doi: 10.17116/jnevro20151151123-5

К вопросу о патоморфозе при шизофрении

А.С. ТИГАНОВ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

The pathomorphosis of schizophrenia

A.S. TIGANOV

Mental Health Research Center, Moscow

Рассматривается проблема патоморфоза — изменений в клинических проявлениях эндогенных психических заболеваний (шизофрения, депрессия) со времени их классического описания. Констатируется, что общая тенденция изменений при шизофрении выражается в развитии более благоприятно протекающих форм заболевания, а при депрессии — в преобладании затяжных и ларвированных ее вариантов. Указанные изменения обсуждаются с позиций истинного (естественного) патоморфоза и патоморфоза терапевтического (индуцированного). Подчеркивается относительность разделения этих видов патоморфоза и недостаточная изученность проблемы патоморфоза в психиатрии в целом.

Ключевые слова: *эндогенные психические заболевания, патоморфоз клинических проявлений, истинный (естественный) патоморфоз, терапевтический (индуцированный) патоморфоз.*

The author considers the problem of pathomorphosis, i.e. the changes in clinical presentation of endogenous mental diseases (schizophrenia, depression), since the time of its classical description. There is a general trend towards the development of forms with more favorable course in schizophrenia and the domination of prolonged and masked variants in depression. These changes are discussed in aspects of true (natural) pathomorphosis and therapeutic (induced) pathomorphosis. The relative character of this stratification and insufficient understanding of the problem in psychiatry in general are emphasized.

Keywords: *endogenous mental disorders, pathomorphosis of clinical presentations, of true (natural) pathomorphosis, therapeutic (induced) pathomorphosis.*

Проблема патоморфоза в медицине и, особенно, в психиатрии представляется чрезвычайно сложной и важной.

Существуют различные определения патоморфоза: «изменение клинико-анатомических проявлений болезни, а также структуры заболеваемости и смертности под влиянием различных воздействий», «поправка к установившимся представлениям о стабильности нозологических форм» и т.д. [1—3]. Термин «патоморфоз» часто используется в анатомии, микробиологии, клинике, особенно в клинике инфекционных заболеваний; в психиатрии термин употребляется достаточно широко, но не всегда адекватно.

Понятие патоморфоза было введено в медицину W. Hellpach [4], который описал изменение клиники и нейроморфологии сифилиса под влиянием активной химиотерапии.

W. Doerr в 1956 г. [5], описывая границы и формы патоморфоза, выделил *естественный патоморфоз* со спонтанным изменением картины болезни, возникшим вследствие изменений как внешних причин болезни, так и внутренних (изменение конституции личности), и *индуцированный*, или *терапевтический, патоморфоз* — изменение болезни, вызванное терапией. Противопоставление этих видов патоморфоза не всегда адекватно. Вслед за W. Doerr патоморфозом стали называть, с одной стороны, изменение заболеваемости и смертности в больших популяциях, с другой — существенное изменение картины определенной болезни под влиянием различных факторов среды.

Л.К. Хохлов [6, 7] предложил термин «интранозоморфоз», под которым понимал изменение в клинической картине по сравнению с типичными проявлениями заболевания. В дальнейшем появились утверждения, что патоморфоз может касаться различных сторон той или иной болезни: симптоматики (интрасиндромальный патоморфоз), состояния, симптомокомплексов (интерсиндромальный патоморфоз), последовательности возникновения синдромов (интрадинамический патоморфоз, соотно-

© А.С. Тиганов, 2015

шения между формами течения (интердинамический патоморфоз). Некоторые исследователи выделяют положительный патоморфоз — с тенденцией к развитию защитно-компенсаторных механизмов организма, а также отрицательный патоморфоз — утяжеление картины болезни, увеличение числа приступов заболевания. В настоящее время ряд исследователей предлагают выделять такие виды патоморфоза, как клинический (стойкое длительное изменение картины болезни), патогенетический (изменение патогенетических механизмов, лежащих в основе заболевания), анатомический (изменение анатомической картины, свойственной заболеванию), а также патоморфоз социально-психологический (под которым понимают изменение социального функционирования больных, проявляющееся в трудовых и социально-бытовых возможностях пациента).

Наиболее сложной и дискуссионной является проблема патоморфоза при шизофрении. В соответствующих работах [8, 9] можно найти как излишне прямолинейные высказывания в отношении патоморфоза при шизофрении, так и крайне осторожные оценки наблюдаемых изменений.

Можно лишь определенно утверждать, что при шизофрении с течением времени стали наблюдаться определенные изменения в клинической картине болезни, что можно расценивать как проявления истинного патоморфоза.

Касаясь наиболее злокачественных вариантов течения шизофрении, а именно юношеской злокачественной формы, следует отметить значительное урежение этих случаев. При этом наблюдается явное увеличение числа случаев приступообразно-прогредиентной шизофрении с дебютом в юношеском возрасте, напоминающим клинику симплекс-синдрома, с возникновением у ряда больных психозов, сходных с аналогичными, свойственными ядерной шизофрении и мало отличающимися от них, но с развитием в последующем не конечного состояния, а ремиссии с выраженными чертами дефекта. Обращает также на себя внимание сокращение числа больных с конечными состояниями, а также уменьшение глубины и объема поражения психической деятельности в случаях с непрерывным течением.

Есть основания отмеченные изменения расценивать как проявления истинного патоморфоза. Однако вряд ли в этих случаях можно полностью игнорировать влияние психофармакологии, которая, как правило, назначается сразу же после дебюта болезни. Вместе с тем достаточная шизокарность эндогенного болезненного процесса вряд ли может быть существенно изменена современными психофармакологическими средствами.

Достаточно убедительными выглядят приводимые О.Д. Сосюкало и соавт. [10, 11] данные, касающиеся изменения клиники шизофрении у подростков, что проявляется в резком уменьшении частоты острых психотических состояний, увеличении числа случаев с медленным развитием заболевания, замедлением деструктивных тенденций шизофренического процесса, учащением психопатоподобных расстройств и уменьшением частоты аффективных и галлюцинаторно-параноидных расстройств. Несомненным достоинством этих исследований представляется то обстоятельство, что сравнение групп пациентов проводилось с 20-летним интервалом. Нельзя не согласиться с авторами, что в данном случае речь идет не о медикаментозном патоморфозе, так как учащение психопатоподобных расстройств, наблюдаемых на инициальных этапах заболевания, отмечалось задолго до начала применения психотропных средств. Генез основных тенденций патоморфоза, по мнению авторов, не может быть объяснен и явлениями акселерации: он более сложен и обусловлен комплексом биологических и социально-средовых факторов.

Что касается депрессии, то в проведенных О.П. Вертоградовой [12] исследованиях была установлена тенденция к затяжному ее течению, особенно при монополярных депрессиях, что вряд ли может быть объяснено лекарственным патоморфозом. Обращает на себя внимание учащение случаев ларвированных депрессий, однако здесь необходим тщательный анализ этого явления. Не исключена возможность, что речь может идти о расширении диагностики соответствующих состояний.

Что касается медикаментозного патоморфоза, то следует быть осторожными в отношении этого термина. Достаточно длительное наблюдение групп пациентов, получающих психофармакологическую терапию, может приблизить к пониманию этого явления.

Г.Я. Авруцкий и А.А. Недува [13, 14] еще в конце XX века обращали внимание на то, что не следует ставить знак равенства между лекарственным патоморфозом и особенностями клинических изменений психоза в ходе терапевтического воздействия.

Тем не менее определение лекарственного патоморфоза как явления трансформации клинической картины и течения болезни в условиях терапии в случаях, когда эти изменения приобретают закономерный характер, что делает их типичным явлением, изменяющим общепринятый клинический стереотип, представляется достаточно удачным.

Возвращаясь к шизофрении, следует отметить, что изучение проявлений лекарственного патоморфоза при этом заболевании дает возможность наблюдать тенденцию к более доброкачественному течению: отмечаются более умеренный характер прогредиентности процесса, меньшая тяжесть психопатологических состояний, а также высокая частота незавершенных картин острых онейроидно-кататонических состояний с преобладанием чув-

ственного бреда, в то время как картины развернутых онейроидных состояний в последние годы являются раритетом. Исследование аффективных состояний при шизофрении показывает, что они имеют тенденцию к трансформации из острых развернутых психозов в затяжные с преобладанием циклотимоподобных расстройств и расстройств неврозоподобного круга. Одновременно с этим создается впечатление, что патоморфоз не коснулся ряда резистентных в отношении терапии психозов: отмечается широкий круг состояний с высокосистематизированным интерпретативным (паранойяльным) бредом мономорфной или полиморфной структуры, при этом нейролептические средства не купируют и не ослабляют бредовые конструкции и не уменьшают интенсивность связанного с ними аффективного напряжения.

Сказанное относится и к большой группе затяжных депрессий (в том числе и хронических), при которых лечение антидепрессантами, а также их сочетанием с нейролептиками оказывается малоэффективным.

Приведенные факты ни в какой степени не зачеркивают результаты исследований в области клинической психофармакологии, суть которых заключается в том, что наличие избирательной психотропной активности позволяет с большой вероятностью прогнозировать динамику синдрома. В этом отношении жесткое подразделение патоморфоза на истинный и медикаментозный относительно.

Как известно, существует большое число градаций патоморфоза, многие из которых вряд ли следует расценивать как квалификационные категории. Вместе с этим оценки патоморфоза как кратковременного или долгосрочного, положительного или отрицательного, интерсиндромального или интрасиндромального могут быть использованы при создании инструмента для углубленного изучения этой проблемы, к которой в последние годы отмечается некоторое снижение интереса, что, по-видимому, связано с недостаточной определенностью явления патоморфоза и известной условностью выделяемых его вариантов.

Исследование патоморфоза в психиатрии должно осуществляться психиатрами-клиницистами, имеющими большой опыт работы, с идентичными или близкими взглядами на психопатологию, клинику психических заболеваний и сущность понятия патоморфоза. Создание инструмента для изучения патоморфоза психических заболеваний и, в частности шизофрении, тщательная разработка программы исследований, а также применение мультидисциплинарного подхода — обязательные условия успешного решения этой проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Двирский А.Е. Факторы патоморфоза шизофрении. *Архив психиатрии.* 2004;3:86-88.
2. Лангун И.Я. Общий патоморфоз и патоморфоз в психиатрии. В кн.: *«Причинность шизофрении»*. Липецк. 2008.
3. Исханова Д.Т. *Современные тенденции патоморфоза шизофрении. Сборник «Актуальные вопросы медицинской науки»*. Материалы международной заочной научно-практической конференции (5 сентября 2012 г.). Новосибирск: Сибирская ассоциация консультантов; 2012.
4. Hellpach W. Patomorphosen. *Med Welt.* 1929;3:478-479.
5. Doerr W. Uber Pathomorphose. *Arztl Wschr.* 1956;II:121-128.
6. Хохлов Л.К. Социальные аспекты патоморфоза психических заболеваний. *Социальная клиническая психиатрия.* 1992;1:2:70-76.
7. Хохлов Л.К. Общие интересы эпидемиологии и патоморфоза психических заболеваний. Сборник *«Эпидемиология и патоморфоз психических заболеваний»*. 2009.
8. Педак А.А., Чуприков А.П. Дестигматизация: психиатрия или нейропсихиатрия, шизофрения или нейрокогнитивная дисфункция. Блог *«Факты и комментарии»*. 2010. Доступно по: http://anatoliypedak.blogspot.co.uk/2010/11/blog-post_10.html. Ссылка активна на 01.11.2015
9. Перехов А.Я. *Патоморфоз психических расстройств на примере эндогенных заболеваний. Психиатрия на рубеже тысячелетий.* Материалы научно-практической конференции психиатров с международным участием. Ростов-на-Дону, 15-17 июня 2011 г.
10. Сосюкало О.Д., Калашникова А.А., Большаков А.Г. Основные закономерности патоморфоза психопатоподобных проявлений при шизофрении у детей и подростков. В кн.: *Нарушения поведения у детей и подростков.* М. 1981;24-33.
11. Сосюкало О.Д., Калашникова А.А. О патоморфозе шизофрении у детей и подростков. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1977;77:10:1539-1543.
12. Вертоградова О.П. Эндогенные и экзогенные механизмы патоморфоза депрессий. В кн. *Эндогенные депрессии. Клиника и патогенез.* Под ред. А.С. Боброва. Иркутск. 1992.
13. Авруцкий Г.Я. Некоторые общие закономерности лекарственного патоморфоза шизофрении. В кн.: *Вопросы психофармакологии.* Под ред. Г.Я. Авруцкого. 1976;4:5-15.
14. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. *Лечение психически больных.* М.: Медицина; 1988.