

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНСУЛИНОКОМАТОЗНОЙ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Читинская государственная медицинская академия (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В.Говорин)

Психиатрическая больница №2 г. Чита (главный врач - О.П. Ступина)

В последние годы в лечении больных шизофренией все чаще начинают использоваться новые классы психотропных препаратов, в первую очередь, атипичные нейролептики. Их внедрение в широкую врачебную практику явилось определенным прорывом и новым качественным шагом в купировании не только продуктивных, но, главным образом, дефицитарных расстройств, что способствует лучшей социализации больных и улучшению качества их жизни (Гурович И.Я. и др., 1999, Мосолов С.Н. и др., 2001). В тоже время проблему эффективного лечения больных шизофренией нельзя считать решенной, т.к. более 25% больных остаются устойчивыми к психофармакотерапии и заболевание неуклонно прогрессирует. В условиях излишней увлеченности психиатров применением новых психотропных средств незаслуженно отходят на задний план интенсивные методы биологического воздействия на шизофренический процесс и, в первую очередь, инсулинокоматозная терапия.

Инсулинокоматозная терапия всегда считалась одним из самых эффективных методов лечения шизофренических психозов и в нашей стране накоплен, пожалуй, самый большой клинический опыт ее применения. Разработка и внедрение форсированного варианта инсулинокоматозной терапии ФИКТ (Авруцкий Г.Я. и др., 1984, Рудик В.А., 1984, Авруцкий Г.Я., Недува А.А., Рудик В.А., 1986, Недува А.А., 1991) еще в большей степени повысили клиническую эффективность инсулинокоматозной терапии. В тоже время в литературе отсутствуют сведения, касающиеся сравнительных исследований влияния ФИКТ и психофармакотерапии (ПФТ) у больных шизофренией, в том числе анализ отдаленных результатов применения ФИКТ у больных острой параноидной шизофренией.

Нами были изучены особенности редукции психопатологической симптоматики у 50 больных параноидной шизофренией с манифестацией психоза в процессе инсулинокоматозной терапии (27 больных с непрерывным типом течения и 23 - с приступообразным - эпизодическим по МКБ-10). Группа

клинического сопоставления была представлена 41 больным: 22 - с непрерывным течением и 19 - с приступообразным (эпизодическим). Средний возраст больных составил 26,7 ± 0,8 лет, 59 было мужчин и 32 женщины. Больные контрольной группы, подобранные по схожей структуре психотических расстройств, возрасту и полу, получали курсы купирующей ПФТ, включающей назначение галоперидола, аминазина, трифтазина, тизерцина, хлорпротиксена с учетом ведущего психопатологического синдрома и индивидуально подобранных терапевтических доз. Эффективность терапии оценивали с использованием психометрических шкал BPRS с 7-бальной градацией и обобщенной шкалы выраженности психоза в динамике (ОВП) по 9-бальной оценке Зайцева С.Г. (1984).

ФИКТ проводили по стандартной методике (Авруцкий Г.Я. и др., 1986). Ежедневно, кроме выходных дней, больным осуществляли внутривенное капельное введение 450 ЕД инсулина на 300 мл изотонического раствора хлорида натрия со скоростью введения 16-18 капель в минуту. В течение первых 2-4 процедур устанавливалась индивидуальная "коматозная" доза инсулина для каждого больного, составляющая от 100 до 300 ЕД, и проводился курс ФИКТ в объеме 20-22 процедуры. Оценка эффективности проводили аналогичным с группой ПФТ образом с применением психометрических шкал и клинико-психопатологическим описанием динамики состояния в 1, 7, 14, 28 день и через 1,5 месяца после начала лечения. С момента поступления больных в состоянии острого психоза и до начала ФИКТ им применяли также психотропные препараты с целью купирования психомоторного возбуждения, беспокойства, бредового напряжения и нормализации сна. После начала ФИКТ нейролептики практически не назначались, в вечернее время больным назначали большие транквилизаторы (сибазон, реланиум в/м).

В структуре манифестных приступов у обследуемых больных ведущее место занимали галлюцинозными - бредовые нарушения с идеями психического или физического воздействия, преследования, отравления. Галлюцинозными - бредовые расстройства у больных с непрерывным типом шизофрении сопровождались значительной аффективной напряженностью, злобностью, подозрительностью, нередко грубой дезорганизацией поведения и общественно-опасными действиями. В тоже время у больных с приступообразным (эпизодическим) типом течения параноидные расстройства во многом были тесно связаны с аффективным состоянием

Таблица 1

Сравнительная эффективность результатов лечения больных с манифестацией психоза при непрерывной параноидной шизофрении

Выраженность психоза по BPRS и эффективность по ОВП	Виды терапии	
	ФИКТ n = 27	ПФТ n = 22
1. Исходная выраженность по шкале BPRS (до лечения)	58,4±1,90	54,7±1,62
2. Состояние после лечения		
2.1. Максимальное улучшение (7-8 баллов)	12(44,4%)	8 (36,4%)
BPRS	24,7±0,47	25,2±0,56
2.2. Существенное улучшение (5-6 баллов)	9 (33,3%)	8(36,4%)
BPRS	30,7±0,59	31,3±0,63
2.3. Умеренное улучшение (3-4 балла)	3 (11,1%)	2 (9,1%)
BPRS	37,8±0,71	36,8±0,80
2.4. Незначительное улучшение (1-2 балла)	1 (3,7%)	2 (9,1%)
BPRS	44,0±0,93	48,3±0,84
2.5. Без эффекта, ухудшение состояния	2 (7,4%)	3 (13,6%)
BPRS	53,8±1,30	51,8±1,26

больных депрессивного или маниакального характера, имели включения чувственного бреда с явлениями инсценировки.

Оценивая в целом клиническую эффективность сравниваемых методик лечения, следует отметить, что у больных с манифестацией психоза в рамках непрерывной шизофрении процент больных с существенным и максимальным уровнями улучшения (табл. 1) был выше при проведении больным ФИКТ (77,7% и 72,8%, соответственно), хотя и не достигал достоверности различий. При этом у больных шизофренией, где купирование психоза осуществляли психотропными средствами показатель низкой клинической эффективности был достоверно выше ($p < 0,05$), чем при применении ФИКТ (22,7 и 11,1%, соответственно).

У больных с приступообразно-прогредиентным типом параноидной шизофрении совокупная эффективность ФИКТ оказалась значительно выше именно по показателю существенной и максимальной редукции симптоматики, когда удалось получить отчетливый клинический эффект у 82,7% больных, что не только было выше, чем в группе больных с ПФТ (73,7%), но и у больных с непрерывным типом течения после ФИКТ (табл. 2). Процент больных с низким эффектом после ФИКТ составил 8,6%, после ПФТ - 15,8%. Эти данные свидетельствуют о том, что по антипсихотическому эффекту ФИКТ является надежным способом купирования острых парано-

Таблица 2

Сравнительная эффективность результатов лечения больных с манифестацией психоза при приступообразно-прогредиентном типе параноидной шизофрении

Выраженность психоза по BPRS и эффективность по ОВП	Виды терапии	
	ФИКТ n = 23	ПФТ n = 19
1. Исходная выраженность по шкале BPRS (до лечения)	64,2±2,4	60,8±1,9
2. Состояние после лечения		
2.1. Максимальное улучшение (7-8 баллов)	12(52,3%)	8 (42,1%)
BPRS	23,9±0,54	25,0±0,6
2.2. Существенное улучшение (5-6 баллов)	7 (30,4%)	6 (31,6%)
BPRS	29,0±0,85	30,7±0,91
2.3. Умеренное улучшение (3-4 балла)	2 (8,7%)	2 (10,5%)
BPRS	39,7±1,2 2	38,8±1,1
2.4. Незначительное улучшение (1-2 балла)	(8,6%)	2 (10,5%)
BPRS	43,6±1,2	45,9±0,95
2.5. Без эффекта, ухудшение состояния	0	1 (5,3%)
BPRS		57,9±1,6

идных состояний и не только не уступают ПФТ, но и превосходят ее, особенно у больных с приступообразным типом течения заболевания.

Изучение характера редукции психопатологической симптоматики у больных параноидной шизофренией показало, что при сравниваемых методах лечения наблюдалась несколько иная динамика и структура психических расстройств на этапах их обратного развития существенно отличалась. При проведении больным ФИКТ, независимо от течения заболевания, максимум терапевтического эффекта приходился на вторую и третью недели лечения, когда у больных наступала дезактуализация продуктивных нарушений на фоне нормализации их эмоционального состояния, улучшение продуктивности в контакте, устранение негативизма и недоступности. У подавляющего числа больных, у которых в конечном итоге была сформирована качественная ремиссия, был определен гармоничный тип редукции психических расстройств и проявления параноидного регистра уменьшились одновременно с нормализацией аффективной сферы больных. При этом некоторые больные критически выходили из психоза, субъективно отмечая наступление своеобразного "прозрения", "просветления в голове", они лучше шли на контакт с медперсоналом и во второй половине проводимого курса ФИКТ активно и более осознанно шли на лечебную процедуру.

В случае купирования психоза психотропными препаратами вначале отчетливо выступал седативный эффект и больные более продолжительное время оставались при внешней упорядоченности скрытыми, у них сохранялись редуцированные галлюциаторно-бредовые расстройства, позднее восстанавливалось критическое отношение к психотическим переживаниям. В большей мере отмеченные особенности касались больных с непрерывным типом течения заболевания. Больные, у которых ни при ФИКТ, ни при ПФТ не был достигнут положительный терапевтический эффект, оказались схожими по своим клинико-психопатологическим особенностям: это были больные со стойкими вербальными псевдогаллюцинациями, систематизированными бредовыми идеями преследования, они отличались негативизмом и малодоступностью в контакте, были на всем протяжении лечебных курсов эмоционально однообразными (нев्यразительными). В тоже время у тех больных непрерывной параноидной шизофренией, у которых в процессе проведения ФИКТ (приблизительно в начале курса) менялось аффективное состояние напряженности, злобности и подозрительности на появление аффекта тревоги, страха, беспокойства в конце курса, как правило, была зарегистрирована существенная редукция психоза и формировались более качественные ремиссии. Указанные изменения аффективного "сопровождения" психоза при непрерывной параноидной шизофрении, на наш взгляд, следует рассматривать как своеобразный маркер благоприятного прогноза курса ФИКТ.

В целом, у больных с непрерывным типом параноидной шизофрении в процессе проведения ФИКТ у 64,5% имела место так называемая гармоническая редукция симптоматики и преобладание темпов становления терапевтического эффекта по признаку продолжительности купирования психоза в сравнении с лечением психотропными средствами ($34,7 \pm 4,1$ дня при ФИКТ и $43,6 \pm 5,0$ дней при ПФТ). В случаях приступообразно-прогредиентного типа течения заболевания средняя продолжительность редукции психических расстройств при применении ФИКТ составила $28,7 \pm 4,1$ дня, а при курсе ПФТ - $37,6 \pm 5,1$ дня, что также свидетельствует о способности ФИКТ в более короткие сроки купировать психоз.

При итоговом анализе результатов изучения сравнительной эффективности ФИКТ и ПФТ у больных параноидной шизофренией при манифестных приступах был определен тип ремиссии (А, В, С, Д). Наиболее убедительным было влия-

ние ФИКТ у больных с приступообразным (эпизодическим) типом параноидной шизофрении, когда более чем у половины больных (60,9%) удалось достичь максимального эффекта, а совокупность больных с ремиссией А и В составила 91,3% против 84,2% при проведении ПФТ. Способность ФИКТ оказывать сдерживающее влияние на шизофренический процесс было показано и при непрерывном течении заболевания: процент качественных ремиссий (преимущественно В) при ФИКТ составил 77,7%, при ПФТ - 67,2%, тогда как показатели ремиссий низкого качества (С и Д) при ФИКТ составили 26,0%, при ПФТ - 31,8%.

Таким образом, проведенные исследования показали, что в современной биологической терапии больных с острыми приступами параноидной шизофрении ФИКТ продолжает занимать достойное место, превосходя традиционную ПФТ не только по темпам редукции психопатологической симптоматики, но и качеству сформированных ремиссий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я. Форсированный способ инсулинокоматозной терапии (методика, особенности действия) // Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува, Д.Ф. Хретинин // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1984. - Т. 84. - № 9. - С. 1386-1389.
2. Авруцкий Г.Я. Форсированный способ инсулинокоматозной терапии в лечении психически больных / Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува. - М., Медицина. 1988. - 527 с.
3. Гурович И.Я. Фармакоэкономические и клинико-социальные аспекты лечения rispеперидом (рисперидоном) больных шизофренией и шизоаффективным расстройством во внебольничных условиях. // И.Я. Гурович, Е.Б. Любов, А.Б. Шмуклер, Г.И. Виндиктова, А.А. Алсаков, В.П. Куренков // Журнал социальная и клиническая психиатрия. М., 1999 - №3 - с.49-56.
4. Зайцев С.Т. Шкала обобщенной оценки степени редукции симптоматики в исследованиях по прогнозированию результатов психофармакотерапии / С.Т. Зайцев // Вопросы психофармакотерапии. - М., 1984. - С. 30 - 38.
5. Мосолов С.Н. Эффективность и переносимость rispеперидона и галоперидола при купировании острых состояний у больных шизофренией и шизоаффективным психозом (открытое сравнительное рандомизированное исследование) // С.Н. Мосолов, В.В. Калинин, А.В. Еремин, С.О. Кабанов, И.И. Четвертных // Журнал социальная и клиническая психиатрия. М., 2001 - №1 - с.75-80.
6. Недува А.А. Форсированная инсулинокоматозная терапия и ее эффективность / А.А. Недува, В.В.

Дорохов, С.В. Сулухия // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1991. - Т. 91. - № 11. - С. 75-77.

7. Новые способы преодоления резистентности у больных с эндогенными психозами / Авруцкий Г.Я. Недува А.А., Говорин Н.В. [и др.] // Методические рекомендации МЗ СССР. - М., 1990. - 29 с.
8. Рудик В.А. Метод форсированной инсулинокоматозной терапии больных шизофренией. Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18 - М., - 1986. - 17 с.