

EFFECT OF COMPLEX TREATMENT INCLUDING PANANGIN
ELECTROPHORESIS BY SINUSOIDALLY MODULATED CURRENT
ON THE GLYCOLIPIDS LEVEL IN THE BLOOD OF PATIENTS
WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

In the blood of the patients with IHD in the stage of postinfarctial cardiosclerosis it has been revealed significant increase of glycolipids which under the influence of the complex treatment, including panangin, electrophoresis by sinusoidally modulated current, results in the decrease of glycolipids-connected N-acetylneuraminic acid on 13,4% in the form elements and on 12.7% in the blood plasma.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бахшиян К. С. В кн.: Материалы III конференции молодых кардиологов Армении. Ереван, 1978, стр. 67.
2. Мхьян Э. Е., Соцкий О. П., Акопов С. Э. Биол. ж. Армении, 1978, XXXV, 4, стр. 360.
3. Мхьян Э. Е., Соцкий О. П., Акопов С. Э. Ж. exper. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1978, VIII, 3, стр. 7.
4. Мхьян Э. Е., Асатрян А. Б., Саркисова Г. М. Там же, 1981, XXI, 4, стр. 411.
5. Саркисова Г. М. В кн.: Материалы конференции молодых ученых и специалистов, посвященной 60-летию Советской Армении. Ереван, 1981, стр. 39.
6. Стрелков Р. Б. В кн.: Метод вычисления стандартной ошибки и доверительных интервалов средних арифметических величин с помощью таблицы. Сухуми, 1976.
7. Улащик В. С., Бахшиян К. С. Здравоохран. Белоруссии, 1978, 2, стр. 69.
8. Evers U., Kunze D., Egger E. Z. med. Labortechnik, 1974, 15, 202.
9. Warren L. J. Biol. Chem., 1959, 234, 1971.

УДК 616.895.84

К. Г. ДАНИЕЛЯН

К КЛИНИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ «ФЕБРИЛЬНОЙ
КАТАТОНИИ»

На основании клинико-катамнестического исследования большого клинического материала описываются клинические закономерности приступов «фебрильной кататонии», доказывается ее истинно шизофреническая природа и место в систематике форм и типов течения шизофрении. Особое место уделено изучению синдромотаксиса, т. е. синдромокниза приступов «фебрильной кататонии» как при периодическом, так и шубообразном типе течения шизофрении.

Среди всех форм шизофрений «фебрильная кататония» принадлежит к тем редким заболеваниям, которые и на сегодняшний день являются предметом острой дискуссии. Решение вопроса, является ли «фебрильная кататония» экзогенным (интоксикационным, инфекционным) или эндогенно-шизофреническим психозом, имеет принципиальное значение.

С целью изучения этих вопросов нами проводилось клинико-кататоническое исследование 123 больных (78 женщин и 45 мужчин) с явлениями гипертоксической формы шизофрении с давностью заболевания от 1 года до 45 лет. В общей сложности за период с 1918 по 1972 г. в Калининской, Костромской и Тульской областных психиатрических больницах у 123 больных (собственные наблюдения—21, архивный материал—102 человека), перенесших приступы «фебрильной кататонии», отмечалось 889 психотических приступов, из которых только при 139 повторных приступах наблюдалась картина «фебрильной кататонии». Из 123 больных 69 умерли во время приступа «фебрильной кататонии», остальные 54 больных дожили до 60—75-летнего возраста. У 49 человек болезнь имела доостроманифестный период, период острой манифестации (период гипертоксического криза) и посткритический период. Задолго до возникновения приступов «фебрильной кататонии» у больных наблюдались явления либо патохарактерологических изменений личности (псевдопсихопатизация личности), либо разнообразные паранояльные бредовые идеи, либо различные неврозоподобные явления (навязчивые, псевдоневрастенические и др.).

У остальных больных (74 человека) до возникновения приступа «фебрильной кататонии» каких-либо патохарактерологических отклонений или признаков текущего психического заболевания не обнаружено. У этих больных приступы «фебрильной кататонии», развиваясь без доостроманифестного периода, обычно начинались остро (в течение нескольких дней) и характеризовались наличием астенических, сенестопатических или тревожно-ипохондрических явлений. Настроение у больных становилось неустойчивым—приподнятое настроение сопровождалось чрезмерной деятельностью, переоценкой сил и возможностей, пониженное—растерянностью, чувством неполноценности, вялостью и адинамией.

Различия в течении заболевания у больных с наличием доостроманифестного периода и без него в период развития острой манифестации болезни стирались, т. е. приступы «фебрильной кататонии» в обеих группах больных начинались с аффективных расстройств маниакального или депрессивного характера. На фоне аффективных нарушений возникали явления чувственного бреда с последующей трансформацией в фантастический бред. Вершиной психотического состояния являлись онейроидно-кататонические явления. Клиническая картина болезни сопровождалась высокой температурой (39—40°) и различными соматическими проявлениями (лихорадочный блеск глаз, землисто-сероватый или цианотичный оттенок слизистой и кожи, сухость и запекшесть губ, точечные или более крупные кровоизлияния на коже, отек конечностей, колебания кровяного давления, явления тахикардии или брадикардии, повышение РОЭ, лейкоцитоз, токсическая зернистость в нейтрофилах, появление в моче следов белка, лейкоцитов, выщелоченных эритроцитов, зернистых или гиалиновых цилиндров, у 80% больных явления *herpes labialis*).

В дальнейшем приступы «фебрильной кататонии» постепенно приобретали черты аментивноподобного состояния (мышление больных

становилось инкогерентным, появлялись явления симптома карфалогии и т. д.).

Независимо от типа течения болезни в начале заболевания клиническая картина «фебрильной кататонии», как правило, характеризуется наличием аффективных, бредовых, кататонических и онейроидных явлений с преобладанием: 1) кататонического возбуждения (без включения или с включением гиперкинезов); 2) кататонического ступора (без включения или с включением гиперкинезов); 3) аффективно-бредового симптомокомплекса (маниакальные или депрессивные явления, явления острого, а затем и фантастического бреда); 4) онейроидного помрачения сознания с аментивноподобными включениями; 5) частых взаимопереходов кататонического возбуждения и ступора.

Посткритический период болезни у всех больных обычно наступал после единственного или повторных приступов «фебрильной кататонии». При этом первый приступ «фебрильной кататонии» обычно развивается полностью—с переходом аффективных расстройств в бредовые, а затем в онейроидно-кататонические, а повторные приступы протекают с некоторой измененностью клинической картины и после более или менее длительной ремиссии сменяются разнообразными психотическими приступами нефебрильного характера. Следовательно, разнообразие посткритического периода определяется особенностями течения болезни и проявляется в том, что полиморфная картина доостроманифестного периода, не влияя на структуру остроманифестного периода, проявляется в посткритическом периоде болезни. Именно в этот период у большинства больных течение болезни видоизменяется и появляются промежуточные ее формы (взаимопереходы периодической формы шизофрении в шубообразную, и наоборот) и разнообразные исходные состояния. Разнообразные стереотипы развития психотических приступов посткритического периода болезни связаны с видоизменением первоначального сложного синдрома «фебрильной кататонии» (аффективно-бредово-онейроидно-кататонического симптомокомплекса). Эти изменения протекают в следующих формах:

1. Редукция некоторых психопатологических проявлений упомянутого выше сложного синдрома и усиление других его психопатологических проявлений. При редукции аффективно-бредовых проявлений «фебрильной кататонии» затяжное течение принимает онейроидно-кататонические расстройства, а при редукции онейроидно-кататонических ее проявлений—аффективно-бредовые нарушения. Дальнейшие повторные приступы протекают в форме аффективно-бредовых или онейроидно-кататонических приступов и дают ремиссию без утраты трудоспособности.

2. Исчезновение всех психопатологических проявлений сложного симптомокомплекса «фебрильной кататонии» и проявление в конце приступа чуждых для данного типа течения болезни новых симптомокомплексов (неврозоподобных, психопатоподобных, астенических, паранойяльных и т. д.). При рецидивах болезни наблюдаются более полиморфные, тяжелые приступы параноидно-кататонно-гебефренного или кататонно-гебефренно-галлюцинаторного характера. От приступа к приступу исче-

зают аффективные явления. Параллельно нарастанию тяжести приступов ремиссия становится неустойчивой и приводит к резкому снижению психической активности и продуктивности. В ряде случаев при обострении болезни аутохтонно возникают аффективно-галлюцинаторные, аффективно-бредовые или аффективно-кататонические приступы транзиторного характера. От приступа к приступу психотические состояния лишаются аффективного компонента, и при наличии резидуальных галлюцинаторных, бредовых или кататонических явлений болезнь принимает безремиссионное течение и приводит к инвалидизации личности.

3. Исчезновение всех острых психопатологических проявлений «фебрильной кататонии» с последующим изменением личности гиперстенического или астенического типа и возникновением на этом фоне транзиторных или затяжных приступов маниакального, депрессивного, аффективно-галлюцинаторного, аффективно-бредового или аффективно-кататано-гебефренного характера. У подобных больных после ряда психотических приступов остаются явления хронического гипоманиакального состояния (хроническая мания) или резидуальные моносимптомные проявления болезни в форме резидуального галлюциноза или бреда.

4. Исчезновение всех психопатологических проявлений «фебрильной кататонии» с последующим наступлением глубокой ремиссии типа интермиссии. Повторные психотические приступы у этих больных протекают в форме типичных для циклофрении маниакальных или депрессивных фаз. Четко очерченные фазы и наличие между фазами интермиссии при отсутствии шизофренических изменений личности придают этому типу течения болезни особый характер и часто служат причиной диагностических ошибок. После неоднократных приступов этот тип течения болезни приводит к изменению личности—снижению активности, появлению сенситивности и ранимости или легких циклотимоподобных колебаний настроения в период ремиссии.

5. Редукция всех психопатологических проявлений «фебрильной кататонии» в первом приступе и возникновение повторных приступов в форме смешанных депрессивных, смешанных маниакальных или остро протекающих паранойяльных, параноидных, галлюцинаторно-параноидных, парафренических, кататонических, кататано-гебефренных или полиморфных приступов. У подобных больных изменение личности началось после приступа «фебрильной кататонии». Первоначально эти негативные изменения проявлялись в форме аутизации, огрубения и эмоциональной уплощенности личности, а по мере учащения приступов—в форме утраты психической активности, а также инвалидизации личности.

Из вышензложенного следует, что после первого приступа «фебрильной кататонии» у больных изменяется стереотип течения болезни—повторные приступы по своим клиническим особенностям занимают как бы промежуточное (переходящее) положение между шубообразной и периодической шизофренией, и грани между указанными формами течения болезни исчезают. Своеобразные, достаточно характерные для остальных форм шизофрении структурные особенности психотических

приступов в статике и стереотипы развития всех психотических приступов в динамике свидетельствуют о шизофренической природе «фебрильной кататонии». На истинно шизофреническую природу этой болезни указывает и то, что различные патогенные факторы непосредственно перед развитием приступов «фебрильной кататонии» при периодическом и шубообразном типе течения болезни отмечались лишь в 18,6%, непосредственно перед развитием первого приступа «фебрильной кататонии» — в 12,2%, а при повторных приступах — в 6% случаев.

Приступы «фебрильной кататонии», спровоцированные или неспровоцированные дополнительными вредными факторами, протекали одинаково тяжело, изменений в типичной картине «фебрильной кататонии» не отмечалось. В пользу шизофренической природы «фебрильной кататонии» говорит и отсутствие у 37 патоморфологически обследованных больных признаков воспалительного характера или соматических заболеваний.

В результате клинических наблюдений установлено, что случаи «фебрильной кататонии» у большинства больных при повторных приступах болезни либо повторяются, либо трансформируются в другие формы периодической шизофрении. Нередки и такие случаи, когда приступы «фебрильной кататонии» при повторном приступе болезни трансформируются в шубообразные формы шизофрении и занимают как бы промежуточное положение между поступательной и приступообразно-прогредиентной шизофренией. Следовательно, картина «фебрильной кататонии» в связи с вышеописанными изменениями в одном приступе характеризуется всеми особенностями рекуррентной, в другом — шубообразной шизофрении.

Кафедра психиатрии Ереванского ГИУВ-а

Поступила 10.IV 1982 г.

Կ. Գ. ԴԱՆԻՆՅԱՆ

«ՅԵՐՐԻԼ ԿԱՏԱՏՈՆԻԱՅԻ» ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱԼԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Հենվելով 123 հիվանդության դեպքերի կլինիկական և կատամնեստիկ մանրադննին հետազոտությունների վրա նկարագրվում են ջերմության բարձրացմամբ, աֆեկտիվ բնույթի (մանիակալ կամ դեպրեսիվ) խանգարումներով, գիտակցության օնկորրիդային բնույթի մթազնացուցվածք և կատատոնային զրգուվածությամբ կամ կարկամվածությամբ ընթացող հոգեախտաբանական նոպաների կլինիկական առանձնատկությունները: Վերոհիշյալ նոպաները նկատվում են շիզոֆրենիայի ինչպես պերիոդիկ, այնպես էլ աճող—նոպայաձև ընթացող ձևերի ժամանակ: Լրացուցիչ ախտածին ազդակների և բորբոքային պրոցեսների բացակայությունն այդ նոպաների ու շիզոֆրենիայի տարբեր ձևերի ժամանակ ընդհանուր օրինաչափությունների և անձի բնութագրական փոփոխությունների առկայությունը «Յեբրիլ կատատոնիային» նոպաների շիզոֆրենիային պատկանելության անհերքելի ապացույցն են: Հիվանդազին պրոցեսի հետագա կրկնումների ժամանակ ուսումնասիրվող հիվանդաների մոտ շիզոֆրենիայի տարբեր ձևերը փոխանցվում են մեկը մյուսին՝ փոխելով հիվանդության ընթացքը ընդհանրապես:

ON THE CLINICAL PECULIARITIES OF "FEBRIL CATATONY"

On the base of clinical-catamnestic observations of patients with "febril catatony" the fact of belonging of this pathology to schizophrenia has been confirmed. The course of this disease and its differential-diagnosical peculiarities are described which allow to differentiate the fits of "febril catatony" from outwardly similar psychosis of different origin.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Даниелян К. Г. В кн.: VI Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. М., 1975, стр. 209.
2. Наджаров Р. А. В кн.: Шизофрения. Клиника и патогенез. М., 1969, стр. 29.
3. Ромасенко В. А. Гипертоксическая шизофрения. М., 1967.
4. Снежневский А. В. В кн.: Шизофрения. Клиника и патогенез. М., 1969, стр. 5.
5. Туганов А. С. Дисс. канд. М., 1960.
6. Brierre De., Boismont A. Du délire aigu. Med. Acad. med. 1845, 11, 477.
7. Forder F. E. Traite du delire, applique a la medecine. a la morale et a la legislation. Paris, 1817.
8. Kahlbaum K. Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. Heft 1. Die Katatonie. Berlin, 1874.
9. Marchand L. et Courtais A. Les encephalites psychosiques. Paris, 1935.
10. Schied K. F. Febrile Episoden bei Schizophrenen psychosen: eine Klinische und pathophysiologische Studie. Leipzig, 1937.
11. Scheidegger W. Z. Neur. Psychiat., 1929, 120, 587.
12. Stauder K. H. Arch. Psychiatr. Nervenkr., 1934, 102, 5, 614.
13. Toulouse E., Marchand L., Courtois A. Pres. med. 1930, 38, 497.

УДК 618.177:615.256.5

М. С. АБОВЯН, Г. Г. ДОЛЯН, А. С. МИРЗОЯН, М. А. ХАЧИКЯН

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КЛОСТИЛБЕГИТОМ
ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Проведена клиническая апробация препарата и дана сравнительная оценка его эффективности при лечении эндокринного бесплодия различного генеза. Установлено, что применение клостилбегита оказалось эффективным при дизовуляции на фоне нормального или умеренно сниженного содержания эстрогенов.

За последние годы в зарубежной и отечественной литературе появилось большое число работ, посвященных лечению эндокринного бесплодия цитратом кломифена [2—4, 7—9]. Механизм его действия окончательно не выяснен. Установлено, что кломифен, воздействуя на гипоталамус, способствует циклическому выбросу ЛГ-релизинг-фактора и лютеинизирующего гормона аденогипофизом. При этом стимуляция овуляции осуществляется только при интактном аденогипофизе и при функционирующих, имеющих зрелые фолликулы, яичниках [6]. Неко-