

616.895.8-085(091)

Исторические аспекты лечения шизофрении

Шевченко А. С.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина (61022, г. Харьков, проспект Ленина 4), e-mail: annette.fortuna@gmail.com

Данная статья посвящена проблеме лечения шизофрении на различных исторических этапах. Заболевание впервые идентифицировал в качестве психических расстройств Эмиль Крепелин. Он использовал термин «*dementia praecox*» для больных, которые имели симптомы, которые мы сейчас связываем с шизофренией. На протяжении веков шизофреников преподносили как мистиков, святых, лиц, которыми управляют злые духи. Лечение было как консервативным, включающим сон, так и хирургическим. На современном этапе проведено множество исследований в области данной нозологии, которые дают возможность подобрать индивидуальное лечение.

Ключевые слова: шизофрения, история лечения, симптомы.

616.895.8-085(091)

Historical aspects of the treatment of schizophrenia

Shevchenko A. S.

Kharkov national medical university, Kharkov, Ukraine (61022, Kharkov, 4 Lenin Avenue), e-mail: annette.fortuna@gmail.com

This article devoted to the treatment of schizophrenia in the different historical stages. The disease was first identified as a mental disorder by Dr. Emile Kraepelin. He used the term "dementia praecox" for individuals who had symptoms that we now associate with schizophrenia. Over the centuries, schizophrenics have been considered mystics, saints, possessed by evil spirits. Treatment was both conservatively and surgery. Today, there has been a lot of research done in the area of schizophrenia, which makes it possible to choose the best individual treatment.

The Key Words: schizophrenia, the history of the treatment, symptoms.

Этимологически термин шизофрения можно объяснить как «расщепление сознания». Первоначальная концепция шизофрении как рано начавшегося и неуклонно прогрессирующего в течение всей жизни нейродегенеративного заболевания в настоящее время отвергнута. Современные гипотезы связывают заболевание с нарушением развития нервной системы прогрессирующее только в первые годы, но не на протяжении всей жизни. Шизофрению принято рассматривать как отдельную нозологическую единицу. Ее концепция появилась в начале XX века, когда Эмиль Крепелин предложил, что паранойя, гебефрения и кататония проявления одной группы заболевания - *dementia praecox*, т. е. «преждевременное слабоумие» [5,8].

Клинически болезнь проявляется нарушением чувства реальности, бредом, слуховыми галлюцинациями. Симптомы редко возникают внезапно, чаще в начале заболевания больные чувствуют себя подавленными, напряженными. Это напряжение сопровождается бессонницей, своего рода повышенной бдительностью. Окружение принимает все более чуждые формы, пока собственное переживание не заставляет разорвать прежние связи и создать новый образ, параллельно существующий с реальностью, основанный на личном опыте. Каждое слово принимает особое значение, поэтому чтение книг, просмотр телепрограмм и т. п. является напряженной работой. Сами мысли кажутся вложенными в сознание, как принесенные извне «озарения». Но крылатое выражение «шизофрения – признак гениальности» не всегда уместен. Больные шизофренией в чем-то избранны, в чем-

то ущемлены. Даже среди «великих мира сего» можно распознать если не шизофреника, то человека с параноидальными мыслями. Например, модернисты: Кафка, Джойс, Малевич, Введенский, Хлебников, творчество которых совпадает с эпохой террора, а именно Второй Мировой Войной. В послевоенное время произошла адаптация, исчезают явные социальные проявления симптоматики данной нозологии. И у Сальвадора Дали это скорее симуляция, "параноидный мир" [10].

Описание шизофреноподобных симптомов встречается уже в 2000 году до нашей эры в «Книге Сердец» - древнеегипетском папирусе. В то же время симптомы, напоминающие шизофрению, отмечены в арабских медицинских и психологических текстах, датируемых Средними веками: в «Медицинском Каноне» Авиценна описывает состояние, отчасти напоминающее шизофрению. Изучение древних греческих и римских источников говорит о том, что к больным людям не всегда относились снисходительно, но и жестоко. Так, в Древней Греции человека могли забить камнями, заковать в колодки. Использовался также прообраз электросудорожной терапии - лечение электрическим скатом. В Древнем Риме больным назначались слабительные и рвотные средства, лечебное голодание и содержание в полной темноте. А также зачастую использовали «целebное битье». В Средневековой Европе применялись разнообразные методы: лечение раскаленным железом или маслом, кровопусканием, даже экзорцизм. В XIX веке психиатрия широко использует обливание ледяной водой, гирудотерапию, которая сочеталась с приемом солевых слабительных. В XX в. впервые стали применять сон и гипноз. В 1921 г. в Германии стали использоваться барбитураты для «избавления шизофреников от автоматизмов». Однако метод был небезопасен из-за возможности передозировки. Так, в 1925 году было зафиксировано 15 смертельных случаев на 311 пролеченных пациентов. В этот же период специалисты начинают подозревать, что барбитуровые производные вызывают тяжелую токсикоманию, но препарат продолжают использовать еще полвека. Вслед за этим был предложен другой способ лечения шизофрении – судорожная терапия. В 1933 году было обнародовано сообщение о том, что гипогликемические шоки с последующими судорогами снимают проявления шизофрении. В 1950г. ученые пришли к выводу, что только инсулиновый шок способен оказывать реальное терапевтическое воздействие. Примечательно, что лечебное действие оказывают не судороги, как предполагали раньше, а только лишь продолжительная гипогликемическая кома. Параллельно лекарственной терапии возникла психохирургия. Впервые в практику лечения психиатрических пациентов эта отрасль внедрилась в конце 1930-х гг., достигла пика в 1960-х и пошла на убыль в 1970-х. В первой половине XX в. наиболее часто удаляли фронтальные доли. Лоботомию перестали применять после того, как

стали очевидными серьезные неврологические осложнения. Ее популярность стала резко падать, а в начале 50х годов появились первые антипсихотические средства [5,7].

Появление психотропных препаратов позволило выдвинуть ряд гипотез о роли определенных нейромедиаторов в патогенезе психоза и шизофрении. Предполагалось «участие» дофамина, норадреналина, серотонина и др. Дофаминовая гипотеза остается доминирующей на протяжении более четверти века. С угнетением медиаторной активности дофамина связана в значительной мере не только антипсихотическая активность нейролептиков, но и вызываемый ими основной побочный эффект — «нейролептический синдром», проявляющийся в виде навязчивых неконтролируемых движений, роботообразной походки, беспокойства, гипотермии. Снижается активность мимических мышц, нарушается мыслительная функция. [2,7].

В числе значимых для психиатрии XX века событий революционным стало создание психофармакологических препаратов, а среди них антипсихотических средств. Синтез хлорпромазина и описание его терапевтических эффектов в 1950-1952 гг. положили начало «нейролептической эре». Он приобрел известность под своим экспериментальным наименованием 4560RP, или коммерческим — Ларгактил (аббревиатура от «широкого действия»). Через 2 года был представлен новый препарат – резерпин, который является алкалоидом, экстрагированным из раувольфии змеиной, растения, используемого в Азии с далекой древности против укусов змей. Издавна это растение в Индии использовалось и как лекарственное средство против помешательства. Индийские врачи выделили из него в 30-х годах основные алкалоиды, в том числе резерпин, и показали, что он имеет гипотензивное и антипсихотическое действие [9]. В настоящее время применяются препараты различных химических групп. Их эффекты связаны со способностью подавлять бред, галлюцинации, обладают седативным и антиагрессивным действием. Но отрицательной стороной типичных нейролептиков оказалась их возможность вызывать экстрапирамидные расстройства [1,4]. Уже с конца семидесятых годов были определены и другие уязвимые стороны в действии типичных нейролептиков. К ним относят: лекарственную дистонию (вызывает хлорпромазин), акатизию (галоперидол, френолон). А также лекарственный паркинсонизм и злокачественный нейролептический синдром (хлорпромазин, галоперидол), ортостатический коллапс (тиоридазин, сульпирид, клозапин). Влияние на кроветворную систему проявляется после 2-3 месяцев терапии в виде лейкопении и агранулоцитоза. Также некоторые нейролептики вызывают тромбоцитопению и анемию (трифлуперазин), лейкопению и гемолитическую анемию (хлорпромазин). Хлорпромазин может вызывать образование тромбов [3,6].

Решением этой проблемы стало открытие в 60-х гг. XX века атипичных нейролептиков, не вызывающих экстрапирамидные расстройства. Впервые описывалось использование клозапина для лечения психических заболеваний в Австрии и Германии. Как считается в настоящее время, ключевой особенностью атипичных нейролептиков считается их способность одновременно блокировать дофаминовые и серотониновые рецепторы, что определяет отсутствие такого побочного эффекта, как лекарственный паркинсонизм [2].

Применение нейролептиков должно быть «согласовано» с приемом других препаратов. Они усиливают действие седативных и снотворных средств, потенцируют действие наркотических анальгетиков, ослабляют эффект психостимуляторов. Не рекомендуется одновременное применение с антидепрессантами. Вместе с нейролептиками обязательно назначают корректоры (циклодол, паркопан, акинетон), которые снимают экстрапирамидные расстройства. Лишь лепонекс (азалептин) не требует применения корректоров [6].

Наличие большого ассортимента лекарственных препаратов, к сожалению, не гарантирует 100% - го успеха в лечении шизофрении. Это очень сложное, многогранное и еще не до конца изученное заболевание. Поэтому помощь, страдающим данной патологией должна быть комплексной, включающей как фармакотерапию, так и психотерапию, направленную на адаптацию больного в обществе.

#### Список использованной литературы

1. Губский Ю. И.. Лекарственные средства в психофармакологии. К.: Здоровье, Х.: Торсинг, 1997. – 288 с.
2. Данилов Д.С. Атипичный нейролептик клозапин (Азалептин): спектр терапевтических эффектов и повторная оценка эффективности при лечении шизофрении / Д.С. Данилов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. Т.21, № 4. – С. 58 – 63.
3. Малин Д. И. Побочные действия психотропных средств. – М.: Вузовская книга, 2000. – 208 с.
4. Мосолов С. Н., Калинин В. В. Применение типичных нейролептиков в психоневрологической практике. Информационное письмо МЗ РФ. М.,1998.
5. Снежневский А.В. Шизофрения. Цикл лекций 1964 г. – Отв. ред. проф. В.С. Ястребов — М.: МАКС Пресс, 2008. — 196 с.
6. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Аладышева Е.И. Основы психофармакотерапии: пособие для врачей. К.: Наук. Світ, 2007. — 148 с.

7. Рыженко И. М.. Побочные эффекты, связанные с особенностями применения антипсихотических средств. Национальный фармацевтический университет, кафедра фармакологии, НФаУ, 2003.
8. Фармакотерапия в неврологии и психиатрии / под ред.С.Д. Энна и Дж.Т. Койла - Пер. с англ. М.: Издательство МИА, 2007 г. - 800 с.
9. Фрит К., Джонстон Э. Шизофрения: Краткое введение / Пер. с англ. Ю. В. Крижевской. — М.: Астрель: АСТ, 2005. — 204 с.
10. Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Шизофрении/ Пер. с нем. И. Я. Сапожниковой. – М.: Алетейа, 1998. – 200 с.