

сочетающейся с сахарным диабетом, не отличалось. У этих больных частота поздней шизофрении у женщин (38,5%) имеет тенденцию к увеличению (на 9,9%) в сравнении с мужчинами (28,9%).

В основной группе больных средний возраст начала шизофрении составлял 38,1 лет, а спустя 10,9 лет проявился сахарный диабет II типа, когда их средний возраст составлял 49,0 лет. Манифестные проявления шизофрении (38,1), сочетающейся с сахарным диабетом, обнаружили на 10,5 лет позже, чем у больных шизофренией без этого эндокринного заболевания (27,6) ($P < 0,01$). У больных шизофренией, сочетающейся с сахарным диабетом, в четырех пятилетних интервалах от 10 - 14 лет и до 25 - 29 лет наблюдалось снижение частоты начала шизофрении. Суммарная частота манифестации психоза в этих возрастных интервалах составляла 29,6%, что на 34,6% меньше в сравнении с аналогичной величиной в контроле (64,2%) ($P < 0,001$). В возрасте 35 - 39 лет шизофрения проявилась в 20,7% случаев, что в 2,3 раза чаще, чем у больных контрольной группы (9,1%).

У больных основной группы поздняя шизофрения (36,1%) обнаруживалась в 3,5 раза чаще по сравнению с контрольными исследованиями (10,2%) ($P < 0,001$). Частота поздней шизофрении как среди 38 мужчин (28,9%), так и среди 117 женщин (38,5%) в 3,7 и 3,5 раза превышала показатели контрольной группы, где эти величины среди 76 мужчин и 234 женщин составляли 7,8 и 11,1% ($P < 0,001$).

Среди больных шизофренией, сочетающейся с сахарным диабетом II типа, параноидная форма (95,5%) наблюдалась на 6,5% чаще, а простая (1,9%) в 4,6 раза реже в сравнении с контролем, где эти синдромальные формы соответственно составляли 89,0, 8,7% ($P < 0,01$). Частота кататонической формы в изучаемых группах не отличалась. Течение шизофренического процесса у больных шизофренией характеризовалось увеличением в 3,4 раза частоты рекуррентного (26,4%) течения и уменьшением в 1,8 раза частоты прогрессивного (23,9%) течения в сравнении с контрольными исследованиями (соответственно 7,7 и 43,6%) ($P < 0,001$). Частота приступообразно - прогрессивного течения шизофрении в изучаемых группах не отличалась и соответственно составляла 49,7 и 48,7%.

Увеличение частоты параноидной формы при шизофрении, сочетающейся с сахарным диабетом, согласуется с указаниями других исследователей [14 - 16, 18]. Преобладание в других работах [1, 17] приступообразно - прогрессивного течения шизофрении при сочетании с сахарным диабетом, а не рекуррентного типа течения заболевания, очевидно, обусловлено тем, что малочисленные выборки этих больных были отобраны из популяции с высокой частотой близко родственных браков.

Распределение типов течения шизофрении, сочетающейся с сахарным диабетом не отличалось в группах 56 больных поздней шизофрении и 99 больных шизофренией с манифестацией заболевания до 39 лет, среди которых прогрессивное течение соответственно составляло 17,9 и 27,3%, приступообразно - прогрессивное 57,1 и 45,4, а рекуррентное - 25,0 и 27,3% ($P > 0,03$).

В контрольной группе 238 больных шизофренией, заболевание у которых проявилось в возрасте до 39 лет, частота прогрессивного (43,2%), приступообразно - прогрессивного (47,8%) и рекуррентного (9,0%) и в группе 32 больных с поздней шизофренией, где эти типы течения соответственно составляли 46,9, 46,9 и 6,2% различий не выявлено ($P > 0,3$). Однако, у 56 больных поздней шизофренией, сочетающейся с сахарным диабетом, частота рекуррентного (25,0%) типа течения увеличена, а прогрессивного (17,9%) - уменьшена в сравнении с 32 больными поздней шизофренией контрольной группы, у которых эти величины соответственно были равны 6,2 и 46,9% ($P < 0,05$).

Таким образом, частота сахарного диабета II типа у больных шизофренией меньше, чем в общем населении. Шизофрения, сочетающаяся с сахарным диабетом II типа, дебютирует преимущественно в возрасте после 35 - 39 лет, или в более позднем возрасте и имеет благоприятное течение. Это эндокринное заболевание не только препятствует проявлению шизофренического генокомплекса, но и влияет на его экспрессивность. Шизофрения и связанные с ней биологические особенности способствуют легкому течению сахарного диабета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимов Х.А., Шаюсупова А.У., Арипов А.Н. Психические нарушения при сахарном диабете.- Ташкент: Медицина, УзССР, 1987. - 67 с.
2. Бачериков Н.Е., Бачериков А.Н. Шизофрения //Клиническая психиатрия. - Киев, Здоров'я, 1989. - С. 319 - 361.
3. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. - М., Медицина, 1977, 173 с.
4. Мазовецкий А.Г., Великанов В.К. Сахарный диабет. - М.: Медицина, 1987. - 288 с.
5. Мехтиева З.Х. К клинике поражения нервной системы при сахарном диабете //Журн. невропатол. и психиатр. - 1966. - N 11. - С. 1647 - 1652.
6. Морковкин В.М., Картелишев А.В. Патохимия шизофрении (патогенетические, диагностические и прогностические аспекты). - М.: Медицина, 1988. - 266 с.
7. Плохинский Н.А. Биометрия.- 2-е изд.- М.: МГУ, 1970. - 336 с.
8. Полищук И.А. Биохимические синдромы в психиатрии. - Киев, Здоров'я, 1967. - 134 с.
9. Сунцов Ю.И., Мазовецкий А.Г., Жуковский Г.С. Распространенность сахарного диабета и нарушенной толерантности к глюкозе у лиц трудоспособного возраста (Одномоментное популяционное исследование) // Проблемы эндокринологии. - 1984. - N 3. С. 11 - 15.
10. Фогель Ф., Мотульски А. Генетика человека. - М.: Мир.- 1990.- Т. 2.- 378 с.
11. Штенгерг Э.Я. Возрастные изменения клиники // Шизофрения. Клиника и патогенез. - М.: Медицина, 1969. - С. 120 - 166.
12. Bleuler M. Endocrinologische psychiatrie. - Stuttgart: Fisher, 1954. - 375 S.
13. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie (Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns). - Stuttgart: 1958. - 198 S.
14. Hiles B.W. Hyperglycemia and glucosuria following chlorpromazine therapy //JAMA, 1956. - Vol. 162. - N 18. - P. 1651.
15. John B.D. Diabetes in schizophrenia and diabetes nonpsychotic medical patients //Dis. nerv. syst. - 1969. - Vol. 30. - N 5. - P. 341 - 344.
16. Marinov A. Diabetes in chronic schizophrenia //Dis. nerv. syst.- 1971. - Vol. 11. - N 11. - P. 778 - 779.
17. Moellenhoff A., Moellenhoff F. Schizophrenia combined with severe diabetes //The journal of nervous and mental disease. - 1942. - V. 95. - N 3. - P. 310 - 315.
18. Thonnard - Neumann E. Phenothiazines and diabetes in hospitalized women //Amer. J. Psychiat. - 1961. - N 1. - P. 124 - 127.

А.А. Двірський

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ЯК ЧИННИК ПІЗНЬОГО ПОЧАТКУ ШИЗОФРЕНІ І ЇІ СПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ

Кримській медичний інститут

Частота цукрового діабету ІІ типу у хворих на шизофренію менше, чим у загального населення. Шизофренія при збігу з цукровим діабетом ІІ типу починається переважно у віці після 35 - 39 і після 40 років і має сприятливий перебіг. Це ендокринне захворювання не тільки запобігає пенетрантності шизофренічного генокомплексу, але і впливає на його експресивність. Шизофренія і зв'язані з нею біологічні особливості сприяють легкому перебігу цукрового діабету. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1997. № 1 (3). - С. 74-77).

A.A. Dvirsky

DIABETES MELLITUS IN AS THE FACTOR OF A LATER BEGINNING SCHIZOPHREINIA AND ITS FAVORABLE CURRENT

Crimean Medical Institute

The frequency of diabetes mellitus II type schizophrenic patients is lower than in general population. The age of manifestation or onset of schizophrenia combined with diabetes mellitus II type mainly described after 35 - 39 and after 40 years and has a favourable course. The obtained data demonstrate that diabetes mellitus not only prevent penetration of "schizophrenic" gene - complexes, but also essentially influence on its expression. Schizophrenia and its biological peculiarities make the course of diabetes more favourable. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1997. - № 1 (3). - P. 74-77).

Поступила в редакцію 30.04.97

О ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИИ С ПРЕМОРБИДНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЛИЧНОСТИ

Киевское городское специализированное психоневрологическое медицинское объединение.

Ключевые слова: депрессии, клинические проявления, психопатология, преморбид, корреляция.

Детальному анализу подвергнуты 242 больных с различными депрессивными состояниями, которые наблюдались в Киевском городском специализированном психиатрическом медицинском объединении в последние 3 года. В нозологическом плане эта группа не была однородной, однако основу составили больные с эндогенными депрессиями. Не вошли в данный материал бесспорные в диагностическом отношении случаи органической депрессии, не делался акцент на шизофренических депрессиях, а также на различных вариантах депрессий позднего возраста.

По возрастному составу преобладали больные среднего возраста. Женщины составили 74% от общего числа больных (179 человек), мужчины - 26% (63 человека).

По диагнозам больные распределились следующим образом:

1. Реактивные депрессии-16 человек (6,6%).
2. Невротические депрессии-46 человек (19,0%).
3. Периодические депрессии-122 человека (50,4%).
4. Циркулярные депрессии-53 человека (21,9%).
5. Шизоаффективные депрессии-5 человек (2%).

Соотношение циркулярной и периодической депрессий в целом совпадает с данными других авторов (Кутько И.И., 1978; Полищук И.А., 1976; Вертоградова О.П., Дементьев Н.Ф., 1981). Были установлены следующие синдромы:

1. Заторможенный, апатически-депрессивный синдром - 45 больных (18,6%);
2. Ажитированный, тревожный, агрессивно-депрессивный синдром - 78 больных (32,2%);
3. Ступорозная, тревожно-боязливая депрессия-57 больных (23,5%);
4. Ипохондрический синдром -15 больных (6,2%);
5. Неврастенический, вегетативно-дистони-

ческий синдром - 19 больных (7,9%);

6. Фобический, ананкастически-депрессивный синдром -10 больных (4,2%);

7. Параноидно-депрессивный синдром-12 больных (5,0%);

8. Депрессия с преобладанием деперсонализационных расстройств - 4 больных (1,6%);

9. Другие - 2 больных (0,8%).

Краткая психопатологическая характеристика отдельных типов депрессивных расстройств была следующей.

Большая часть наблюдаемых нами больных с заторможенным, апатически депрессивным синдромом по характеру предъявляемых жалоб соответствовала описанному Н.Weitbrecht синдрому "потери инициативы". Эти больные отличались безразличием и общим состоянием обездвиженности. В отдельных случаях адинамия доходила до состояния аспонтанности. Больные этой группы жаловались на слабость, потерю сил и энергии, в отдельных случаях на оцепенение, "скованность" в мышцах. Больные предоставленные сами себе могли лежать часами. Некоторые больные этой группы отмечали не столько физическую слабость, сколько потерю импульса к спонтанной активности. Выполнять неотложные повседневные обязанности по дому больные могли лишь по принуждению. Для отдельных больных чувство апатии, безрадостности, потери заинтересованности было крайне тягостным, они предъявляли жалобы на тяжелые душевные страдания, вызываемые этими переживаниями.

Больных ажитированной, тревожно-агрессивной депрессией отличала нечеткая выраженность суточных колебаний настроения, неотчетливость идей самообвинения и самоосуждения. В большинстве случаев "указатель" вины (W.Scheid), был направлен на окружающее. Не были выражены у этой группы больных и соматические расстройства, характерные для депрессии. У части больных этой категории отме-

чалась раздражительность, иногда даже злобливость. Клиническая картина заболевания в этих случаях приобретала дисфорический оттенок и состояние у этих больных в значительной степени приближалось к описанным R.Lemke депрессиям с преобладанием расстройств типа "Unlust".

Наиболее выраженным и тягостным чувство бесчувствия было у больных с преобладанием деперсонализационных расстройств преимущественно в рамках анестетической меланхолии. Следует отметить атипичность депрессивной деперсонализации у данной группы больных, подробно описанную А.Б. Смулевичем и Г.М. Румянцевой (1970). В случае относительно легкого проявления депрессии чувство бесчувствия затрагивало преимущественно лишь высшие эмоции. Больные оставались безучастными к радостям и бедам близких и родственников. У них не было прежнего богатства душевных переживаний музыки, прочитанного, картин природы. При наибольшей выраженности такого рода деперсонализационных явлений картина депрессий во многом совпадала с описанным J.Berze состоянием "гипотонии сознания", которому свойственна утрата психической активности собственного "Я".

Наиболее "типичные" депрессивные расстройства были выявлены при ступорозной, тревожно-боязливой депрессии, клинические проявления которой характеризовались умеренно выраженными соматическими расстройствами типичными для аффективных заболеваний, резко выраженной подавленностью с чувством тоски. Идеи самообвинения и самоосуждения у этой группы больных прослеживались более четко. Почти все больные с данным синдромом отмечали связь между степенью выраженности депрессивных проявлений и временем суток. Однако суточные колебания в состоянии больных отмечались в начале фазы, но исчезали в период наибольшей выраженности депрессии и появлялись вновь при уменьшении ее интенсивности. Кроме того, именно этому типу депрессивных проявлений предшествовала более или менее длительно протекающая продромальная стадия. Для таких случаев было характерно возникновение гиперестетической астенической стадии с присущими ей раздражительностью и быстрой утомляемостью и присоединением в дальнейшем вегетативных и функциональных соматических расстройств.

Параноидная депрессия отмечена нами у 12 больных. В 7 случаях симптоматика квалифицирована как истинно аффективная, в остальных

5 случаях - как шизофреническая.

Параноидные проявления при МДП по мнению ряда авторов (Т.Ф.Пападопулос, 1970; Е.В. Паничева, 1976) могут проявляться либо как утрированные сверхценные суждения (сверхценный бред), либо как истинный депрессивный бред (бред самообвинения, бредовой переоценки биографии, бред неминуемого наказания, гибели от болезни, инвалидизации и т.д.). У большинства больных с синдромом параноидной депрессии в рамках МДП (5 человек) бредовые расстройства носили сверхценный характер. Источником самообвинения в большинстве случаев было ощущение своей несостоятельности и беспомощности, тревожное опасение и тягостное чувство тоски. Как справедливо указывает Ю.Л. Нуллер (1988), в структуре депрессивного бреда при преобладании тревоги больше звучит мотив угрозы извне, при доминировании тоски - она направлена на себя. В наших случаях это проявлялось сверхценными бредовыми идеями отношения, "сделанности" болезни в одних случаях и идеями греховности, самообвинения - в других. В отличие от бредовых больных при других эндогенных расстройствах больные параноидной депрессией при МДП не чувствовали себя безвинно преследуемыми, а считали, что их преследуют потому, что они виноваты и имеют "что-то на совести". Отношение к преследователям у больных с параноидной депрессией в целом было "покорным". Отдельные больные искали спасение в самоубийстве.

Суицидальные намерения различной степени выраженности выявлены у 44,6% всех обследованных больных (106 человек). Данные о частоте суицидальных мыслей и намерений при эндогенной депрессии по данным литературы крайне разноречивы. А.М.Понизовский (1980), Н.Е. Бачериков (1989) различные формы суицидальной активности отмечали приблизительно у 50-60% больных маниакально-депрессивным психозом и циклотимией, а собственно суицидальные попытки - у 10-15%. А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко указывают на превышение суицидального риска при данной форме психоза по сравнению с общей популяцией в 48 раз. Ю.Л. Нуллер (1988) указывает, что приблизительно 15% причин смерти больных эндогенной депрессией составляют суициды, а 77% погибших в результате суицида психически больных страдали эндогенной депрессией.

Истинные депрессивно-бредовые переживания отмечены у 2 из 7 больных, страдающих МДП и характеризуются стойким убеждением