

О.Г. Сыропятов¹, Н.А. Дзеружинская², Ю.Н. Астапов³

О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ШИЗОФРЕНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

¹Украинская военно-медицинская академия,²Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины,³Главный военно-медицинский клинический центр, г. Киев**Ключевые слова:** преклинический этап шизофрении, ранняя диагностика, военно-врачебная экспертиза.

В настоящее время для постановки диагноза психического расстройства используется международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). При создании МКБ-10 разработчики исходили из прагматических задач международных научных контактов и медицинской статистики, считая, что она не подменяет собой существующие национальные классификации и достижения клинической практики. По данным В.А. Жмурова [2], множество психопатологических феноменов отбрасывается, так как они не проходят строгого отбора на пригодность для диагностики конкретной болезненной единицы. Если практически полезными оказываются всего 10–15% симптомов, а все прочие лишаются значения и смысла, то это никак не добавляет уважения к господствующей ныне практике. На современном уровне знаний нозологически ориентированный методологический подход в области создания международных классификаций не сформирован. Отмечается, что «применение высоких технологий при отсутствии сочетания с благоразумным клиническим подходом, которым должны владеть специалисты в области психиатрии, будет представлять собой унылое, серое и, возможно, бесплодное зрелище». Многие достижения клинического классического психиатрического подхода незаслуженно «забываются», а психиатры классического направления выглядят ретроgrадами в глазах современного поколения врачей-психиатров. В отечественной психиатрии сложилась парадоксальная ситуация. С одной стороны, активно внедряется «доказательная медицина», а с другой — происходит экспансия спекулятивного психоанализа. N.C. Andreasen отмечает, что «психоанализ способствовал значительному уменьшению роли тщательного наблюдения за объективными и субъективными проявлениями заболевания у пациента, что являлось основой для психиатров раннего гуманистического периода, в частности для развития феноменологии. Действительно, согласно психоаналитическому подходу симптомы и внутренний опыт пациента должны игнорироваться, а психоаналитику для выявления истины необходимо было обнаружить глубинные причины, скрывающиеся за жалобами больного» [7].

Операциональные критерии шизофрении не позволяют своевременно диагностировать это заболевание и проводить раннюю терапию. Следует подчеркнуть, что диагностические критерии включают только

некоторые характерные симптомы заболевания и не предназначены для всестороннего описания болезни, а используются лишь в качестве инструмента, с помощью которого было бы возможно поставить диагноз. Самая главная проблема, над которой работают разработчики будущей классификации МКБ-11 — это разграничение нормы и патологии. Требуется установить различия между патологическим и нормальным психологическим функционированием. Кроме того, следует уточнить диагностические категории и значения одномоментных (поперечных) диагнозов в сравнении с лонгитудинальными (продольными). Возвращение к анализу алгоритмов течения заболевания расширяет возможности психиатрической классификации [3].

Согласно эпидемиологическим данным частота инициальных расстройств перед манифестным приступом составляет 76,6% у мужчин и 63,3% у женщин [6]. Наличие многолетних доманифестных расстройств при шизофрении отмечали такие классики психиатрии, как G.Huber (в 21–30% наблюдений), O.Bumke (в 70%), E.Bleuler (в 75 %) [5]. Исследования, проведенные в клинике, со всей очевидностью показывают, что в подавляющем большинстве случаев (по данным В.М. Шаманиной, в 88%) развитию приступов периодической шизофрении предшествует ряд изменений психической деятельности, которые могут быть с достаточным основанием отнесены к симптомам доманифестного инициального периода [4]. В работе Т.Ю. Воробьевой выделяется 2 типа доманифестных расстройств при приступообразно-прогредиентной шизофрении: 1) с доманифестными расстройствами, как проявлениями вялого течения с психопатоподобной, невротоподобной и аффективной симптоматикой, постепенным расширением круга позитивных симптомов и нарастанием негативных личностных изменений малой прогредиентности; 2) с доманифестными эпизодами в рамках диатеза, характеризующимися наличием черт конституциональных личностных аномалий с развитием на их фоне бесследно обходящихся «форпост-синдромов», невротических, аффективно-реактивных, психогенных и фазных образований [1]. Для ранней диагностики шизофрении плодотворным является феноменологический подход, вытесненный в современных классификациях операциональными критериями. После того, как Н.С. Rümke описал чувство шизофрении (прекокс-гефюль) в отношении раннего слабоумия,

J. Wyrsch провів глибокий аналіз цього інтуїтивно-го розпознавання пацієнтів, страждальних шизофренією. По мнению J. Wyrsch, це чутство ґрунтовано не тільки на особливостях мимики, жестів або мотивів, а на цілостній модальності буття, визначеному способом «существования в мире и причастности к нему», включаючому час, простір, відношення з іншими людьми, т.е. онтологічний аспект людського існування [8].

Структурно-динамічний і феноменологічний підходи, плідно використані в вітчизняній психіатрії, вимагають свого відродження. Особливо важливим є структурно-динамічний підхід в ранній діагностиці шизофренії. Динамічне розуміння шизофренії дозволяє нам виділити в течії цього захворювання три основні періоди:

1) початковий, якому во багатьох випадках передідує «преклінічна»/доманіфестна стадія, коли у хворого повільно наростає психопатологічна симптоматика, мало характерна для шизофренії. Ця стадія в подальшому сменяється стадією вираженого «маніфестного» періоду, характеризується формуючоюся симптоматикою, не укладаючоюся ще в яку-небудь «класическу» форму шизофренії;

2) середній період розвернутих клінічних форм шизофренії;

3) пізній період — період існування шизофренії.

С точки зору ранньої діагностики найбільший інтерес представляє доманіфестний, початковий, «преклінічний» період. Накоплені нами дані багаторічних спостережень і висновки, почерпнуті з літератури, дозволили нам уточнити деякі критерії ранньої діагностики шизофренії.

Визначеному увагою заслуговує своєобразні риси психіки батьків хворого: нерідко вони не можуть зрозуміти або допустити, що їх дитина хворіє. Проявляють недовіру до пояснень лікаря і пошукам, як вони вважають, «істинних» причин захворювання дитини. Своєобразие психіки батьків проявляється в амбівалентному відношенні до військової служби. При маніфестації психічних розладів вони надіються, що військова служба «виправить» їх сина і приховують минулі у нього в минулому психічні епізоди. Некритическе ставлення батьків до захворювання дитини проявляється також в спробі трактувати виниклі маніфестні прояви захворювання як результат неуставних відносин серед військовослужбовців з послідовними кверулянтськими діями.

Першими і найбільш постійними клінічними проявами є порушення продуктивності. Новобранці не можуть оволодіти знаннями і навичками курсу молодого бійця. Вивчаєму матеріал погано виробляється, елементарні військові вимоги виконуються з трудом. Произвольне тривале напруження і зосередження уваги не покращує продуктивності. В деяких випадках у хворих можна відзначити невизначеність або невизначеність мислення, відображену в тих труднощах, які більшість відчуває при спробах словесних формулювань своїх переживань або при рас-

критті значення прислів'їв і приказок. Дуже частим, але декілька пізнім симптомом, є своєобразна скарга на «наплив думок». Ця ситуація характеризується тим, що у хворих постійно «вертяться» в голові один і той же «сюжет», всі часи розвиваєму більшим в достатньо різноманітних варіантах. Ця ситуація може бути більш вираженою в період засипання. Хворі розуміють непотрібність подібних висновків і їх безплідність. По своєму змісту ці думки на відволіченні теми. Іноді ці думки «о житті» або «містическі». В деяких випадках ці феномени відображаються в письмовій продукції хворих. В відміння від навязчивостей ці психопатологічні прояви позбавлені «непереможності» і афективної насиченості. Вони скоріше афективно безрозличні і порожні, але пацієнти пасивно їх приймають.

Сенсорні порушення в доманіфестній шизофренії не настільки виражені (вербальні галюцинації, псевдогалюцинації), як в наступному періоді розвитку захворювання. Видне місце серед перших скарг займають скарги на «розлад зору». У всіх хворих вони дуже схожо формулюються в достатньо різноманітних визначеннях: хворі заявляють, що вони «стали бачити як через туман», «у них перед очима сітка», «марля», «муля в очах». Відчуття ці мають дуже стійкий і наполегливий характер, хворі віддають їм багато уваги, так як звичайно вони переживаються ними як дуже неприємні. По приводу цих відчуттів пацієнти нерідко звертаються до офтальмолога. В деяких випадках у них відзначаються дуже невизначені дифузні скарги загального характеру на «загальну розбитість», «тошнотність». Іноді ці переживання приймають вибуховий характер — більшість відчуває на «переливання змісту черепу в залежності від положення голови».

Одною з перших по часу і достатньо інтенсивною є скарга хворих на неприємні відчуття з боку серця, формулюєму звичайно як «тяжкість в області серця», «жогіння в серці», «серцебиення», «заморозка серця», «болі в серці». В своєму словесному оформленні ці скарги нагадують «невроз серця», що визначає діагноз інтерністів: «вегетосудинна дистонія по кардіальному типу». Однак, в відміння від невротических хворих, хворі шизофренією відносяться до своїх відчуттів пасивно, не «сопротивляються» їм, як би сживаєсь з своїми відчуттями. Нерідко вони відрицательно відносяться до передбачуваного дослідження і лікування. Ці скарги суттєво відрізняються від кардіофібічного синдрому, а саме тим, що не мають зв'язу з зовнішніми подіями, монотонні, позбавлені страху, супроводжуються неадекватними емоціями і небажаністю звертатися за медичною допомогою.

Наряду з згаданими кардіальними скаргами у розглядаєму хворих відзначаються і скарги на «затруднення дихання», «одышку», «чутство стиснення в грудній клітці», «відсутність відчуття повноти вдиху». Слід відзначити, що, по нашим даним, більшість шизофренією властивий нерегулярний тип дихання, асинхронний з частотою їх пульса.

Несколько более поздним, приходящимся уже на границу преклинического и выраженного начального периода, является своеобразное переживание больным изменения самого себя. Иногда этот феномен выражается лишь в симптомах «боязнь смотреть в зеркало» или «не люблю фотографироваться». По своей психопатологической структуре данные симптомы близки к еще более позднему симптому «отчуждения», когда больному все окружающее кажется «изменившимся», чужим, «странным».

Эмоциональные расстройства являются облигатными в преклинической стадии шизофрении. Выраженные эмоциональные нарушения на этой стадии заболевания проявляются в виде вяло-депрессивных или тревожных состояний. Характерная особенность тревожных состояний — сочетание тревоги и растерянности. В ряде случаев тревога связана со смутным ощущением надвигающейся катастрофы. При этом больные погружены в свои переживания и в силу этого внешне выглядят «безразличными», «примороженными». Сослуживцы обычно замечают, что пациенты при разговоре с ними как будто «отсутствуют». «Маскированные» эмоциональные нарушения проявляются при клиническом психиатрическом исследовании. У больных можно отметить повышенную чувствительность, обидчивость по незначительным поводам, вегетативную лабильность при внешне «спокойном» состоянии.

Нарушения волевых актов и поведения чаще всего способствуют социальной декомпенсации больных. Можно выделить следующие виды нарушенного поведения в дебюте шизофрении: а) вялое и безынициативное поведение с последующим углублением аутизма; б) поведение с односторонней активностью и «активной ипохондрией»; в) поведение с импульсивной наркоманией или алкоголизмом; г) неожиданные немотивированные правонарушения (парагномен) или д) неожиданное суицидальное поведение.

Развитие симптоматики на преклиническом/доманифестном этапе развития шизофрении отличается полиморфизмом и незавершенностью клинической картины. Эти состояния трудно квалифицировать как в клиническом, так и в экспертном аспекте. Упрощенный «поперечный» взгляд на состояния пациента вынуждает устанавливать такие диагнозы, как «патологическое расстройство адаптации», «декомпенсация патохарактерологических черт характера», «невротическое состояние» или «расстройство личности».

Вместе с тем, даже при скудной клинической картине следует различать процессуальные признаки для вынесения правильного экспертного решения при проведении военно-врачебной экспертизы. В заключениях экспертов следует отмечать процессуальный характер выявленных расстройств и квалифицировать их как «неврозоподобные» или «шизотипические». Установление процессуальных клинических симптомов как проявление «тяжести» состояния должно определять решение в пользу увольнения таких военнослужащих из вооруженных сил.

Таким образом, современный уровень знания и использование международных классификаций недостаточны для точной квалификации процессуальных психических расстройств на преклинической стадии шизофрении. Игнорирование опыта классической психиатрии и феноменологический подход остаются значимыми методами ранней диагностики психических расстройств, в частности шизофрении. Выявление доманифестных признаков шизофрении определяет военно-врачебное экспертное решение в пользу увольнения таких военнослужащих из вооруженных сил.

Литература

1. Воробьева Т.Ю. Шубообразная шизофрения с доманифестными расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.: НЦПЗ РАМН, 1996. — 9 с. (<http://www.psychiatry.ru/diss.php?dissnum=83>)
2. Жмуров В.А. Психические нарушения. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 1016 с.
3. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнакова и др. — М.: ГЕОТАР — Медиа, 2009. — 1000 с.
4. Шаманина В.М. Об основных закономерностях развития и течения циркулярной шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М.: Институт психиатрии АМН СССР, 1966. — 28 с.
5. Шизофрения: мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1972. — 400 с.
6. Шмаснова Л.М., Либерман Ю.И., Ротштейн В.Г. Популяционные закономерности возникновения и течения эндогенных психозов как отражение их патогенеза // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1985. — Т. 85, № 8. — С. 1184–1191.
7. Andreasen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders и отмирание феноменологии в Америке: пример непредвиденных последствий (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — Т. 9, № 4. — 8 с.
8. Wyrsch J. Uber die Intuition bei der Erkennung des Schizophrenen // Schweiz. Med. Wochenschr. — 1946. — № 46. — S. 1173–1176.

ПРО РАННЮ ДІАГНОСТИКУ ШИЗОФРЕНІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

О.Г. Сиропятов, Н.О. Дзеружинська, Ю.М. Астапов

Виділено доклінічний етап розвитку шизофренії з характерними соматичними, когнітивними, емоційними та поведінковими ознаками. Пропонується оцінювати цю симптоматику як «процесуальну» та виносити рішення про звільнення цих військовослужбовців при проведенні військово-лікарських експертиз.

Ключові слова: доклінічний етап шизофренії, рання діагностика, військово-лікарська експертиза.

ABOUT EARLY DIAGNOSTICS OF THE SCHIZOPHRENIA AT MILITARY MEN

O.G. Syropyatov, N.A. Dzeruzhinskaja, Ju.N. Astapov

It is allocated preclinic stage of development of schizophrenia with characteristic somatic, cognitive, emotional and behavioral signs. It is offered to estimate this semiology as «remedial» and to pass the decision on dismissal of these military men at carrying out of military-medical examinations.

Key words: preclinic stage of schizophrenia, early diagnostics, military-medical examination.

Поступила 11.09.2009