

СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ У ПАЦИЕНТОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Хрящев Александр Валерьевич, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный врач, ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Россия, 414004, г. Астрахань, Началовское шоссе, д. 15, тел.: (8512) 49-13-50, e-mail: okpb@bk.ru.

Петракова Анастасия Валентиновна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414004, г. Астрахань, Началовское шоссе, д. 15, тел.: (8512) 49-13-52, e-mail: petrakova.astrakhan@mail.ru.

Точина Елена Эдуардовна, начальник организационно-методического отдела, ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Россия, 414004, г. Астрахань, Началовское шоссе, д. 15, тел.: (8512) 52-54-41, e-mail: etochina@mail.ru.

Денисова Елена Анатольевна, заведующая детским отделением, ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Россия, 414004, г. Астрахань, Началовское шоссе, д. 15, тел.: (8512) 34-80-67, e-mail: olen6471@yandex.ru.

Гурьева Анна Анатольевна, врач-статистик информационно-аналитического отделения организационно-методического отдела, ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Россия, 414004, г. Астрахань, Началовское шоссе, д. 15, тел.: (8512) 51-15-65, e-mail: anna.guriewa@yandex.ru.

Проведен сравнительный анализ социобиологических и клинико-динамических особенностей пациентов с шизофренией на фоне ранее установленной легкой умственной отсталости. В первой группе (n = 25) шизофрения диагностирована в возрастном диапазоне с 9 до 18 лет, во второй (n = 25) – с 18 до 30 лет. Статистическая значимость результатов определялась с помощью критерия точной вероятности Фишера. Установлено, что в обеих группах наследственная отягощенность алкоголизмом, шизофренией занимала ведущие позиции, у всех пациентов выявлены признаки органического поражения головного мозга. Синдромальные проявления и формы шизофрении в первой группе отличались разнообразием, во второй группе превалировала параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения и нарастающим дефектом, преимущественно с аффективно-параноидными приступами. Выявленные особенности могут быть использованы при разработке лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий в ходе лечения пациентов, страдающих шизофренией.

Ключевые слова: умственная отсталость, наследственная отягощенность, шизофрения, олигофреноподобный дефект, реабилитация.

SOCIAL AND CLINICAL FEATURES OF SCHIZOPHRENIA, OCCURRING IN PATIENTS WITH MENTAL RETARDATION

Khryashchev Aleksandr V., Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia; Chief medical officer Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Astrakhan region, 15 Nachalovskoe highway, Astrakhan, 414004, Russia, tel.: (8512) 49-13-50, e-mail: okpb@bk.ru.

Petrakova Anastasiya V., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Department, Astrakhan State Medical University, 121 Bakinskaya St., Astrakhan, 414000, Russia, tel.: (8512) 49-13-52, e-mail: petrakova.astrakhan@mail.ru.

Tochina Elena E., Head of Department, Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Astrakhan region, 15 Nachalovskoe highway, Astrakhan, 414004, Russia, tel.: (8512) 52-54-41, e-mail: etochina@mail.ru.

Denisova Elena A., Head of Department Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Astrakhan region, 15 Nachalovskoe highway, Astrakhan, 414004, Russia, tel.: (8512) 34-80-67, e-mail: olen6471@yandex.ru.

Gur'eva Anna A., medical statistician, Organizational and Methodical Department, Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Astrakhan region, 15 Nachalovskoe highway, Astrakhan, 414004, Russia, tel.: (8512) 51-15-65, e-mail: anna.guriewa@yandex.ru.

Performed a comparative analysis of the socio-biological, clinical and dynamic peculiarities of patients with schizophrenia, along with a background of previously installed mild mental retardation are as follows. In the first group (n=25) was diagnosed with schizophrenia in the age range from 9 to 18 years old, in the second group (n=25) - 18 to 30 years old. The statistical significance of the results was determined using Fisher's exact probability test. The study found that in both groups of family history of alcoholism, schizophrenia is a leader, in all the patients showed signs of organic brain damage. The syndromic manifestations and forms of schizophrenia in group 1 were diverse, in group 2 prevailed paranoid schizophrenia with episodic type of flow with increasing defect, predominantly affective and paranoid episodes. Identified features can be used in the development of therapeutic and preventive and rehabilitative measures.

Key words: *mental retardation, family history, schizophrenia, oligophrenic like defect, rehabilitation.*

Введение. Умственная отсталость – врожденное или приобретенное в первые годы жизни состояние интеллектуальной недостаточности, которое, согласно проведенным исследованиям [8] и в соответствии с МКБ-10, может сочетаться с другими психическими расстройствами, частота возникновения которых в 3–4 раза выше, чем в общей популяции. Особый интерес для специалистов представляет возникновение у пациентов с умственной отсталостью психотической симптоматики. Неправильное морфофункциональное развитие головного мозга приводит к недостаточности адаптационных возможностей и атипичности психозов разного происхождения, что затрудняет дифференциальную диагностику [4, 10]. Особенно отчетливо это проявляется в раннем возрасте, когда биологические и психические нарушения представляют собой сложный комплекс расстройств. Вероятность развития психозов значительно повышается в связи с гормональной перестройкой в пубертатный период. Определенное значение имеют экзогенные вредности (инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы), психогении, нарушения ликвородинамики. Отечественные психиатры в рамках умственной отсталости выделяют олигофренические психозы, симптоматика которых отличается рудиментарностью и отсутствием эмоциональной дефицитарности [5, 6]. В случае негативных изменений личности по шизофреническому типу, прогрессивного нарастания продуктивной специфической симптоматики диагноз «шизофрения» является первоочередным. Для обозначения таких случаев Е. Краерелін (1910) ввел понятие пфрпрофшизофрении («привитой» шизофрении). А. Глаус (1936) выделил два варианта расстройства: 1) сочетание олигофрении и шизофрении; 2) возникновение шизофрении в раннем детском возрасте с формированием олигофреноподобного дефекта с последующим повторением приступов шизофрении. Если распространенность умственной отсталости зависит от ряда факторов и варьирует от 1–3 до 7 %, то сочетание с шизофренией с учетом исследуемой выборки составляет от 3,7 % и выше [2, 9]. Так, среди подэкспертных с умственной отсталостью, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, количество лиц с выявленной шизофренией составило 18,2 % [9].

Точки зрения на возможность развития шизофрении у пациентов с умственной отсталостью существенно отличались:

- 1) полное отрицание в связи с недоразвитием мозговых структур;
- 2) предположение о том, что имеется отдельная группа заболеваний шизофреническими психозами при умственной отсталости;
- 3) возможность возникновения шизофрении со своеобразной клинической картиной.

Зарубежные исследователи, рассматривая сочетанную патологию у данных пациентов, склоняются к общности патогенетических механизмов при умственной отсталости и шизофрении [10]. В последние годы наметилась тенденция к увеличению случаев шизофрении у пациентов с легкой умственной отсталостью. Среди госпитализированных в ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» до 18 лет с легкой умственной отсталостью в 2011 г. шизофрения была впервые выявлена у 2,4 %, в 2015 г. – у 7,7 %. Следует отметить немногочисленность современных работ, освещающих данную сочетанную патологию, что, возможно, связано с отхождением от диагноза пфрпрофшизофрении. Анализ социальных и клинических особенностей шизофрении, возникшей в разные возрастные периоды у пациентов с умственной отсталостью, важен не только для обоснования единства шизофрении, но в большей мере для разработки программ первичной и вторичной профилактики, предупреждения совершения общественно опасных деяний.

Цель: сравнить социобиологические, клинико-динамические особенности пациентов с шизофренией в разных возрастных группах на фоне легкой умственной отсталости.

Материалы и методы исследования. Изучены сведения медицинской информационной системы «Мед ОС» о пролеченных пациентах в ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» с 1998 по 2015 г. В целях исследования в сплошную выборку были включены пациенты

с первоначально установленным диагнозом в детском и подростковом возрасте «Легкая умственная отсталость», шифр F70 МКБ-10 (IQ 50-69), у которых в дальнейшем диагностирована шизофрения.

Пациенты были разделены на две группы сравнения по 25 человек: в 1 группе шизофрения диагностирована в возрасте с 9 до 18 лет, во 2 группе – с 18 до 30 лет. Средний возраст на момент выявления процессуального заболевания в 1 группе составил $14,9 \pm 2,5$ лет, во 2 группе – $23,3 \pm 4,2$ года. Катамнестически прослежено 14 (56 %) пациентов 1 группы и 20 (80 %) больных 2 группы с длительностью катамнеза более 5 лет (в среднем $10,8 \pm 3,6$ лет), разница в процентном соотношении обусловлена более частой диагностикой шизофрении у пациентов 1 группы в последние 3 года (40 %). Критерии исключения: шизофрения, диагностированная на фоне иной психопатологии, кроме легкой степени умственной отсталости; переезд пациента в другую область.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психологический, статистические (критерий точной вероятности Фишера, двусторонний) с использованием статистического пакета Microsoft Excel 7.0. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст выявления умственной отсталости в 1 группе составил $8,8 \pm 4,0$ лет, во 2 группе – $10,4 \pm 4,4$ лет. Обращают на себя внимание случаи поздней диагностики (старше 14 лет) умственной отсталости: в 1 группе – 2 (8 %) человека, во 2 группе – 6 (24 %) человек из выборки. В первую очередь, они были обусловлены родительским фактором: в одних случаях – безнадзорностью, когда дети после неудовлетворительного обучения в младших классах переставали ходить в школу, в других – нежеланием обращаться к психиатру, с формальным переводом из класса в класс. Примечательна разница между средним возрастом диагностирования умственной отсталости и шизофрении: в 1 группе – 6,1 лет, во 2 группе – 12,9 лет.

Сравнение по гендерному признаку показало преобладание представителей мужского пола во всех группах – по 22 (88 %) человека в каждой, что связано с превалированием лиц мужского пола среди пациентов с легкой умственной отсталостью.

Наследственность по восходящей линии была отягощена синдромом зависимости от алкоголя у 10 (40 %) пациентов 1 группы и 9 (36 %) пациентов 2 группы, нередко злоупотребляли алкоголем оба родителя (12 и 12 %, соответственно). Отрицательное влияние алкогольной зависимости родителей на потомство отмечено многими авторами [1, 3], современные методы исследования позволяют диагностировать онтогенетические изменения мозга плода при алкоголизме матери [7]. Алкогольная зависимость старшего поколения представляет собой не только биологический, но и психологический, и социальный фактор. В связи с тем, что родители находились в местах лишения свободы, были лишены родительских прав, 4 (16 %) детей и подростков 1 группы проживали в учреждениях социального обслуживания, еще 2 (8 %) ребенка воспитывались родственниками. Во 2 группе 4 (16 %) пациента не имели связи с родителями, проживали в доме-интернате.

Шизофрения отмечена в качестве наследственного фактора у 7 (28 %) человек 1 группы и 9 (36 %) пациентов 2 группы. Умственная отсталость у близких родственников зафиксирована у 2 (8 %) человек в 1 группе и у 3 (12 %) пациентов 2 группы. Иные психоневрологические расстройства (органические психические расстройства, эпилепсия, детский церебральный паралич) чаще встречались у пациентов 1 группы – 4 (16 %) больных, во 2 их было 2 (8 %) человека. В отдельных случаях в наследственности наблюдались сочетанные формы психопатологии: злоупотребление алкоголем и шизофрения, умственная отсталость и эпилепсия и др. Не удалось выяснить психопатологическую наследственность у 4 (16 %) пациентов из 1 группы и у 6 (24 %) обследованных 2 группы (табл. 1).

Таблица 1

Психопатологическая наследственность у пациентов

Наследственность	1 группа		2 группа	
	абс.	%	абс.	%
Алкогольная зависимость	10	40	9	36
Шизофрения	7	28	9	36
Умственная отсталость	2	8	3	12
Иные психоневрологические расстройства	4	16	2	8
Не выявлено психопатологической наследственности	4	16	6	24

Примечание: абс. – абсолютные значения

У обследованных 1 группы в наследственности зависимость от алкоголя занимала наибольший удельный вес, во 2 группе зависимость от алкоголя и шизофрения встречались в равной степени.

У пациентов 1 группы шизофрения была диагностирована более чем в половине случаев – у 17 (68 %) больных во время первой госпитализации, во 2 группе – примерно в равной степени

в период первой (12 (48 %) пациентов) и второй (10 (40 %) человек) госпитализации. Распределение пациентов в зависимости от порядкового номера госпитализации, во время которой диагностирована шизофрения, представлено на рисунке 1.

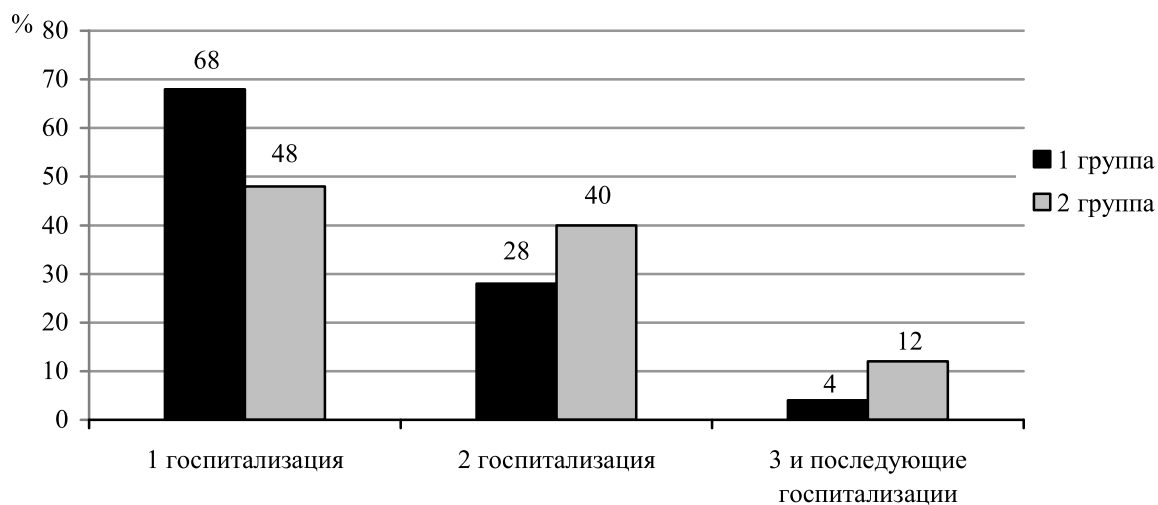


Рис. 1. Количество пациентов с диагностированной шизофренией в 1, 2, 3 и последующих госпитализациях

Шизофрения выявлена во время проведения стационарной военно-врачебной экспертизы у 4 (16 %) пациентов 1 группы и у 1 (4 %) больного 2 группы; в период судебно-психиатрической экспертизы – у 1 (4 %) пациента 1 группы и у 3 (12 %) человек 2 группы. В остальных случаях госпитализации с впервые выявленной шизофренией в 1 группе были вызваны опасностью для себя и окружающих у 18 (72 %) человек: гетероагрессивные тенденции преобладали у 17 (68 %) пациентов, из них у 2 (8 %) больных они сочетались с аутоагрессивными намерениями, у 1 (4 %) пациента отмечались только аутоагрессивные наклонности. Во 2 группе у 11 (44 %) человек в направлении были указаны: гневливость, склонность к драчливости, высказывания угрозы физической расправы; 4 (16 %) пациента заявляли об отказе от приема пищи, высказывали суицидальные намерения.

Среди факторов, предшествовавших развитию процессуального заболевания, следует отметить следующие:

- острые психотравмирующие ситуации с физическим насилием (1 группа – у 3 (12 %) пациентов, 2 группа – у 1 (4 %) человека);
- ситуации эмоционального лишения (1 группа – у 1 (4 %) пациента, 2 группа – у 1 (4 %) человека); (может быть «по 1 случаю (4 %) в каждой группе»)
- имущественные потери (1 группа – у 1 (4 %) пациента, 2 группа – у 2 (8 %) человек);
- среди хронических – алкогольная зависимость членов семьи (1 группа – у 8 (32 %) пациентов, 2 группа – у 7 (28 %) человек).

Общее количество психотравмирующих ситуаций в 1 группе составило 13 случаев (52 %), во 2 группе – 11 (44 %).

При исследовании неврологического статуса у всех пациентов диагностирована полиморфная симптоматика, в редких случаях достигавшая степени энцефалопатии (по 2 случая (8 %) в каждой группе) с повышенным внутричерепным давлением. Среди причин – перинатальные, токсические факторы, черепно-мозговые травмы. Как правило, дети не получали лечения в должном объеме. Результаты электроэнцефалографии были вариабельны – от легких до выраженных диффузных изменений, в ряде случаев выявлена патологическая активность (5 случаев (20 %) – в 1 группе, 5 случаев (20 %) – во 2 группе), пароксизмальная активность без припадков (2 случая (8 %) – в 1 группе, 1 случай (4 %) – во 2 группе).

Помимо органически неполноценной почвы у обследованных на момент диагностирования шизофрении выявлена многочисленная соматическая патология: хронический бронхит (5 человек (20 %) – в 1 группе, 11 человек (44 %) – во 2 группе), туберкулез, нарушения сердечного ритма, хронический гастрит, панкреатит, сахарный диабет, тугоухость, дискинезия желчных путей. Сочетанные формы тяжелой соматической патологии чаще встречались у лиц с весом при рождении

менее 2 200 г. Не выявлено соматических заболеваний у 7 (28 %) человек из 1 группы и у 3 (12 %) пациентов из 2 группы.

Клинические проявления шизофрении у пациентов с умственной отсталостью в 1 группе отличались большим разнообразием. Наиболее часто встречался галлюцинаторный (у 5 пациентов (20 %)) и аффективно-галлюцинаторный (у 4 человек (16 %)) синдромы (в сумме более трети случаев). Аффективно-параноидный, кататонический, психопатопоподобный, полиморфный синдромы выявлены в равных соотношениях (по 3 случая (12 %)), в отдельных случаях клиническая картина была представлена аффективно-парафренным и эмоционально-волевым (дефицитарным) синдромом. Во 2 группе по сравнению с 1 группой наибольшую долю занимал аффективно-параноидный синдром (10 (40 %) человек, $p = 0,02948$, $p < 0,05$), далее шел галлюцинаторный (8 случаев (32 %)), параноидный (3 случая (12 %)); значительно реже встречались аффективно-галлюцинаторный и психопатопоподобный синдромы (табл. 2). Сложных синдромов с развернутой картиной синдрома Кандинского-Клерамбо, патологическим фантазированием в детском возрасте не отмечено. Аффективно-параноидный и аффективно-парафренный синдромы в рамках непрерывного течения шизофрении отличались вторичным характером аффективных проявлений. В целом у пациентов 2 группы чаще, чем у пациентов 1 группы встречались проявления депрессивного спектра (у 4 человек (16 %) 2 группы и у 1 пациента (4 %) 1 группы).

Таблица 2

Синдромальная структура впервые выявленной шизофрении у пациентов с легкой умственной отсталостью

Синдром	1 группа		2 группа	
	абс.	%	абс.	%
Галлюцинаторный	5	20	8	32
Аффективно-галлюцинаторный	4	16	2	8
Аффективно-параноидный	3	12	10	40
Кататонический	3	12	–	–
Психопатопоподобный	3	12	2	8
Полиморфный	3	12	–	–
Аффективно-парафренный	2	8	–	–
Параноидный	–	–	3	12
Эмоционально-волевой	2	8	–	–
Всего	25	100	25	100

Примечание: абс. – абсолютные значения

Формы шизофрении и типы течения в сравниваемых группах имели свои особенности (табл. 3). Наиболее часто в 1 группе диагностировалась параноидная шизофрения (у 15 пациентов (60 %)), в том числе с непрерывным течением (9 случаев (36 %)), с эпизодическим типом течения и нарастающим дефектом (4 случая (16 %)). Кататоническая и «другие формы шизофрении» были представлены в равной степени (по 3 случая (12 %)), в единичных случаях отмечалась недифференцированная, простая шизофрения. Во 2 группе при параноидной шизофрении преобладал эпизодический тип течения с нарастающим дефектом (12 (48 %) человек, $p = 0,01880$, $p < 0,05$), затем непрерывный тип течения – 6 (24 %) пациентов и эпизодическое течение со стабильным дефектом – 6 (24 %) больных.

Таблица 3

Диагностика шизофрении в соответствии с МКБ-10

Классификация шизофрении по МКБ-10	1 группа		2 группа	
	абс.	%	абс.	%
Параноидная шизофрения: непрерывное течение F20.00;	9	36	6	24
эпизодическое течение с нарастающим дефектом F20.01;	4	16	12	48
эпизодическое течение со стабильным дефектом F20.02	2	8	6	24
Кататоническая шизофрения непрерывное течение F20.20	3	12	–	–
Недифференцированная шизофрения F20.3	2	8	–	–
Простая шизофрения непрерывное течение F20.60	1	4	–	–
Другие формы шизофрении F20.8	3	12	–	–
Шизотипическое расстройство F21	1	4	1	4
Всего	25	100	25	100

Примечание: абс. – абсолютные значения

В целом непрерывное течение шизофрении в 1 группе отмечено у 13 пациентов в 52 % случаев (совокупность случаев с непрерывным течением параноидной, кататонической, простой шизофрении), во 2 группе – у 6 пациентов (24 %), но разница оказалась статистически незначимой $p = 0,07921$ ($p > 0,05$). Таким образом, у пациентов 1 группы шизофрения отличалась разнообразием форм, во 2 группе преобладало эпизодическое течение параноидной шизофрении.

Первые признаки процессуального заболевания в случае непрерывного течения шизофрении у пациентов прослеживались за несколько лет до госпитализации в виде садистических наклонностей, аутоагрессивных поступков, уходов и бродяжничества, немотивированных страхов и даже «внутренних голосов». Как правило, родственники не обращались за помощью к психиатру. В ряде случаев пациенты в начале заболевания поступали на стационарное лечение в связи с нарушениями поведения. Уже в этот период в результате патопсихологического исследования выявлялось искажение процесса обобщения с опорой на субъективные, слабые признаки, расплывчатость мышления, снижение эмоционального фона в сочетании с завышенной самооценкой, аутистические тенденции. Повторные госпитализации в 1 группе были обусловлены не только нарушениями поведения, но и обсессивно-фобическими расстройствами, снижением способности к обучению, сужением круга интересов с приобретением сверхценного компонента, замкнутостью, изменениями в игровой деятельности. Дети при наличии игрушек собирали ненужный хлам, играли с ним в одиночестве, избегая окружающих. Возникшие фобии не были обусловлены психогениями: обследуемые пугались любой тени, отказывались спать в темноте, с испуганным выражением лица старались забиться в угол. Отмечались странности в манере одеваться, возникала неумеренность или избирательность в еде, в ряде случаев наблюдались проявления пиромании. Выявленные на данном этапе нарушения мнестической сферы были обусловлены инактивностью внимания, нецеленаправленностью мышления. Снижение психического темпа объяснялось нарушениями мотивационной стороны мышления, уходом в мир собственных переживаний, ограниченностью и обедненностью восприятия. Следующие госпитализации были обусловлены психомоторным возбуждением (гетероагрессивные поступки и намерения как против сверстников, так и взрослых) в сочетании с аутоагрессивными наклонностями (расчесывали до крови лицо, ушные раковины, руки, рвали на себе одежду, стеклом резали кожу, засыпали в уши песок) и явно нелепым поведением (оголялись, испражнениями пачкали стены и др.). Во время обследования дополнительно выявляли слуховые обманы восприятия, которые носили псевдогаллюцинаторный императивный характер.

В случае параноидной шизофрении с эпизодическим течением в анамнезе задолго до выявления шизофрении отмечались транзиторные психотические эпизоды – «зарницы» с аффективно-галлюцинаторной, аффективно-параноидной симптоматикой, когда пациенты резали себе вены, пытались отравиться таблетками. Провоцирующим моментом возникновения психотической симптоматики порой выступали экзогенные факторы.

Результаты катанеза показали наличие криминального опыта у 2 (8 %) человек из 1 группы и у 9 (36 %) пациентов из 2 группы ($p = 0,02102$, $p < 0,05$). Пациенты 2 группы находились на принудительном лечении (в том числе в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением) в связи со свершением: имущественных правонарушений (4 (16 %) человека), деяний против личности (2 (8 %) пациента), правонарушений в сфере оборота наркотических средств (1 (4 %) больной). На активном диспансерном наблюдении состояли 7 (28 %) человек из 2 группы. Несмотря на то что шизофрения в ряде случаев диагностирована во время проведения судебно-психиатрической экспертизы, первые признаки заболевания проявлялись намного раньше. В одних случаях – немотивированной агрессией, протестными реакциями, садистическими наклонностями, угрозами «убить всех» с подробными описаниями действий, в других – уходами из дома, склонностью к бродяжничеству, употреблению психоактивных веществ. Злоупотребляли алкоголем 1 (4 %) пациент из 1 группы и 5 (20 %) пациентов из 2 группы, из них 1 (4 %) человек употреблял еще и наркотические средства.

Количество повторных госпитализаций за годы, отраженные в катанезе, существенно варьировало, в среднем составляло в 1 группе 3–4 госпитализации, во 2 группе – 7–8. Изменения типа течения шизофрении в 1 группе отмечались в единичных случаях как в сторону более тяжелого регистра (с F21 на F20.00), так и стабилизации дефекта (с F20.01 на F20.02). Первоначально диагностированное непрерывное течение шизофрении в дальнейшем не менялось. У 6 (24 %) человек 2 группы тип течения шизофрении изменился в сторону стабилизации расстройства: с F20.00 на F20.01 – 2 случая (8 %) (1/3 от числа случаев с непрерывным течением), с F20.01 на F20.02 – 4 случая (16 %).

В связи с аффективно-волевыми и психопатоподобными расстройствами 4 (16 %) человека 1 группы были инвалидами детства до диагностирования шизофрении, их средний возраст составлял $8,3 \pm 1,4$ лет. По мере прогрессирования заболевания группа инвалидности была установлена 17 (68 %) пациентам 1 группы (средний возраст – $14 \pm 5,2$ лет) и 23 (92 %) больным 2 группы (средний возраст $24,5 \pm 7,9$ лет). В дальнейшем в связи с прогностически неблагоприятным течением шизофрении была определена группа инвалидности без переосвидетельствования 10 (40 %) пациентам 1 группы (средний возраст – $22,7 \pm 3,8$ лет) и 22 (88 %) пациентам 2 группы (средний возраст – $30,4 \pm 7,9$ лет). Не имели группу инвалидности 4 (16 %) человека из 1 группы и 2 (8 %) пациента из 2 группы. Выявленные ранее шизофренические расстройства относились к параноидной шизофрении с эпизодическим течением со стабильным дефектом, шизотипическому расстройству. Большая часть этих пациентов были социально адаптированы, остальные от оформления группы инвалидности отказались.

Заключение. Шизофрения, возникшая в разных возрастных группах, у пациентов с умственной отсталостью имела одинаковые социобиологические особенности. Раннее начало заболевания чаще проявлялось разнообразием клинических форм, при диагностике заболевания у лиц старше 18 лет преобладал эпизодический тип течения параноидной шизофрении, преимущественно с аффективно-параноидной симптоматикой.

При разработке мер первичной и вторичной профилактики шизофрении следует учитывать наличие зависимости от алкоголя, злоупотребления психоактивными веществами, экзогенно-органических поражений головного мозга, а также наследственную отягощенность шизофренией.

Список литературы

1. Бадмаева, В. Д. Роль биологических и социальных факторов в формировании противоправного поведения несовершеннолетних с психическими расстройствами / В. Д. Бадмаева // Психическое здоровье. – 2015. – № 4. – С. 23–29.
2. Гамаюнова, Т. Л. Клинико-возрастная динамика нарушений психического развития, диагностированных как умственная отсталость (по данным судебно-психиатрического катамнеза) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. Л. Гамаюнова. – М., 2007. – 20 с.
3. Детская и подростковая психиатрия : клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю. С. Шевченко. – М. : МИА, 2011. – 928 с.
4. Иовчук, Н. М. Современные проблемы диагностики в детской психиатрии / Н. М. Иовчук // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013. – № 2. – С. 30–34.
5. Макаров, И. В. Клиника и классификация олигофренических психозов у детей / И. В. Макаров // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – № 1–2. – С. 28–32.
6. Психиатрия : национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
7. Солонский, А. В. Морфологические закономерности ранних стадий развития головного мозга в условиях пренатальной алкоголизации : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Солонский. – М., 2008. – 40 с.
8. Hemmings, C. P. Schizophrenia spectrum disorders in people with intellectual disabilities / C. P. Hemmings // Curr. Opin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 19. – P. 470–474.
9. Morgan, V. A. Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness : population-based study / V. A. Morgan, H. Leonard, J. Bourke, A. Jablensky // The British Journal of Psychiatry. – 2008. – Vol. 193, № 5. – P. 364–372.
10. Rabia, K. A mentally retarded patient with schizophrenia / K. Rabia, E. M. Khoo // Malays. Fam. Physician. – 2008. – Vol. 3, № 3. – P. 146–150.

References

1. Badmaeva V. D. Rol' biologicheskikh i sotsial'nykh faktorov v formirovanii protivopravnogo povedeniya nesovershennoletnikh s psikhicheskimi rasstroystvami [The role of biological and social factors in the formation of illegal behavior of minors with mental disorders]. Psikhicheskoe zdorov'e [Mental Health]. 2015, no. 4, pp. 23–29.
2. Gamayunova T. L. Kliniko-vozrastnaya dinamika narusheniy psikhicheskogo razvitiya, diagnostirovannykh kak umstvennaya otstalost' (po dannym sudebno-psikhiatricheskogo katamneza) Avtoreferat dissertatsii kandidata meditsinskikh nauk [Clinical and age dynamics of mental development disorders, diagnosed as mental retardation (according to forensic catamnesis). Abstract of thesis of Candidate of Medical Sciences]. Moscow, 2007, 20 p.
3. Detskaya i podrostkovaya psikhiatriya: Klinicheskie lektsii dlya professionalov [Child and Adolescent Psychiatry: Clinical lectures for professionals]. Ed. Yu. S. Shevchenko. Moscow, MIA, 2011, 928 p.
4. Iovchuk N. M. Sovremennye problemy diagnostiki v detskoj psikhiatrii [Modern problems of diagnosis in child psychiatry]. Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov [Journal of Mental Health of Children and Adolescent], 2013, no. 2, pp. 30–34.

5. Makarov I. V. Klinika i klassifikatsiya oligofrennykh psikhozov u detey [Clinical presentations and a classification of oligophrenia psychoses in children]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry], 2014, no. 1-2, pp. 28–32.
6. Psikiatriya: natsional'noe rukovodstvo [Psychiatry: national guidance]. Ed. T. B. Dmitrieva, V. N. Krasnov, N. G. Neznanov, V. Ya. Semke, A. S. Tiganov. Moscow, GEOTAR-Media, 2009, 1000 p.
7. Solonskiy A. V. Morfologicheskie zakonomernosti rannikh stadiy razvitiya golovnogo mozga v usloviyakh prenatal'noy alkogolizatsii. Avtoreferat dissertatsii doktora meditsinskikh nauk [Morphologic patterns of the early stages of brain development in the context of prenatal alcohol abuse. Abstract of thesis of Doctor of Medical Sciences]. Moscow, 2008, 40 p.
8. Hemmings C. P. Schizophrenia spectrum disorders in people with intellectual disabilities. Curr. Opin. Psychiatry, 2006, vol. 19, pp. 470–474.
9. Morgan V. A., Leonard H., Bourke J., Jablensky A. Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. The British Journal of Psychiatry, 2008, vol. 193, no. 5, pp. 364–372.
10. Rabia K., Khoo E. M. A mentally retarded patient with schizophrenia. Malays. Fam. Physician, 2008, vol. 3, no. 3, pp. 146–150.