

специфической восходящей активирующей системы мозгового ствола и диэнцефальной области.

Подчеркивая значение наследственности в происхождении дизонтогенеза центральной нервной системы у больных шизофренией, не следует игнорировать роль внешних патогенных влияний, которые могут способствовать проявлению наследственного предрасположения к болезни или служить поводом к декомпенсации имеющихся изменений головного мозга. Представляют интерес наблюдения, показывающие, что в семьях больных шизофренией патология беременности и родов при рождении пробандов встречается в 3 раза чаще, чем при рождении sibсов. Не было установлено связи акушерской патологии с проявлением у sibсов свойств «шизофренического спектра». Эти данные позволяют предположить, что патогенные воздействия на центральную нервную систему плода при родах (асфиксия, родовая травма) могут способствовать проявлению в фенотипе наследственно обусловленных признаков манифестного заболевания, но сами по себе они не определяют развития шизофрении и непсихотических вариантов «шизофренического спектра» [8].

Возможно, что проявлению эндогенного предрасположения к шизофрении, находящего свое отражение, в частности, в аномальных структурно-функциональных свойствах головного мозга, способствуют и многие «стрессовые» воздействия на более поздних этапах онтогенеза, приводя к функциональной декомпенсации эндогенно измененного мозга. Изучение механизмов такой декомпенсации представляет собой одну из актуальных задач в изучении патогенеза шизофрении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Афонская Л. С. и соавт. Журн. невропатол. и психиатр., 1972, в. 12.
2. Вартамян М. Е. Там же, 1970, в. 1. — 3. Менделевич Д. М. Там же, 1971, в. 7. — 4. Медведкова Т. Г. Нейрофизиологическое исследование армина при лечении им больных шизофренией и в эксперименте на животных. Автореф. канд. дисс., Казань, 1973. — 5. Орлова Т. Н., Фролова А. М. В сб.: Фармакология и токсикология фосфорорганических соединений и других биологически активных веществ. Казань, 1969. — 6. Сайфуллина А. К., Файзуллин М. Х. Материалы симпозиума: Сон и его нарушения. М., 1972. — 7. Чудновский В. С., Галимов И. Х., Шмакова М. А. В сб.: Материалы научн. конф. по клинической генетике. М., 1971. — 8. Шмакова М. А. О роли генетического фактора в происхождении шизофрении с непрерывным течением. Автореф. канд. дисс., Казань, 1972.

Поступила 15 марта 1974 г.

УДК 616.895.8

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Канд. мед. наук Д. Г. Еникеев*

*Кафедра психиатрии (зав. — канд. мед. наук Д. Г. Еникеев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Лечение шизофрении — самого распространенного и тяжелого психического заболевания — продолжает оставаться одной из важнейших задач современной психиатрии. До настоящего времени в литературе продолжают дискуссии о влиянии широкого применения психотропных препаратов на результаты терапии, на социально-трудовой прогноз и др. Нами была сделана попытка уточнить некоторые вопросы эффективности лечения больных шизофренией психотропными средствами в комплексе с реабилитационными мероприятиями как в стационаре, так и во внебольничных условиях.

Было установлено, что психотропные препараты улучшили показатели эффективности лечения больных шизофренией. При внедрении

психофармакотерапии по сравнению с периодом инсулинотерапии в 2 раза увеличился охват больных лечением. Отмечен большой процент повторных поступлений в период психофармакотерапии — до 73 в 1960 г. Увеличение регоспитализации нельзя полностью отнести за счет нейролептической терапии. Повторные поступления больных шизофренией во многом зависели от мероприятий, направленных на профилактику рецидива.

Суммарная эффективность терапии, независимо от применяемых методов лечения, лучше при рекуррентной форме, что, по всей вероятности, объясняется особенностями клиники, течения, прогноза этой формы шизофрении; терапия приступообразно-прогредиентной и непрерывной шизофрении требует к себе иного, более дифференцированного подхода.

Рекуррентная форма одинаково хорошо поддавалась как инсулинотерапии, так и лечению психотропными средствами. Спонтанные ремиссии по сравнению с терапевтическими были более низкого качества, начиная с 1-го приступа наблюдались ремиссии с дефектом. Аналогичные данные получены нами при изучении трудоспособности у этих больных.

При приступообразно-прогредиентной шизофрении выявлено преимущество психофармакотерапии: после первого приступа отмечались ремиссии А, Б, С у 100% больных, тогда как при лечении инсулином — у 74%, а спонтанные ремиссии наступали только у 46%. Хотя вначале ремиссии, вызванные психотропными препаратами, в три раза короче, чем спонтанные и возникающие в результате лечения инсулином, при третьем стационарировании средняя их длительность была больше, чем при инсулинотерапии.

Спонтанные ремиссии у больных с умеренно-прогредиентной шизофренией не наступают. Даже трехкратные курсы инсулинокоматозной терапии приводили лишь к незначительному улучшению. Только при применении нейролептических препаратов у этих больных удалось достичь ремиссии В, С, причем значительное преимущество наблюдалось и в длительности ремиссий.

У больных со злокачественно-прогредиентной шизофренией также отмечаются заметные сдвиги в период психофармакотерапии. Спонтанные ремиссии у этих больных не наступали. Результаты инсулинотерапии были значительно хуже, чем при психофармакотерапии, как по качеству, так и по длительности ремиссий и сохранению трудоспособности больных.

При психофармакотерапии наряду с положительными были и отрицательные эффекты. Так, у больных с рекуррентной формой течения шизофрении длительное применение аминазина без достаточно четких к тому показаний приводило к учащению приступов: 26 больных из 414 в течение последних 7 лет поступали в стационар от 15 до 42 раз. Кроме этого, длительное применение аминазина у 42 больных с онейроидной кататонией трансформировало симптоматику в апатико-абулическую или кататоническую. При циркулярном варианте у 14 больных отмечалось альтернирующее течение. Подобной трансформации психопатологической симптоматики с затягиванием приступов мы не наблюдали при изучении спонтанного течения шизофренического процесса и при инсулинокоматозной терапии.

У больных приступообразно-прогредиентной шизофренией при применении аминазина не по показаниям учащались приступы, галлюцинаторно-параноидная симптоматика трансформировалась в субступорозную, апатико-абулическую, депрессивную, что в свою очередь затягивало течение заболевания.

При непрерывной форме шизофрении у 32 больных с вяло-прогредиентным течением шизофренический процесс принимал как бы присту-

пообразный характер, обуславливая частые поступления в стационар и вместе с тем давая ремиссии с сохранением трудоспособности. Клинически это имело, несомненно, положительный характер, тогда как по статистической оценке увеличивалось число регоспитализаций. У больных с умеренно-прогредиентной (параноидной) шизофренией лечение нейролептическими препаратами изменяло социально-трудовой прогноз в благоприятную сторону.

Изучение эффективности терапии в трех периодах показало, что применение психотропных средств влияет на особенности клиники и течения шизофрении и требует иной терапевтической тактики, чем прежние методы лечения.

Для сопоставления результатов инсулинотерапии и дифференцированной психофармакотерапии мы подобрали условно аналогичные группы больных, взятых из репериси.

Сравнительное изучение эффективности терапии при рекуррентной форме течения шизофрении проводили при 3 ее вариантах: циркулярном, онейроидно-кататоническом и депрессивно-параноидном.

При циркулярном варианте нами отмечено преимущество дифференцированной психофармакотерапии по сравнению с инсулинотерапией, что выражалось в большем проценте практического выздоровления, большей длительности ремиссий (на 3 мес.), сокращении сроков пребывания в стационаре (на 35 дней). При повторных приступах также выявлено преимущество дифференцированной психофармакотерапии. Однако, если шизофренический процесс имел затяжное течение и происходила трансформация психопатологической симптоматики, для остановки прогредиентности процесса необходимо было проведение инсулинокоматозной терапии.

Полученные нами данные не подтвердили мнения ряда исследователей о преимуществе комбинированного лечения инсулином и аминазином или только инсулином больных с онейроидной кататонией. Высококачественные и длительные ремиссии наблюдались у этих больных в одинаковой степени как при психофармакотерапии, так и при применении инсулина. Однако были различия в продолжительности пребывания больных в стационаре. При лечении инсулином больные на 24 дня дольше находились в стационаре, кроме того, купирование психомоторного возбуждения было длительным и затяжным, тогда как тизерцином оно снималось в первые 2—3 дня.

Сравнивая лечение инсулином и психотропными препаратами депрессивно-параноидного варианта рекуррентной шизофрении, необходимо отметить, что оно являлось более сложным, нередко требовалось индивидуальное комбинирование нейролептиков с антидепрессантами. В этом варианте также установлено преимущество дифференцированной психофармакотерапии. При повторных поступлениях, в случаях трансформации психопатологической симптоматики и затяжного течения приступа для остановки прогредиентности процесса необходимо было проведение инсулинокоматозной терапии.

Приступообразно-прогредиентная шизофрения, начинающаяся с синдрома Кандинского — Клерамбо, по сравнению с другими вариантами являлась менее благоприятной в смысле терапевтического прогноза; для купирования психомоторного возбуждения у таких больных требовались мощные нейролептические препараты.

При лечении нейролептиками высококачественные ремиссии достигались у такого же процента больных, как и при инсулинотерапии, однако для их поддержания необходимо было продолжать прием психотропных препаратов, тогда как при применении инсулина ремиссии наступали к концу лечения и сохранялись после его прекращения.

Дозревание ремиссии наблюдалось и при психофармакотерапии, когда амбулаторная терапия оставалась дифференцированной, дина-

мичной и сочеталась с реабилитационными мероприятиями. При этой форме течения шизофрении инсулинотерапия и психофармакотерапия взаимно дополняют друг друга. В ряде случаев комбинированное лечение инсулином и психотропными препаратами было более успешным, чем изолированное применение каждого из них в отдельности. Наиболее показательным это у больных с галлюцинаторно-параноидным вариантом, где при первом поступлении лучший эффект давала инсулинотерапия, а при повторных — дифференцированная психофармакотерапия, когда же процесс принимал затяжное течение, — комбинированное лечение инсулином с психотропными препаратами.

В вариантах, которые начинались с острого параноида, при первом поступлении имела значительное преимущество дифференцированная психофармакотерапия, при которой в 1,5 раза было больше высококачественных продолжительных ремиссий с сохранением трудоспособности и пациенты на 27 дней меньше находились в стационаре.

У больных с острым синдромом Кандинского — Клерамбо инсулинотерапия была эффективной в тех случаях, когда на первый план выступали идеаторные автоматизмы; если же наряду с ними наблюдались сенсорные и моторные автоматизмы, сочетающиеся с бредом интерметаморфозы, лечение инсулином оказывалось безуспешным, более результативным было применение нейролептических препаратов с антипсихотическим действием.

У больных с вяло-прогредиентной шизофренией успех терапии в основном зависел от социально-трудовой компенсации, которой принадлежало решающее значение. Наиболее эффективными оказались сравнительно невысокие дозы нейролептиков в комбинации с транквилизаторами, антидепрессантами, стимуляторами, с индивидуальной психотерапией. Но условием достижения эффекта являлась длительная, непрерывная поддерживающая терапия.

При бредовом варианте злокачественно-прогредиентной шизофрении преимущество имела инсулинотерапия, при кататоническом — дифференцированная психофармакотерапия, при простом — комбинированная терапия инсулином с нейролептическими препаратами.

Мы считаем, что при рекуррентной форме течения шизофрении нет необходимости в поспешном определении больным группы инвалидности. Даже тогда, когда процесс затягивается, более целесообразно продление сроков временной нетрудоспособности с изменением лечебной тактики. У больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией психотерапевтическая и психологическая подготовка с последующим возвращением их к трудовой деятельности являлась важнейшим компенсаторным фактором, а преждевременный перевод на инвалидность резко ухудшал социально-трудовой прогноз.

Ввиду больших компенсаторных возможностей больных с вяло-прогредиентной шизофренией переводить их на инвалидность следует очень осторожно. По всей вероятности, более целесообразным является рациональное трудоустройство с некоторыми ограничениями. При умеренно-прогредиентной (параноидной) шизофрении социально-трудовой прогноз больных полностью зависел от непрерывности приема нейролептических препаратов. При злокачественно-прогредиентной шизофрении рано наступала потеря трудоспособности, и поэтому для больных особое значение имела строго индивидуальная и дозированная терапия.

Поступила 25 марта 1974 г.