

УДК 616.895.8-036.86.22

## ЗНАЧЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА В КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЯХ РЕЦИДИРОВАНИЯ И ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Ахроров А.А., Зиядуллаев Ш.Х., Имамов А., Имамов Ш.А.  
Самаркандская областная психиатрическая больница

### ХУЛОСА

**Тадқиқот мақсади.** Хуружсимон параноид шизофрения рецидивлари ва трансформацияқонуниятларида гендер факторнинг аҳамиятини ўрганишдир.

**Манба ва методик услуб.** Клиник-психопатологик услуб билан хуружсимон параноид шизофрения ташҳиси қўйилган 89 (26-49 ёш) бемор тадқиқот қилинган. Беморлар умумий ҳисобда 281 хуруж ўтказган, яъни ҳар бир беморга 3,15 хуруж тўғри келади.

**Муҳоқима.** Хуружсимон параноид шизофренида рецидивлар сони ва психопатологик синдромлар трансформацияси хуружлар ошиб борган сари гендер фактор билан узвий боғлиқлик борлигини кўрсатади. Хуружсимон параноид шизофренида рецидив ва трансформация шаклланишининг янги назарий концепцияси таклиф этилди: гендер фактор касалликнинг умумий клиник-патогенетик жараёнига ўзига хос ўзгартришлар киритади.

**Хулоса.** Гендер омил хуружсимон параноид шизофрения рецидивлари сони ва клиникасининг трансформациясига маълум даражада таъсир ўтказади.

**Қалит сўзлар:** шизофрения, рецидив, параноид, хуруж, трансформация, гендер, омил, клиника, хусусиятлар.

Вопрос изучения влияния гендерного фактора на клинико-патогенетические закономерности рецидивирования и трансформации приступообразной параноидной шизофрении (ППШ) является одной из актуальных задач современной психиатрии [1,2,5,8]. В этом плане клинико-патогенетические исследования позволяют выделить наиболее общие патогенетические закономерности рецидивирования и трансформации психопатологии ППШ с учётом гендерных факторов [3,4,11]. Трансформация клинических синдромов в процессе рецидивирования диктует необходимость изучения наиболее общие закономерности влияния гендерного фактора на эти процессы при ППШ. Клинико-психопатологические исследования позволяют предсказать возможные варианты смены синдромов и частоты рецидивов при ППШ [9,10,12].

### SUMMARY

**The aim of the study.** To study the influence of the gender factor on the features of recurrence and transformation of paroxysmal paranoid schizophrenia.

**Material and methods.** The clinical and psychopathological method was used to study 89 inpatients with paroxysmal paranoid schizophrenia aged 26-49 years who had 281 psychotic attacks, i.e. 3.15 cases per patient.

**Result.** The general pattern of recurrence of paroxysmal paranoid schizophrenia is the probability of transformation of psychopathological syndromes of the first attack in subsequent ones ( $P < 0.002$ ). This indicates the existence of particular deviations in pathogenetic mechanisms associated with the influence of the gender factor in paroxysmal paranoid schizophrenia.

**Conclusion.** The given clinical differences by gender, being statistically insignificant in a single psychotic attack, nevertheless have the character of a pattern in subsequent relapses in paroxysmal paranoid schizophrenia ( $P < 0.002$ ).

**Keywords:** schizophrenia, relapse, transformation, clinic, pathogenesis, gender, factor, differences.

Изучаемой проблеме посвящены отдельные исследования, однако в них не учтены влияния гендерного фактора на патогенетический процесс рецидивирования и трансформации клинических синдромов ППШ [6,7]. Таким образом, в отечественной и зарубежной литературе проблеме изучения клинико-патогенетических закономерностей рецидивирования и трансформации клиники ППШ с учётом гендерных факторов уделено недостаточное внимание.

**Целью работы** является установление роли гендерного фактора в клинико-патогенетических процессах рецидивирования и трансформации психопатологических синдромов при ППШ.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование посвящено изучению закономерности рецидивирования и трансформации

ППШ. В этом аспекте рассматривалась корреляционная закономерность предшествующих психотических приступов с последующими и вероятные пути их трансформации. Клинико-психопатологическим методом обследовано 89 больных (мужчины - 51 б-х в возрасте 26-49 лет, женщины 38 б-х 31-59 лет) ППШ в возрасте 26-59 лет, перенесших 281 психотический приступ, т.е.3,15 случаев на каждого больного. Статистическому анализу было подвергнуто до 8 рецидивов включительно у больных ППШ, а последующие приступы не были учтены из-за недостаточного их количества. По длительности заболевания картина была следующая: мужчины-3-5 лет 16 б-х, 6-10 лет-25 б-х, 11 и выше 10 больных; женщины-3-5 лет-7 б-х, 6-10 лет-23 б-х, 11 лет и выше -8 б-х. По трудоспособности наши данные показывают, что инвалидность имела у мужчин 24 б-х (47,2%), женщины-14 б-х (36,4%). Следует подчеркнуть, что относительная низкая нетрудоспособность у женщин

по сравнению с мужчинами объясняется поздним обращением женщин за психиатрической помощью и более сохранностью социально-трудовой адаптации в семье. По семейному положению мужчины имели семью в 79,3 %, а женщины в 52,3%. Это указывает, что мужчины чаще разводятся с больной женой.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Следует отметить, что в зависимости от пола клиническая картина имела существенное различие: у мужчин преобладали психические расстройства в сфере мышления галлюцинаторно-параноидные синдромы, а у женщин дебют начинался с псевдоневротических, навязчивых переживаний, в последующем присоединялись эмоциональные, ипохондрические и аффективно- бредовые идеи при ППШ. Изучение корреляционной связи между числом рецидивов и трансформацией клинических форм в последующих приступах выявило некоторые вероятностные закономерности рецидивирования ППШ.

Таблица 1

**Изменение числа приступов у больных мужчин ППШ с нарастанием порядкового номера рецидива**

Порядковый № приступа	Число приступов	Удельный вес трансформации в последующих рецидивах 0(%)	P	Динамика сохранности клинического синдрома 1-го приступа в последующих рецидивах 0(%)	p
1	51				-
2	39	24,3%	<0,002	75,7	<0,002
3	28	45,1%	<0,003	54,9	<0,002
4	21	58,9%	<0,002	41,1	<0,003
5	15	69,6%	<0,002	29,4	<0,002
6	11	78,5%	<0,003	21,5	<0,003
7	8	84,3%	<0,002	15,7	<0,002
8	6	88,3%	<0,003	11,7	<0,002
Итого: 178					

Примечание: 1-й приступ не считается рецидивом

В табл. № 1 приведены клинико-патогенетические закономерности рецидивирования ППШ у больных мужчин и трансформация первоначального синдрома по мере нарастания количества приступов. Расчёт вёлся с 2-го приступа по отношению к первому. Так, например, бредовый синдром 1-го приступа претерпевает изменений во 2-м в 24,3 % случаев, в 3-м- в 45,1 % случаев, в 4-м в 58,9 %, в 5-м приступе - в 69,6 % случаев и т.д. Это указывает, что начиная со 2-го приступа, вероятность трансформации клинического синдрома первого приступа в последующих рецидивах закономерно увеличивается у больных мужчин ППШ (P<0,003). Необходимо подчеркнуть, что, с нарастанием порядкового номера рецидива бредовый синдром закономерно подвергается трансформации, но у определённого числа больных мужчин, независимо от числа рецидивов, клиническая картина сохраняется при ППШ (P<0,002). Динамика сохранности клинического синдрома 1-го приступа в последующих рецидивах показала следующее: во 2-м 75,7% случаев, 3-м-54,9%, 4-м-41,1%, в 5-м-

29,4%, 6-м-21,5% случаев и т.д. Следовательно, по нашему мнению, в патогенетическом механизме сохраняется очаг стереотипии, который воспроизводит первоначальную клиническую картину независимо от количества рецидивов, трансформаций и влияния гендерного фактора у больных ППШ. Следует отметить, что выраженность бредового синдрома, его влияние на поведение больных, эмоциональная насыщенность, стремление доказать свою правоту ложными фактами по мере нарастания частоты рецидивов, постепенно утрачивает свою актуальность у больных ППШ. Это связано не только с частотой рецидивов и трансформацией бредовых высказываний, но и происходящими негативными изменениями (дефектами) в эмоционально волевой сфере: больные пассивно высказывают отрывочные бредовые идеи и не пытаются доказать.

Аналогичный подход был применён к изучению динамики рецидивирования и трансформации клинического синдрома первого приступа у больных женщин ППШ (Таблица № 2). Следует отметить, что аффек-

тивно-бредовый синдром 1-го приступа трансформируется 31,6% во втором рецидиве; в 3-м в 57,9 % случаев, в 4-м в 73,7%; в 5-м приступе-86,9% и в 6-м приступе в 92,1% случаев. Следовательно, начиная со 2-го приступа, вероятность трансформации первоначальной клинической формы в последующих рецидивах закономерно увеличивается у больных женщин ППШ. Необходимо подчеркнуть, что сохранность аффективно-бредового синдрома первого приступа начиная со 2-го по 6-й рецидив уменьшилась в 8,5 раз (с 68,4% до 7,9%  $P < 0,003$ ). Таким образом, можно с уверенностью констатировать, что, несмотря на увеличение числа рецидивов и трансформации клинического синдрома, у определённого числа больных женщин ППШ первоначальная психопатологическая картина сохраняется. Следует особо отметить, что, по нашему мнению, в структуре патогенетическо-

го механизма сохраняется очаг стереотипии, который несмотря на влияние гендерного фактора, частоты рецидивов и трансформации воспроизводит первоначальную клиническую картину по типу «клише» при ППШ. Особенность клинической картины у больных женщин заключается в том, что у них психоз начинается с псевдоневротических, ипохондрических, аффективных расстройств и поэтому они длительное время находятся вне поле зрения психиатров. С присоединением бредовых высказываний родственники бывают вынуждены обращаться за психиатрической помощью. Следует подчеркнуть, что у женщин часто включается в бредовый синдром идеи ревности. Таким образом, с увеличением числа рецидивов и трансформации аффективных переживаний, бредовых высказываний постепенно утрачивается актуальность при ППШ.

Таблица 2

**Изменение числа приступов у больных женщин ППШ с нарастанием порядкового номера рецидива**

№ приступа	Число приступов	Удельный вес трансформации в последующих рецидивах(%)	P	Динамика сохранности 1-го клинического синдрома в последующих рецидивах(%)	p
1	38				-
2	26	31,6%	0,002	68,4	<0,001
3	16	57,9%	0,003	42,1	<0,002
4	10	73,7%	0,001	26,3	<0,001
5	5	86,9%	0,002	13,1	<0,003
6	3	92,1%	0,003	7,9	<0,002
Итого: 98					

Примечание: 1-й приступ не считается рецидивом

При трансформации психопатологической картины первого приступа в последующих рецидивах можно наблюдать клинические особенности, свойственные только больным женщинам при ППШ ( $P < 0,001$ ). Это указывает на существование определённой патогенетической закономерности, которая обеспечивает сохранность первоначального синдрома в последующих рецидивах у определённого числа больных женщин ППШ. Но в тоже время отдельные элементы внешних схожеств и различия клинической картины предыдущего сохраняется в последующих приступах у больных женщин при ППШ.

Для всех приступов различие приведённых теоретических и реальных вероятностей находится на уровне статистической значимости ( $p > 0,05$ ). Таким образом, полученные данные дают основание полагать, что динамика клинических характеристик психотических приступов по мере нарастания количества рецидивов обнаруживает закономерную связь с клинической картиной предшествующих приступов при ППШ. Следовательно, смена синдромов в последующих приступах не случайное явление, а закономерность патогенетического механизма, обусловленного влиянием гендерного фактора при ППШ. На эту корреляционную закономерность может опираться клиницист в своих теоретических суждениях о про-

гнозе частоты рецидивов и трансформации первоначального клинического синдрома в последующих приступах у больных ППШ. Обнаруженные патогенетические закономерности свидетельствуют об относительной устойчивости клинических синдромов при последующих рецидивах у больных ППШ.

Рассмотренные клинико-патогенетические закономерности позволяют сформулировать некоторые теоретические положения относительно рецидивирования и трансформации психопатологических синдромов ППШ. Необходимо подчеркнуть тот факт, что независимо от количества рецидивов и трансформации в последующих приступах обнаруживается тенденция к сохранению предшествующей клинической картины у больных ППШ.

Обобщая полученные новые данные необходимо подчеркнуть, что выявленная нами корреляционная закономерность даёт теоретическую информацию для суждений о роли гендерного фактора в трансформации клинического синдрома 1-го приступа в последующих рецидивах при ППШ. Следовательно, с теоретических позиций можно утверждать, что вероятность трансформации клинического синдрома первого приступа с увеличением числа рецидивов нарастает как у мужчин, так и у больных женщин ППШ. Таким образом, с каждым рецидивом не начи-

нается новый патогенетический процесс, а последующие привносят характерные изменения, связанное с полом больных при ППШ.

В качестве наиболее общей закономерности следует констатировать, что начиная со 2-го рецидива вероятность трансформации психопатологического синдрома первого приступа как у мужчин, так и у женщин нарастает, а число рецидивов последовательно уменьшается ( $P < 0,002$ ). Приведённые клинические сходства и различия у больных мужчин и женщин, будучи статистически не значимыми в отдельно взятом психотическом приступе, тем не менее имеют характер закономерности при рецидивах ППШ ( $P < 0,001$ ).

#### ВЫВОДЫ

1. Существенное теоретическое значение имеет предположение о многофункциональности структуры патогенетического механизма, который тесно связан с влиянием гендерного фактора при ППШ.

2. Несмотря на трансформации синдромов в последующих рецидивах сохраняется единство патогенетического механизма, что выражается в воспроизведение первоначального синдрома при ППШ.

3. Выявленные клинико-патогенетические закономерности между гендерным фактором и психопатологическим синдромом даёт возможность прогнозировать вероятность рецидивов и особенности их трансформации в зависимости от пола у больных при ППШ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Искандарова Ж.М., Шарипова Ф.К. Сравнительные характеристики эмоциональной сферы у больных параноидной шизофренией. // Сб. тезисов «Актуальные вопросы психиатрии: интеграция, инновация, модернизация» с междуна. участием, Ташкент. – 2019. – С. 89 .
2. Искандарова Ж.М., Шарипова Ф.К. Анализ гендерных особенностей аффективных расстройств у больных параноидной шизофренией. // Сб.тез. междуна.конфер «XXI век: современный взгляд на психическое здоровье», Ташкент. – 2021. – С.81.
3. Ирмухамедова Т.Б., Абдуллаева В.К. Клинические

аспекты течения параноидной шизофрении у больных с соматоневрологическими нарушениями. Сб. тез. междуна. конфер «XXI век: современный взгляд на психотическое здоровье». – Ташкент. – 2021. – С. 76

4. Мирзаев А.А, Аграновский М.Л., Долимов М.А. Тип дебюта приступообразной шизофрении и социально-трудовой прогноз. // Сб.тез. междуна.конф «XX век: современный взгляд на психотическое здоровье». Ташкент. – 2021. – С.77
5. Мрыхина В.В., Солдаткин В.А., Машкина Е.В., и др. Современные теории этиологии шизофрении. // Сб. тез. «Актуальные вопросы психиатрии: интеграция, инновация, модернизация» с международным участием // Ташкент. – 2019. – С.63
6. Проценко И.В., Зиньковский А.К. Особенности социального функционирования мужчин и женщин, больных параноидной формой шизофрении // Мат. XIV съезда психиатр России. // Москва. – 2005 г. – С. 79
7. Магзумова Ш.Ш. Сравнительное эпидемиологическое исследование больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. // Москва. – 1998. – № 1. – С. 110-112.
8. Булейко А.А. Выраженность структурных нарушений мышления у больных шизофренией, сочетающихся алкогольной зависимостью с учётом гендерных характеристик // Наркология. – Москва. – 2017. – № 6. – С. 67-69 .
9. Шмилович А.А. Параноидная шизофрения с сенсорными автоматизмами // Независимый психиатр. журнал.-Москва. – 2001. – № 1. – С.35-55.
10. Bazarbaeva Z. Social factors of the repeated socially-dangerous action risk in people sick with schizophrenia // Medical and Wealth Science Journal. // – 2010. – vol. 2. – P. 91-94.
11. Swanson J.W. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia // Archives of General Psychiatry // – 2006. – vol. 63. – P. 490-499.
12. Janhar S, Laws K in alles. Relapse prevention in schizophrenia // Lancet Psychiatry. – 2022. – №9. – PMID. – P.353-357.