

А. И. Краюшкин, Н. Я. Оруджев, Е. А. Ванюшина, А. В. Кожанов

Волгоградский Государственный Медицинский Университет,
кафедра анатомии человека; кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии,
психиатрии – наркологии ФУВ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОГО СКРИНИНГОВОГО МЕТОДА ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕФЕКТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

УДК 616.895-07

В данной работе рассматривается взаимосвязь рефлекторной активности лица с наличием и течением различных форм шизофрении. Ставилась задача проследить зависимость растормаживания и выраженности этих рефлексов у больных в остром периоде заболевания, а также у больных в исходном состоянии.

Ключевые слова: психиатрия, анатомия, рефлексы, патология, шизофрения.

A. I. Krayushkin, N. Ya. Orudzhev, E. A. Vanyushina, A. V. Kozhanov

THE FIRST EXPERIENCE OF USING A NEW SCREENING METHOD FOR IDENTIFYING DEFECT STATES IN SCHIZOPHRENIA

This paper examines the relationship between person's reflex activity with the presence and flow of various forms of schizophrenia. The task was to trace the interdependence of disinhibition and the expression of these reflexes by patients in the acute period of the disease, and patients in the initial state.

Key words: psychiatry, anatomy, reflexes, pathology, schizophrenia.

При анализе литературных источников мы не нашли информации об изучении взаимосвязи рефлекторной активности лица с наличием и течением различных форм шизофрении, поэтому сочли интересным представить первый опыт использования скринингового метода выявления дефектных состояний данной патологии.

Шизофрения является хроническим психическим эндогенным прогрессивным заболеванием, возникающим, как правило, в молодом возрасте. Продуктивная симптоматика при шизофрении весьма разнообразна, однако общим свойством всех симптомов являются внутренняя противоречивость, нарушение единства психических процессов (схизис). Негативная симптоматика выражается в отчетливом нарушении процессов мышления и прогрессирующих изменениях личности с нарастанием замкнутости (аутизм), потерей интересов и побуждений, эмоциональным оскудением. В исходе заболевания при неблагоприятном течении формируется глубокий апатико-абулический дефект («шизофреническое слабоумие»).

Многообразие клинических проявлений различных психических заболеваний нередко создает исключительные трудности при определении нозологической принадлежности той или иной психопатологической симптоматики [1, 7]. К сожалению, в психиатрии, в отличие от других медицинских областей, меньше возмож-

ностей для применения инструментальной техники, позволяющей непосредственно изучать пораженный патологическим процессом орган – мозг [3].

В связи с этим вопрос разработки новых методов диагностики в психиатрии представляется особенно актуальным [4, 6].

Уже в начале XX в. ученые занимались поиском взаимосвязи рефлекторной активности лица с наличием и течением психических заболеваний. А. Л. Эпштейн (1928), Э. Р. Финкельштейн (1930), А. Г. Стойко (1935) – исследовали хоботковый рефлекс. И. О. Нарбутович (1938), М. В. Пескова (1955), Б. А. Соколов (1969) исследовали 5 рефлексов лица: назо-пальцеобразный, назо-лабиальный, назо-ментальный, хоботковый и лабио-ментальный. Этими авторами было установлено, что у больных шизофренией те или другие рефлексы лица растормаживаются.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Было изучено 9 рефлексов лица у 180 больных шизофренией (на базе ГБУЗ «ВОПБ № 1») и 30 здоровых людей (группа студентов). При этом ставилась задача проследить зависимость растормаживания и выраженности этих рефлексов у больных в остром периоде заболевания, а также у больных в исходном состоянии.

Первая группа (119 чел.) включала больных с параноидной формой (96 чел.), гебефренической (1 чел.), кататонической (2 чел.), простой (20 чел.).

Вторая группа (61 чел.) включала больных с исходным дефектным состоянием. Для вызывания рефлексов мы пользовались общепринятой методикой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В процессе исследования мы выявили рефлекс, который вызывается постукиванием молоточком в области надбровных дуг, лобных бугров или сосцевидных отростков и других точек черепа и проявляется сокращением мышц подбородка – иррадиированный ментальный рефлекс [5].

В соответствии с силой сокращения мышц регистрировалась выраженность рефлекса: «+» – слабо выраженный, «++» – умеренно выраженный, «+++» – резко выраженный.

Проведенное нами исследование показало, что у большинства больных шизофренией растормаживаются те или иные рефлексы лица. Лишь у 32 человек (26, 9 %) больных первой группы мы не встретили ни одного из исследуемых рефлексов и среди 30 обследованных здоровых лиц не было обнаружено ни одного из этих рефлексов.

Из обследованных 119 больных в остром периоде рефлекс Маринеску–Родовичи был расторможеном у 35 человек (29, 4 %), а из 61 больного в исходном состоянии – у 31 человека (50,5 %), рефлекс Хвостека был расторможеном, соответственно, у 19 (16 %) и 25 человек (40,8 %), скуловой – у 20 (16,8 %) и 24 человека (39,1 %), мандибулярный – у 3 (2,5 %) и 16 человек (26,1 %), хоботковый – 55 (46,2 %) и 58 (94,5 %) больных, лабио-ментальный – 27 (22,7 %) и 37 (60,3 %), назо-ментальный – у 7 (5,9 %) и 24 (39,1 %), назо-лабиальный – у 3 больных и у 16 (26,1 %). Иррадиированный ментальный рефлекс из 119 больных в остром периоде заболевания не был отмечен ни у одного пациента, а из 61 больного в исходном состоянии этот рефлекс растормозился у 19 человек (31 %).

Из приведенного сопоставления видно, что рефлексы лица у больных шизофренией в исходном состоянии растормаживаются гораздо чаще, чем в остром периоде. Назо-ментальный рефлекс растормозился в 6,6 раза чаще, назо-лабиальный рефлекс – в 14 раз чаще, хоботковый рефлекс растормозился в 2 раза чаще. Иррадиированный ментальный рефлекс, который мы исследовали впервые, встречается только среди больных с исходным

состоянием – в 31 % случаев. Это свидетельствует об определенной специфичности данного феномена, как одного из неврологических признаков дефектного состояния у больных шизофренией.

Необходимо подчеркнуть, что рефлексы лица у больных шизофренией в дефектном состоянии не только значительно чаще растормаживаются, чем это имеет место у больных в остром периоде заболевания, но и интенсивность этих рефлексов является более резко выраженной у больных в исходном состоянии, чем у больных в остром периоде заболевания.

Для иллюстрации приводим интенсивность растормаживания трех рефлексов лица, которые наиболее часто встречались у больных обеих групп.

Из тех 35 больных в остром периоде, у которых был расторможеном рефлекс Маринеску–Родовичи, в слабо выраженной степени он встречался у 31 человека (88,6 %), в умеренно выраженной степени – у 4 человек (11,4 %), в резко выраженной степени не наблюдался ни у одного больного. Из 31 больного в исходном состоянии, где был расторможеном этот рефлекс в слабо выраженной степени, он наблюдался у 17 человек (54,8 %), в умеренно выраженной степени у 1 человека (3,9 %) и в резко выраженной степени – у 13 человек (41,3 %).

Из 55 больных первой группы, у которых был расторможеном хоботковый рефлекс, в слабо выраженной форме он встречался у 28 человек (50,9 %), в умеренно выраженной степени – у 24 человек (43,6 %), в резко выраженной степени – у 3 человек (5,5 %). Из 58 больных второй группы, где был расторможеном этот рефлекс в слабо выраженной степени, он наблюдался у 15 человек (25,8 %), умеренно выражен – у 30 человек (51,7 %), резко выражен – у 13 человек (22,5 %).

Лабио-ментальный рефлекс у больных в остром периоде заболевания был расторможеном у 27 человек. Из них у 16 человек он имел слабо выраженную интенсивность (59,2 %), умеренно выраженную интенсивность – у 11 человек (40,8 %), ни у одного больного этот рефлекс в остром периоде заболевания не был резко выраженным. Этот же рефлекс (лабио-ментальный) в исходном состоянии был расторможеном у 37 больных, из них в слабо выраженной степени он наблюдался у 17 человек (45,9 %), умеренно выраженной степени – у 17 человек (45,9 %), резко выраженной степени – у 3 человек (8,2 %).

Из приведенного сопоставления растормаживания рефлексов лица по их интенсивности видно, что у больных в остром периоде все

эти рефлексy за исключением хоботкового достигаюT лишь умеренно выраженной степени; в резко выраженной степени был расторможенным только один хоботковый рефлекс, но это наблюдалась очень редко – только у 55 человек. У больных же в исходном состоянии растормаживание этих рефлексов в резко выраженной степени встречалось гораздо чаще (22,5 % – хоботковый, 41,3 % – Маринеску–Родовичи и т. д.).

Выводы:

1. У больных шизофренией отмечается появление ряда рефлексов лица, которые в норме у здоровых людей не встречаются.

2. У больных шизофренией с исходом в дефект рефлексy лица обнаруживаются чаще и выражены они более интенсивно, чем у больных в остром состоянии.

3. Растормаживание иррадиированного ментального рефлексy является одним из признаков, указывающих на неблагоприятное заТяжное течение шизофрении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из сделанных выводов, мы можем отметить актуальность проведенного исследования и продолжить работу в данной области, так как психиатрическая диагностика направлена на определение не только нозологической принадлежности, стадии развития и типа течения заболевания, но и его прогноза в отношении жизни, выздоровления, трудоспособности и полноценной интеграции в общество [2; 8].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ванюшина, Е. А.* Диагностические сложности и возможные пути коррекции дезадаптации, возникшие вследствие простой шизофрении / Е. А. Ванюшина, О. В. Поплавская, Н. А. Черная // Дезадаптация различного генеза и пути ее фармакологической коррекции / матер. I науч.-практич. конференции с международным участием. – 2015. – С. 29–30.
2. *Ванюшина, Е. А.* Диагностические сложности и возможные пути коррекции дезадаптации, возникшие вследствие простой шизофрении / Е. А. Ванюшина, О. В. Поплавская, Н. А. Черная // Фармация и фармакология. – 2015. – № 5s. – С. 29–30.
3. *Взаимосвязь* рефлексорной активности лица с наличием и течением различных форм шизофрении / А. И. Краюшкин [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2018. – № 1.
4. *Диагноз* и диагностика в психиатрии // Газета «Новая психиатрия». – 2010. – № 1. – С. 6–7.
5. *Жданок Д. Н.* Клинико-коммуникативные нарушения и социальная дезадаптация при параноидной шизофрении / Д. Н. Жданок // Автореферат дис. канд. мед. наук. — Томск: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, 2013.
6. *Оруджев, Н. Я.* Актуальные проблемы современной психиатрии / Н. Я. Оруджев, О. В. Поплавская // Вестник Волгоградского Государственного Медицинского Университета. – 2013. – № 4 (48). – С. 8–11.
7. *Поплавская, О. В.* Общая психопатология / О. В. Поплавская, Ю. Ю. Осадший. – Волгоград, 2013. – 91 с.
8. *Orudjev, N. Ya.* The problem of the importance of complementary of clinical and legal regulators work with mentally ill people / N. Ya. Orudjev, O. V. Poplavskaya, D. A. Ioannidi // Academic supervisor. – 2016. – Т. 4 (16), № 4 (16). – С. 137–146.