

УДК 616.89—036—085.21

А. А. МЕГРАБЯН, А. М. ХАЧАТУРЯН, М. Г. АМАДЯН, Г. А. БУРНАЗЯН

ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОАФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ КАРБОНАТОМ ЛИТИЯ

Рассмотрены особенности воздействия лития на эмоциональные и процессуальные симптомы при периодической шизофрении. Выявлено, что карбонат лития не только вызывает нормализацию аффекта, но способствует обратному развитию психотических расстройств. Редукция психотических симптомов кататимно-голотимного генеза, в свою очередь, способствует дезактуализации всей патологической продукции, что позволяет отказаться от больших доз препаратов нейролептического ряда и достичь состояния ремиссии малыми и средними дозами, применяемыми в комбинации с карбонатом лития.

Исследованиями последних 10—15 лет препараты лития признаны весьма эффективным средством, как свидетельствует ряд наблюдений, стационарного лечения аффективных психозов [6, 8, 15, 18]. Известные положительные свойства этого препарата побудили ряд исследователей расширить сферу его применения и на другие психические заболевания: шизоаффективные психозы [2, 4, 5, 9], олигофрения с выраженными эмоциональными нарушениями [11, 12]. Имеются данные о применении солей лития при хроническом алкоголизме [1, 3]. Однако в оценке эффективности этого препарата при психозах неаффективной природы в литературе встречаются значительные разногласия. Есть данные, согласно которым в процессе лечения литием аффективно-бредовых состояний происходит своеобразное раздвоение симптоматики—отсутствие изменений продуктивных психотических симптомов на фоне редукции эмоциональных расстройств [10, 13]. Единичные авторы высказываются против применения лития при шизофрении [16, 19].

Таким образом, в литературе нет единого мнения по вопросу применения препаратов лития при шизоаффективных психозах, особенностях его действия на эти состояния, возможных комбинациях с другими психотропными средствами.

В наших наблюдениях карбонат лития назначался 23 больным шизофренией с рекуррентным течением процесса. Всех больных отличало доминирование в клинической картине аффективных расстройств. У 12 больных имело место биполярное и у 11 униполярное течение процесса. У большей части из них (17 наблюдений) наряду с эмоциональными нарушениями отмечался бредовой и реже галлюцинаторно-бредовой

синдромы. Таким образом, представлялась возможность оценить действие карбоната лития как на аффективную, так и на бредовую симптоматику. Препарат назначался в дозах от 1,5 до 2,1 г в сутки дробно. Концентрация лития в крови достигала 0,8—1,25 *мэкв/л*. Положительный терапевтический эффект наблюдался у 19 больных. В 4 наблюдениях улучшения в клинической картине заболевания не наступало. Анализ этих случаев показал, что у всех 4 больных концентрация лития в крови в течение всего времени оставалась на низких цифрах. Повышение же суточной дозы препарата влекло за собой появление выраженных побочных явлений.

В группе больных, клиническая картина которых характеризовалась отсутствием продуктивных симптомов, либо таковые выступали в качестве нестойких эпизодов на разных этапах течения заболевания, обратное развитие нарушений эмоциональной сферы происходило сравнительно просто. У всех этих больных ведущим в клинической картине являлся гипоманиакальный синдром. Динамика обратного развития характеризовалась сравнительно равномерной редукцией повышенного фона настроения и психомоторного возбуждения. При этом отмечалась следующая тенденция. У больных с преобладанием в структуре заболевания эмоционального компонента эффективность литиевой терапии была ощутимо выше, нежели у больных с выраженными процессуальными нарушениями, неадекватными поведенческими реакциями с оттенком нелепости, амбивалентности. У последних полное обратное развитие симптомов происходило, как правило, лишь после дополнительного назначения малых либо средних доз нейролептиков. Однако редукция психотических расстройств в этих случаях происходила значительно быстрее, чем в период предшествующих госпитализаций, когда лечение проводилось только препаратами нейролептического ряда.

Интересно отметить, что в процессе лечения больных шизофренией карбонатом лития на фоне уменьшения аффективных расстройств рельефней выступали свойственные этому заболеванию психотические расстройства. Эти своеобразные изменения в клинической картине заболевания, возможно, дали повод некоторым авторам говорить о «расцвете» шизофренической симптоматики в процессе литиевой терапии [14, 17]. Однако более пристальный анализ сложившейся картины и дальнейшее наблюдение за больными убеждают в обратном. Указанные симптомы в значительной степени утрачивали прежнюю насыщенность и стойкость и легко поддавались обратному развитию под воздействием средних доз нейролептиков.

Вторую группу в анализируемом материале составляли больные, у которых наряду с аффективными расстройствами значительное место в клинической картине занимали бредовые, реже галлюцинаторно-бредовые симптомы.

При лечении карбонатом лития этой группы больных выявлялась неоднородность воздействия препарата на эмоциональную и галлюци-

наторно-бредовую симптоматику. Как уже упоминалось, в литературе имеются, хоть и разрозненные, сведения о том, что при лечении литием шизоаффективных психозов происходит смягчение эмоциональных расстройств, а в отношении бреда и галлюцинаций эффекта не наблюдается. Данные наших наблюдений в основном позволяют подтвердить это положение. С одной стороны, нами наблюдалась неоднородность реакции на лечение карбонатом лития внутри самого бредового синдрома. Неизменными оставались продуктивные расстройства круга бреда преследования, отношения, значимости, воздействия. С другой стороны, значительно смягчались либо полностью редуцировались бредовые идеи ипохондрического круга и, в особенности, мегаломанического и депрессивного круга. Такое своеобразное расчленение параноидного синдрома объясняется, по-видимому, тем, что в структуре его при шизоаффективных психозах, наряду с так называемым первичным бредом, значительное место занимают бредовые идеи голотимно-кататимного генеза. Будучи тесно связанными с ведущим аффектом, фоном настроения, эти бредовые идеи постепенно подвергаются обратному развитию вслед за редукцией эмоциональных расстройств.

Такая трансформация бредового синдрома под воздействием карбоната лития, связанная с вычленением из него аффектогенного бреда, приводит к состоянию, которое называется «разрыхлением» психопатологической структуры [7].

Эти изменения, возникающие в процессе лечения карбонатом лития, отражались на всей клинической картине заболевания. Бредовые идеи теряли стройную систематизированность. Лишаясь эмоциональной базы, они переставали занимать значительное место в клинике заболевания, однако во многом утрачивали прежнюю актуальность. Поведение больных становилось более упорядоченным. Это, в свою очередь, создавало благоприятные предпосылки для психотерапевтического воздействия, а также комбинированного лечения с применением нейролептиков.

В наших наблюдениях состояние ремиссии достигалось у больных дозами нейротропных средств, в 1,5—2, а то и в 3 раза меньшими, чем в период предшествующих госпитализаций.

Таким образом, данные наших наблюдений показали, что карбонат лития может с достаточной степенью эффективности применяться при психозах шизоаффективной природы. Действие лития, в первую очередь, сказывается в нормализации аффекта. Анализ приведенного материала позволяет не согласиться с положением о том, что литий не оказывает действия на психотическую симптоматику при шизофрении. В этом плане скорее можно было бы говорить об отсутствии непосредственного эффекта на эти симптомы. С другой стороны, будучи тесно спаянными с аффективными расстройствами, психотические симптомы не могут оставаться индифферентными к изменениям эмоциональной сферы. Вслед за нормализацией аффекта наблюдается, как правило, редукция психо-

тических симптомов кататимно-голотимного генеза, что способствует снижению и дезактуализации всей патологической продукции. Это, в свою очередь, позволяет отказаться от применения больших доз нейролептических средств и достичь состояния ремиссии малыми и средними дозами, применяемыми в комбинации с карбонатом лития.

Кафедра психиатрии
Ереванского медицинского института

Поступила 6/II 1979 г.

Ա. Ա. ՄԵՀՐԱԲՅԱՆ, Ա. Մ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ, Մ. Գ. ԱՄԱԴՅԱՆ, Գ. Ա. ԲՈՒՐՆԱԶՅԱՆ

ՇԻԶՍԱՅՆԿՏԻՎ ՓՍԻԽՈՋՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԼԻԹԻՈՒՄԻ ԿԱՐԲՈՆԱՏՈՎ

Տվյալ հաղորդագրությունում դիտարկվում են լիթիումի ազդեցության յուրահատկությունները պերիոդիկ շիզոֆրենիայի ախտանիշների վրա: Վերլուծելով 23 հիվանդների բուժման արդյունքները հեղինակները հանգել են այն հետևության, որ լիթիումի կարբոնատը ոչ միայն առաջացնում է աֆֆեկտի նորմալացում, այլև նպաստում է փսիխոտիկ խանգարումների հետագրգացմանը, որոնք շիզոաֆեկտիվ փսիխոզների ժամանակ սերտորեն կապված են էմոցիոնալ խանգարումների հետ: Կատատիմ և գոլոտիմ ծագում ունեցող փսիխոտիկ ախտանիշների վերացումը իր հերթին նպաստում է ամբողջ ախտաբանական պրոդոլցիայի դեզակտուալիզացիային, որը հնարավորություն է տալիս հրաժարվելու նեյրոլիտիկ դեղամիջոցների մեծ դոզաներից ուսմիսիայի վիճակ առաջացնելով, օգտագործելով նրանց միջին և փոքր դոզաները զուգորդված լիթիումի կարբոնատի հետ:

A. A. MEHRABIAN, A. M. KHACHATRIAN, M. G. AMADIAN, G. A. BOURNAZIAN

TREATMENT OF SCHIZOAFFECTIVE PSYCHOSIS BY LITHIUM CARBONATE

Peculiarities of the influence of lithium upon emotional and processual symptoms in schizophrenia are discussed.

It is revealed, that lithium carbonate normalizes affect and promotes involution of psychotic disorders. Reduction of psychotic symptoms catatimo-golotimic genesis in its turn promotes deactualization of production, which allows not to use high doses of preparations of neuroleptic row, but to use low doses in combinations with lithium carbonate.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бологова Э. Н., Плотников А. Г., Игонин А. Л., Небаракова Г. Б. Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1977, в. 8, 1235.
2. Блех И. И., Куприй Г. Т. IV съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР. Тезисы докладов. Харьков, 1978, 415.
3. Иванец Н. Н., Руденко Г. М., Игонин А. Л., Небаракова Г. Б. Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1977, в. 8, 1238.

4. *Иовчук Н. М. Ж.* невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1974, 74, 8, 1239.
5. *Иовчук Н. М. Ж.* невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1977, в. 8, 1230.
6. *Михайленко И. К.* Автореферат канд. дисс. Л., 1973.
7. *Олейников В. И., Щербак А. Н.* IV съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР. Тезисы докладов. Харьков, 1978, 414.
8. *Смулевич А. Б., Завадовская Г. И., Игонин А. Л., Михайлова Н. М., Паничева Е. В. Ж.* невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1974, 74, 7, 1052.
9. *Шаманина В. М., Северный А. А., Михайлова Н. М. Ж.* невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1977, в. 8, 1243.
10. *Baastrop P., Schou M.* Arch. gen. Psychiat., 1967, 16, 162.
11. *Dostal T.* In: Depressive states in Childhood and Adolescence. Stockholm, 1972, 479.
12. *Dostal T., Zvolsky P.* Int. Pharmacopsychiat., 1970, 5, 203.
13. *Dinsmore R. R., Ryback R.* Dis. Nerv. Syst., 1972, 21, 155.
14. *Dunner D. L., Flever R.* Arch. gen. Psychiat., 1974, 30, 229.
15. *Rostler A., Brcassolle P., Fontany M.* Ann. Med. Psychol., 1974, 1, 3, 389.
16. *Känting L., Lange E.* Psychiat. Neurol. ed. Psychol. (Lpz), 1971, 23, 8.
17. *Schopsin et al.* Brit. J. Psychiat., 1971, 119, 435.
18. *Schou M., Baastrop P.* In: World. Congress of Psychiatry. New York, 1968, 1971.
19. *Wolpert E. A., Müller P.* Arch. gen. Psychiat., 1969, 21, 155.