влияний.

Соотношение типов компенсаторно-приспособительной защиты у пациентов, перенесших ОППР, представлено следующим образом: пациенты с компенсаторно-приспособительной защитой типа «гуттаперчевой защитной капсулы» – в 1-ой группе – 83,3% (30), во 2-ой – 30,4% (28); пациенты с компенсаторно-приспособительной защитой типа «экологической ниши» – у 13,9% (5) пациентов в 1-ой и у 23,9% (22) больных во 2-й группе; пациенты с компенсаторно-приспособительной защитой типа «социальной оппозиции» – только у 19,56% (18) пациентов 2-ой группы; пациенты с компенсаторно-приспособительной защиты типа «укрытия под опекой» – у 2,8% (1) представителя 1-ой группы и у 26,1% (24) пациентов 2-ой.

Оценка типов адаптации исследуемых показала, что интегративный тип адаптации преобладает у пациентов 1-й группы: 86,1% (31) пациентов в 1-ой и 14,1% (13) во 2-ой группе. Деструктивный тип характеризуется низкими клиническими и социальными показателями, он преобладал во 2-й группе – встречался в трети случаев, у 38% (35) пациентов, в 1-ой группе больных с подобным типом адаптации обнаружено нами не было. Экстравертный тип адаптации также характеризуется низкими клиническими показателями, чаще встречался во 2-ой (у 32,6% (30) пациентов) и значительно реже исследуемых в 1-ой группе (у 11,1% (4)). Интравертный тип, как и два предыдущих, также более характерен для пациентов 2-ой группы – 15,2% (14) случаев, против 2,7% (1) в 1-й группе.

Был проведен анализ понимания родственниками причин возникновения болезни во всех 146 семьях исследуемых. Лишь в 4,1% (6) случаях родственники верно трактовали и понимали причину возникновения психоза. Беспечно и легковесно оценивали болезнь в 37,7% (55) семей, переоценивали ситуацию 41,1% (60) семей.

Платформа реабилитации для исследуемых строилась с учетом совокупности полученных данных о внутренних и внешних саногенных и патогенных предпосылок адаптации и типа индивидуальной компенсаторно-

приспособительной защиты. На данном этапе 128 исследуемых были разделены на две группы: А (n=75) – пациенты, которые в дальнейшем проходили реабилитационные мероприятия по предложенной нами схеме, Б (n=53) – исследуемые, которые по ряду причин не смогли участвовать в реабилитации.

Пациенты группы А в рамках оказываемой медико-реабилитационной помощи были разделены на 4 подгруппы согласно с типом индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты. Работа в подгруппах строилась в зависимости от саногенных и патогенных (внешних и внутренних) предпосылок адаптации, степени выраженности негативных расстройств в постпсихотическом периоде, от типа компенсаторно-приспособительной защиты. Мероприятия строились с учетом комплексного подхода, наряду с психиатром привлекались психотерапевты, медицинские психологи и специалисты по социальной работе. Для каждого пациента на основании его клинического, психологического и социального диагноза были разработаны индивидуальная программа реабилитации.

1А. Пациенты с индивидуальной компенсаторно-приспособительной защитой по типу «гуттаперчевой капсулы» - 25 исследуемых из 1-ой и 18 из 2-ой группы. Наблюдение осуществлялось ежемесячно в течение первого полугода после выписки, и каждые 3-6 месяцев в последующем. Для данных пациентов, как правило, было характерно своевременное, без дополнительных напоминаний, и систематическое посещение врача, дисциплинированное выполнение рекомендаций. Прием поддерживающей терапии после первого психотического эпизода антипсихотиками в виде монотерапии, без предпочтений в отношении групп нейролептиков, осуществлялся в течение 5 лет. Для пациентов данной группы был характерен отказ от приема поддерживающей терапии. Применялся комплексный подход с обязательным включением психотерапевтического вмешательства и работы с родственниками.

2А. Пациенты с индивидуальной компенсаторно-приспособительной защитой по типу «экологической ниши» - 3 исследуемых из 1-ой и 9 из 2-ой группы. В данном случае наблюдение также осуществлялось ежемесячно в течение первого года после выписки, и каждые 3-6 месяцев в дальнейшем. Антипсихотическая монотерапия проводилась в течение 5 лет. Социально-психологическая помощь оказывалась с необходимым усилием в отношении рационального трудоустройства. Проводилась работа с родственниками, направленная на коррекцию социальных установок. При необходимости применялась терапия семейных отношений.

3А. Пациенты с индивидуальной компенсаторно-приспособительной защитой по типу «социальной оппозиции» - 7 исследуемых из 2-ой группы. Наблюдение осуществлялось ежемесячно в течение первого года после выписки, и в дальнейшем каждые 3 месяца. Длительность приема нейролептиков составила 5 лет, чаще рекомендовались атипичные нейролептики в виде монотерапии. В ходе психосоциальной работы с пациентами данной подгруппы основной упор делался на коррекции отношений к окружающим в семейном и профессиональном кругу.

4А. Пациенты с индивидуальной компенсаторно-приспособительной защитой по типу «укрытия под опекой» - 13 человек из 2-ой группы. Здесь

исследуемые нуждались в активной и систематической поддержке, наблюдались ежемесячно в течение первого года после выписки, в дальнейшем каждые 3 месяца. Работа с больным проводилась при помощи назначенных предварительно «опекунов» или «наставников». Длительность приема нейролептиков в данной подгруппе составила 5 лет. Препаратами выбора являлись атипичные антипсихотики. Упор делался на социализацию пациентов при содействии органов социального обеспечения и учреждениями со специально созданными условиями социально-трудовой реабилитации.



Рис. 1. Платформа реабилитации пациентов, перенесших ОППР

Значения общего балла оценки по шкале PSP в обеих группах (А и Б) пациентов колебались к началу данного исследования от 41 до 81 (от значительных затруднений в нескольких областях, либо выраженных в области, оценивающей агрессивное поведение и до полного отсутствия нарушений функционирования). В группе А – от 41 до 81, а в группе Б – от 45 до 81.

Средний балл по шкале PSP к началу реабилитации в группе А составил  $58,63 \pm 10,54$ , а в группе Б -  $58,41 \pm 9,96$ . То есть уровень социального функционирования в обеих подгруппах оказался приблизительно одинаковым, что подтверждается статистически ( $p>0,05$ ).

Через год значения общего балла оценки по шкале PSP в обеих группах (А и Б) пациентов колебались от 56 до 97 (от полного отсутствия нарушений функционирования во всех четырех основных областях до значительные затруднения в определенных областях (а-с и д)). Средний общий балл по шкале PSP составил в группе А  $77,03 \pm 1,09$  - небольшие затруднения в одной или более областях а-с. В группе Б средний общий балл по шкале PSP составил

64,72±8,17 – заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях а-с или небольшие проблемы в области д.

Анализ динамики данного показателя у пациентов обеих групп показал положительную тенденцию: средний балл в группе А и Б по шкале социального функционирования вырос, но в группе А на 18±14,15, а в группе Б лишь на 5,9±1,76, чаще всего за счет пациентов с благоприятным течением заболевания. При статистической обработке полученных данных было выявлено, что средний балл по шкале PSP у пациентов группы А достоверно выше, чем средний балл у пациентов группы Б ( $p<0,01$ ). Таким образом, уровень социального функционирования у пациентов, проходивших психосоциальную реабилитацию на основе разработанной нами платформы, оказался выше, что является свидетельством целесообразности использования при реабилитации пациентов, перенесших ОППР.

Полученные результаты показывают, что ОППР – клинически неоднородная и гетерогенная группа. Каждый из вариантов течения ОППР имеет свои преморбидные, социodemографические, а также клинико-динамические, терапевтические и адаптационные особенности, что доказывает необходимость персонализированного ведения каждого пациента с таким диагнозом. Немаловажное значение имеет оценка роли экзо- и эндогенных факторов в развитии и трансформации клинических проявлений данной психической патологии. Это позволит своевременно диагностировать и назначать своевременную и адекватную терапию. Использование описанных саногенных факторов (отсутствие наследственной отягощенности, благоприятная семейно-трудовая позиция до заболевания, благоприятная клиническая картина, адекватное социальное функционирование, адекватная медикаментозная терапия, компенсаторно-приспособительная защита типа «гуттаперчевой капсулы») при проведении реабилитационных мероприятий в отношении данных пациентов может привести к заметному увеличению эффективности реабилитационных воздействий.

## ВЫВОДЫ

1. При исследовании 128 пациентов с острым полиморфным психотическим расстройством выявлены предиспонирующие факторы, определяющие течение заболевания:

А. Средний возраст манифестиации заболевания составляет 29 лет.

Б. В большей степени заболеванию подвержены мужчины.

В. Преморбидные личностные особенности больных главным образом являются характерологическими, лишь в 5,5% случаев были психопатологическими личностями.

Г. Различия в преморбидных особенностях у пациентов представлены в признаках: употребление ПАВ ( $p<0,01$ ), употребления алкоголя ( $p<0,01$ ).

2. Преобладание в клинической картине первого психотического эпизода паранойяльного бреда ( $p<0,01$ ) и выраженной аффективной симптоматики достоверно ( $p<0,01$ ) предопределяет благоприятное, а параноидного бреда ( $p<0,01$ ) и негативной симптоматики ( $p<0,01$ ) – неблагоприятное течение ОППР.

3. Выявлены клинические особенности и различия в группах, в соответствии с исходом заболевания:

А. В группе без рецидива психотической симптоматики преобладал паранойяльный вариант с острым чувственным бредом; отсутствовал интерпретативный бред; тенденция к систематизации бреда не доходила до его расширения; наблюдалась выраженная и изменчивая аффективная симптоматика, выраженность витальных расстройств. На момент выписки по шкале CGI-I – у 61,11% отмечалось существенное улучшение состояния, показатель позитивной симптоматики PANSS составил 12,8±0,8, негативной - 13,33±0,83;

Б. В группе с неблагоприятным течением преобладали параноидный, кататонно-параноидный, парафранный и полиморфный варианты с нарушениями мышления, элементами негативизма в поведении, явлениями деперсонализации, малой выраженностью аффективных расстройств. На момент выписки по шкале CGI-I – у 70,65% показатель позитивной симптоматики PANSS составил 16,98±0,9, негативной - 17,58±0,83.

4. Установлены диагностические и прогностические критерии последующего развития шизофрении у пациентов, перенесших ОППР:

А. Наличие в клинической картине параноидной ( $p<0,01$ ), кататонопараноидной, парафранный и полиморфной симптоматики;

Б. Присутствие в клинической картине заболевания таких симптомов ( $p<0,05-p<0,01$ ), как бред инсценировки (47,05%), интерпретативный, ипохондрический бред (58,82%), малая выраженность аффективных расстройств, неадекватность эмоциональных реакций, нелепости, элементы негативизма (41,18%).

В. Формальный характер и низкая оценка болезненных переживаний по выходу из психотического состояния ( $p<0,01$ ).

Г. Отсутствие в анамнезе эпизодов употребления психоактивных веществ ( $p<0,01$ ); Д. Отсутствие в анамнезе эпизодов злоупотребления алкоголем до манифестиации заболевания ( $p<0,01$ );

Е. Высокий показатель негативной симптоматики: по шкале PANNS, более 17( $p<0,01$ );

Ж. Тяжесть заболевания на момент выписки по шкале CGI – 3 балла и более ( $p<0,01$ ).

5. Критериями стабилизации состояния и благоприятного типа адаптационных возможностей больных в виде интегративного типа адаптации является отсутствие наследственной отягощенности, благоприятный семейный и трудовой фон, паранойяльный вариант заболевания, критическая оценка болезненных переживаний, невысокий показатель негативной симптоматики по шкале PANSS, терапевтически эффективная медикаментозная терапия без побочных действий.

6. Сформирована и успешно апробирована платформа реабилитации, включающая мероприятия, варьирующие в зависимости от саногенных и патогенных предпосылок адаптации, с учетом типа индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты пациентов. Улучшение уровня социального функционирования пациентов прошедших реабилитацию на основе разработанной ОППР.

тантной платформы выражается в достоверно высоком среднем общем балле по шкале PSP ( $77,03 \pm 1,09$ ;  $p < 0,01$ ).

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИТОГАМ ВЫПОЛНЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. При оказании помощи пациентам с острыми полиморфными психотическими расстройствами необходимо учитывать возможность развития повторного приступа шизофренической структуры после редукции ОППР. Наибольшая частота рецидивирования выявлена в первые два года после редукции ОППР, в связи с чем необходимы постоянное наблюдение данных пациентов специалистами амбулаторной службы и продолжительный прием поддерживающей терапии после клинической редукции ОППР не менее чем два года.

2. При прогнозировании исхода ОППР следует учитывать преморбидные особенности, клинико-динамические характеристики острого психотического состояния и остаточную симптоматику в постпсихотическом периоде

3. При ведении больных ОППР более широко использовать PANSS и CGI-I для комплексной оценки прогноза течения процесса и адаптационных возможностей пациентов.

4. Более широко использовать оценку адаптационных возможностей пациентов с учетом саногенных и патогенных предпосылок с целью проведения персонализированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

5. Предложенная нами платформа реабилитации пациентов, перенесших острое полиморфное психотическое расстройство, показавшая свою эффективность, может использоваться в дальнейшем в ходе проведения медико-реабилитационных мероприятий, в том числе в клиниках первого психотического эпизода.

6. Результаты исследования расширяют возможности своевременной и адекватной диагностики ОППР, обследования и организации терапевтического процесса, способствуют повышению уровня психического здоровья и качества жизни пациентов и могут использоваться в практической деятельности, как врачей психиатров, клинических психологов, так и врачей первичного звена здравоохранения.

## ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.

Выявление биологических маркеров ОППР; дальнейшие клинические исследования патологии; поиск новых прогностических критериев течения и исхода заболеваний данного круга; изучение эффективности и безопасности новых антипсихотических препаратов; разработка новых реабилитационных программ на основе платформы реабилитации для пациентов, перенесших острые полиморфные психотические расстройства.

## Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Острые психозы, клинико-эпидемиологическое исследование / Е.О. Кулешова // Молодежь – Барнаул: материалы медицинского раздела XIV научно-практической конференции молодых ученых. – Барнаул: Изд-во ГБОУ

ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», 2012. – С. 68-69.

2. Клинико-динамические особенности острых психотических расстройств / А.Е. Строганов, Е.О. Кулешова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 2 (77). – С. 18-21.
3. Клинико-динамические аспекты острых психозов / Е.О. Кулешова // Сборник трудов победителей и участников XI всероссийской школы молодых психиатров. – Сузdal, 2013. – С. 116-118.
4. Философский анализ концепции происхождения психических заболеваний / Е.О. Кулешова // Сборник научных трудов Сибирского института Знаниеведения «Интеллектуальный потенциал ученых России». – Барнаул – Москва: ИП Колмогоров И.А., 2013. – № 23. – С. 110-112.
5. К проблеме исследования острых психозов / Е.О. Кулешова // Молодежь – Барнаул: материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых. – Барнаул: Изд-во ГБОУ «Алтайский государственный медицинский университет», 2014. – С. 592-594.
6. Проблема исследования острых психозов / Е.О. Кулешова // Вестник РГМУ. – 2015. - №2. - С. 399-400.
7. Некоторые аспекты дифференциальной диагностики при острых психотических расстройствах / Е.О. Кулешова // Научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Б.А. Лебедева «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева», Санкт-Петербург, 15-16 апреля 2015 года, тезисы / Под редакцией Н.Г. Незнанова, Н.Н. Петровой; – Санкт-Петербург. – 2015 – С. 117-119.
8. К проблеме исследования острых психотических расстройств / А.Е. Строганов, Е.О. Кулешова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – С. 72.
9. Синдромальная структура острых психотических расстройств / Е.О. Кулешова // Сборник трудов победителей и участников XII всероссийской школы молодых психиатров. – Сузdal, 2015. – С. 213-216.
10. Некоторые аспекты клинической динамики острых психотических расстройств / А.Е. Строганов, Е.О. Кулешова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 3. – С. 74-77.
11. Дифференциальная диагностика при острых психотических расстройствах/ А.Е. Строганов, Е.О. Кулешова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3(88). – С. 40-43.
12. Некоторые предиктивные критерии в клинической картине острых психотических расстройств / Е.О. Кулешова // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сб. науч. трудов. – Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. – Вып. 14. – С. 278-280.
13. Некоторые предиктивные диагностические и прогностические критерии течения острых психотических расстройств / Е.О. Кулешова // Сборник те-

- зисов XI Международной (ХХ Всероссийской) Пироговской медицинской конференции студентов и молодых ученых. – Москва, 2016. – С. 281-282.
14. Прогнозирование течения острых психотических расстройств на основании их клинических особенностей / Е.О. Кулешова // Первые Корниловские чтения. Современные походы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора А.А. Конилова (Кемерово, 14 апреля 2016г.) / под. ред. Н.А. Бохана. – Томск; Кемерово: из-во «Иван Федоров», 2016. – С. 134-137.
  15. Предиктивный анализ клинической картины острых психотических расстройств/ Е.О. Кулешова // Материалы III-ей Всероссийской Костромской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья. – Кострома, 2016. – С. 22-25.
  16. О проблеме выздоровления при острых полиморфных расстройствах / Е.О. Кулешова, А.Е. Строганов, Л.В. Лещенко // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – №2 (13) . – Т.3. – С. 76-79.
  17. Взаимодействие аффективных и психотических нарушений в структуре острых полиморфных расстройств / Е.О. Кулешова, А.Е. Строганов // Актуальные вопросы психиатрии/Сборник материалов конференции. – КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева» ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России. – 2016.- С. 69-70.
  18. История исследования острых полиморфных расстройств / Е.О. Кулешова, А.Е. Строганов // I Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики», 25 мая 2016 г., г. Москва. Тезисы. Под общей редакцией доктора медицинских наук А.А. Шмиловича. М. – 2016. – С. 78-80.
  19. **К вопросу выздоровления при острых полиморфных расстройствах/ Е.О. Кулешова // Неврологический вестник.** – 2016. – №2. – Т. XLVIII., – С. 88-91.
  20. Аффективные нарушения в структуре острых полиморфных расстройств / Е.О. Кулешова, А.Е. Строганов // Психические расстройства шизофренического и аффективного спектров: вопросы диагностики терапии, коморбидности: материалы второй научно-практической конференции с международным участием, посвященной Всемирному дню Биполярного расстройства. Москва, 15 апреля 2016 г. / отв. ред. д.м.н. проф. И.А. Зражевская – Москва, РУДН, 2016. – С. 158-162.
  21. Анализ постпсихотического периода после перенесенного острого полиморфного расстройства / Е.О. Кулешова, А.Е. Строганов, Л.В. Лещенко // Актуальные вопросы клинической психиатрии и наркологии. Сборник трудов Всероссийской конференции психиатров «ПСИХИАТРИЯ – ЛЮБОВЬ МОЯ!», посвященной памяти профессора А.О. Бухановского и 25-летию ле- чебно-реабилитационного научного центра «ФЕНИКС» – Ростов-на-Дону. Изд-во ООО «ЛРНЦ «ФЕНИКС», 2016, С. 319-322.
  22. Адаптационные возможности пациентов, перенесших острое полиморфное расстройство / Е.О. Кулешова, А.Е. Строганов, Л.В. Лещенко // Актуальные вопросы психического здоровья: сборник научных трудов. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – Вып. 6. – С. 70-74.
  23. Проблема суицидов при острых полиморфных расстройствах / Е.О. Кулешова, А.Е. Строганов, Л.В. Лещенко // IV ежегодного психиатрического форума «психиатрия, наркология, психотерапия, психосоматика и клиническая психология: вместе или порознь?» - Москва: ООО «СИНАПС», 2016. – С. 34-35.
  24. Реабилитационные возможности пациентов, перенесших острое полиморфное расстройство расстройств / Е.О. Кулешова, А.Е. Строганов // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник тезисов Юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 35-летию НИИ психического здоровья и 125- летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 1 ноября 2016 г.) и II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии», посвященной памяти академика В. Я. Семке (Томск, 2 ноября 2016 г.) / под редакцией члена-корреспондента РАН Н. А. Бохана. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2016. – Вып. 18. – С. 91-92.
  25. **Некоторые особенности терапии острых полиморфных психотических расстройств / Е.О. Кулешова, А.Е. Строганов // Практическая медицина, 2017. – №. 1 (102), Т. 2. – С. 48-50.**
  26. Острые психозы как проблема здоровья современного человека / Е.О. Кулешова // Физическая культура, спорт и проблемы здорового образа жизни в системе медицинского образования: Материалы всероссийской научно-практической конференции, посвященной Дню российской науки. Москва, 26-28 февраля 2018 г. Сборник научных трудов; в двух частях. – Часть вторая: Педагогические, биомедицинские и гуманистические проблемы теории и практики физической культуры, спорта и здоровья в системе медицинского образования / Под общей редакцией П. Г. Воронцова, В. Б. Мандрикова, Е. В. Ушаковой. – Барнаул – Москва: Изд-во ФГБОУ ВО «АГМУ» МЗ России, 2018. – 198-201.