

УДК 616.895.8

Р. К. КАРИМОВ

О КЛИНИКЕ И ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ, ЛЕЧЕННОЙ
В ШОКОВОМ И НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОМ ПЕРИОДАХ

В течение последних 15 лет в связи с широким внедрением психотропных средств в лечебную практику психиатрических учреждений [1, 2] шоковый период в терапии шизофрении сменился нейролептическим. В терапии шизофрении произошли большие изменения: наполовину сократилось применение средств и методов шокового периода; некоторые прежние методы вытеснены новыми; наметилось стремление к сокращению применения прежних классических методов терапии [3]; появилось лечение комбинацией различных средств и по методу «мишень-симптомы» [2]. Между тем до сих пор остается спорным вопрос о преимуществе новых средств и методов терапии шизофрении перед эффективностью прежних [1—13]. Мы решили выяснить частоту типов течения, ведущих синдромов, симптомов, трансформации синдромов и типов течения шизофрении, леченной в шоковом и нейролептическом периодах.

Литература, посвященная сопоставлению частоты тех или иных типов течения [1, 2, 21—26], форм [18, 27, 28], симптомов, синдромов [1, 2, 8, 27] и трансформации синдромов [2, 16] шизофрении, леченной в разных периодах, крайне противоречива. В основе противоречий лежит разный подход к требованиям статистики, к нозологии шизофрении, к ее формам и типам течения.

Нами для исследования отобраны истории болезни двух групп регоспитализированных больных, страдавших неосложненной и возникшей не на патологической почве шизофренией, однородных по различным показателям (табл. 1).

В первой группе было 132 больных, лечившихся в 1938—1956 гг. в шоковом периоде, во второй—146, лечившихся в 1956—1964 гг. в нейролептическом периоде. В каждой группе было равное количество мужчин и женщин. Общее число историй болезни больных первой группы было 574, второй—667.

Из общего числа (1241) историй болезни 53,5% взято из архива Московской психиатрической больницы им. З. П. Соловьева, 32,2% — из архивов других московских городских и областных психиатрических больниц, остальные — из психиатрических больниц, расположенных вне Москвы. В ходе исследования были получены сведения более чем из 40 психиатрических учреждений. В некоторых случаях были собраны казначейские сведения, а больные подвергнуты повторному осмотру.

Таблица 1

Показатели*	Группы больных	
	первая	вторая
	в среднем	
Давность болезни к началу лечения	2,9 лет	3,1 лет
Острое начало заболевания	11,3%	11,6%
Подострое начало заболевания	19,0%	19,2%
Медленное начало заболевания	69,7%	69,2%
Возраст больных к началу болезни	21,2	21,8
Наследственно неотягощенные	39,4%	41,1%
Число историй болезни каждого больного	4	4,6

* Обработка материалов работы произведена согласно положениям руководств по статистике (51—54).

При определении частоты форм шизофрении мы испытывали значительные затруднения. Это было связано не только с отсутствием в литературе единого мнения о количестве форм и вариантов шизофрении, но и противоречивостью в диагнозах наших больных. Так, из общего числа (278) наших больных 14,0% в начале было выписано с диагнозом других заболеваний; 29,1%—с диагнозом шизофрении, но без указания на ее формы; 48,9%—тоже с диагнозом шизофрении, но в одних случаях с указанием формы, в других—нет. Только 8,0% больных были выписаны с указанием той или иной формы шизофрении. Из последних двух групп больных в 17,6% случаев первоначально установленные формы шизофрении в последующем видоизменялись, иногда даже по несколько раз.

Таким образом, многие истории болезни пришлось обсуждать коллективно, чтобы определить форму шизофрении. При этом мы руководствовались как 4 классическими формами шизофрении, поскольку они, по мнению ряда авторов, «до сих пор остаются общепризнанными» [16 и др.] и входят в последнюю классификацию ВОЗ, так и методом определения форм шизофрении по относительному постоянству ведущих синдромов, поскольку этот метод является распространенным и признанным.

Рассмотрение вопроса в аспекте 4 классических форм шизофрении не выявило достоверных различий в их частоте у наших двух групп больных: параноидная форма у больных первой группы была в $56,8 \pm 5,7\%$ случаев, у больных второй группы—в $62,3 \pm 5,1\%$; простая форма соответственно в $17,4 \pm 8,1$ и $15,8 \pm 8,8\%$; гебефреническая—в $0,8 \pm 8,9$ и $1,4 \pm 11,7\%$; кататоническая—в $9,1 \pm 8,6$ и $8,2 \pm 8,3\%$; прочие—в $15,9 \pm 8,1$ и $12,3 \pm 8,0\%$ ($p > 0,1$).

Следовательно, нейролептический период, по сравнению с шоковым, пока не смог видоизменить частоту как классических, так и прочих форм шизофрении у наших больных.

Сопоставление частоты форм шизофрении, определяемых по отношению к постоянству ведущих синдромов, выявило наличие несущественной тенденции к росту частоты параноидной формы шизофрении в нейролептическом периоде. Так, по нашим данным, параноидная форма у больных первой группы была в $29,5 \pm 7,3\%$ случаев, у больных второй группы — в $37,7 \pm 6,5\%$; галлюцинаторно-параноидная форма соответственно — в $16,7 \pm 8,1$ и $13,0 \pm 8,0\%$; ипохондрическая — в $7,6 \pm 8,8$ и $10,3 \pm 8,1\%$; депрессивно-параноидная — в $3,0 \pm 9,8$ и $1,4 \pm 11,7\%$; простая — в $17,4 \pm 8,1$ и $15,7 \pm 7,8\%$; гебефреническая — в $0,8 \pm 8,9$ и $1,4 \pm 11,7\%$; кататоническая — в $9,1 \pm 8,7$ и $8,2 \pm 8,3\%$; циркулярная — в $6,8 \pm 8,9$ и $6,8 \pm 8,4\%$; другие в $9,1 \pm 8,7$ и $5,5 \pm 8,6\%$ ($p > 0,1$).

Сопоставление частоты ведущих синдромов, падающих на первые пять стационаризований наших больных, тоже не выявило существенных различий. Так, если из 470 ведущих синдромов больных первой группы параноидный был в $23,6 \pm 4,1\%$ случаев, то во второй группе больных из 443 ведущих синдромов — в $25,6 \pm 4,1\%$; галлюцинаторно-параноидный соответственно — в $16,6 \pm 4,2$ и $14,2 \pm 4,4$; депрессивно-параноидный — в $4,0 \pm 4,6$ и $4,3 \pm 4,7$; ипохондрический — в $8,1 \pm 4,4$ и $8,4 \pm 4,6$; кататонический — в $6,2 \pm 4,6$ и $8,4 \pm 4,6$; гебефренический — в $3,2 \pm 4,7$ и $3,6 \pm 4,8$; апатический — в $8,7 \pm 4,4$ и $10,4 \pm 4,5$; депрессивный — в $8,3 \pm 4,4$ и $6,1 \pm 4,0$; маниакальный — в $2,3 \pm 4,7$ и $4,0 \pm 4,8$; дефектные состояния — в $5,6 \pm 4,6$ и $3,8 \pm 4,8$; другие — в $13,4 \pm 4,3$ и $11,3 \pm 4,5\%$ ($p > 0,1$). Частота симптома «разорванного» мышления у больных второй группы оказалась выше, чем у больных первой группы: $40,4 \pm 6,4$ и $30,2 \pm 7,3\%$ ($p < 0,1$).

Сопоставление частоты последующей сменяемости (трансформации) ведущих синдромов, имевших место при первичном пребывании в стационаре 125 больных первой группы и 106 больных* второй группы, тоже не смогло выявить существенных различий: $51,2 \pm 7,8$ и $54,7 \pm 6,5\%$ ($p > 0,1$).

А. А. Верблюнская [4] указывает, что в шоковом периоде шизофрении в равной степени характерно протекание как в пределах оцних и тех же ведущих синдромов, так и разных. Но этот вывод не подтвердился другим методом сопоставления. Так, не суммарное, а раздельное рассмотрение частоты трансформации ведущих синдромов выявило значительные различия: у больных второй группы частота трансформации начального депрессивно-параноидного синдрома оказалась на 30,0, галлюцинаторно-параноидного на 20,8, кататонического на 16,6 и других на 16,0% больше, чем в первой группе, а апатического синдрома на 21,0, ипохондрического на 16,6% меньше; не видоизменилась частота трансформации параноидного синдрома**.

По данным А. А. Верблюнской [4], трансформация начальных ведущих синдромов в шоковом периоде была более характерна для шизофрении, начавшейся до 30-летнего возраста. Поэтому мы решили об-

* У остальных больных начального ведущего синдрома не смогли выявить.

** Гебефренический синдром в первой группе — 0, во второй — 2.

следовать своих пациентов и в этом аспекте. Так, если из 99 больных первой группы, заболевших до 30 лет, $54,6 \pm 6,8\%$, а из 94 больных второй группы— $55,3 \pm 6,9\%$ ($p > 0,3$) обнаруживали трансформацию начальных ведущих синдромов, то из 26 больных первой группы, заболевших после 30 лет, $38,5 \pm 16,2\%$, а из 12 больных второй группы— $50,0 \pm 22,4\%$ ($p > 0,1$). Следовательно, А. А. Верблюдская права только в аспекте шокового периода. В нейролептическом периоде различие почти стерлось за счет увеличения частоты трансформации ведущих синдромов у лиц, заболевших после 30 лет.

Если в первой группе (102 больных) из всех достационарных типов течения шизофрении после стационарного лечения видоизменилось $30,4 \pm 8,3\%$, то во второй группе (128 больных)— $39,8 \pm 6,8\%*$. Стало быть, в нейролептическом периоде наметился рост постстационарной трансформации достационарных типов течения шизофрении.

Какие же достационарные типы течения шизофрении после стационарного лечения стали сравнительно чаще видоизменяться?

В первой группе больных после лечения из 78 случаев достационарного непрерывного течения видоизменилось $26,9 \pm 9,9\%$, а во второй группе из 96 случаев— $36,4 \pm 8,1\%$; из достационарного периодического течения соответственно— $41,7 \pm 16,1$ (из 24 случаев) и $50,0 \pm 12,9\%$ (из 32).

Значит, в нейролептическом периоде, по сравнению с шоковым, у больных почти в равной степени возросла частота трансформации как достационарного непрерывного, так и периодического типа течения шизофрении. Но эти различия оказались статистически недостоверными ($p > 0,1$), что и послужило поводом для рассмотрения вопроса в аспекте форм шизофрении.

У больных второй группы частота постстационарной трансформации достационарных типов течения параноидной формы шизофрении на 18,0, кататонической на 40,0% больше, других форм—на 25,0% меньше, чем у больных первой группы. При простой форме положение оказалось одинаковым. Отсюда следует, что в нейролептическом периоде, по сравнению с шоковым, частота постстационарной трансформации достационарных типов течения шизофрении при одних ее формах возросла, при других уменьшилась, при третьих не видоизменилась.

Отсюда следует, что наши данные до некоторой степени подтверждают мнение В. М. Банщикова [3] о том, что в эру нейролептиков клиника и течение шизофрении значительно отличны от прежних.

Следовательно, отсутствие различий в частоте форм (кроме параноидной) ведущих синдромов, трансформации параноидного синдрома, достационарного типа течения простой формы шизофрении у наших двух групп больных дают нам право присоединиться к мнению исследователей, утверждающих, что психофармакотерапия не заменила, а дополнила прежний арсенал средств терапии шизофрении.

* У остальных больных не смогли установить достационарного типа течения.

14. Попова Г. П. В кн.: Вопросы клиники и терапии психических заболеваний. М., 1960, стр. 35.
15. Фоварина В. Н. Журнал им. С. С. Корсакова, 1961, 2, стр. 1716.
16. Снежковский А. В. Вестник АМН СССР, 1961, 10, стр. 82.
17. Снежковский А. В. Медицинская газета, 23/III—1966.
18. Ушаков Г. К. Журнал им. С. С. Корсакова, 1966, 7, стр. 1218.
19. Федотов Д. Д. В кн.: Вопросы психофармакологии. М., 1962, стр. 8.
20. Шогам И. И. Тезисы докладов I Молдавской республиканской конференции невропатологов и психиатров. Кишинев, 1960, стр. 4.
21. Штернберг Э. Я. В кн.: Вопросы психофармакологии. М., 1962, стр. 25.
22. Benedetti G. et al. Fortschr. Neurol. Psychiat., 1962, 30, 7/8, 341.
23. Brill N. Q., Glass J. F. Arch. gen. Psychiat., 1965, 12, 6, 545.
24. Elkes J. in Zubin J. et al. Field Studies in the mental disorders. New—York—London, 1961, 359.
25. Kallman F. S. Amer. J. Psychiat., 1962, 118, 577.
26. Klaf F. S., Hamilton J. G. J. ment. Sci., 1961, 819.
27. Linn E. L. Arch. Neurol. Psychiat., 1959, 81, 785.
28. Oltman I. E., Friedman S. Dis. nerv. Syst., 1965, 26, 10, 635.