

Информация об авторах: Куликов Леонид Константинович – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Шалашов Сергей Владимирович – врач-хирург, к.м.н., 664013, Иркутск, а/я 81, тел. (3952) 633-381, e-mail: Sha62@bk.ru; Егоров Иван Александрович – врач-хирург; Михайлов Александр Леонидович – врач-хирург, тел. (3952) 638126; Буслаев Олег Александрович – заведующий отделением, тел. (3952) 638163; Привалов Юрий Анатольевич – доцент кафедры, к.м.н., тел. (3952) 638157; Собонович Владимир Филиппович – доцент кафедры, к.м.н., тел. (3952) 638156; Смирнов Алексей Анатольевич – ассистент кафедры, к.м.н., тел. (3952) 638176; Горбунов Игорь Александрович – врач-анестезиолог, тел. (3952) 638138.

© ИВАНОВА Л.А., РОЖКОВА М.Ю., БОБРОВ А.С. – 2012
УДК 616.895.1-07

СУБКАТАТОНИЧЕСКАЯ И КАТАТОНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА В КЛИНИКЕ МАНИФЕСТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО ВАРИАНТА ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Людмила Александровна Иванова, Марина Юрьевна Рожкова, Александр Сергеевич Бобров
(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. – д.м.н., проф. А.С. Бобров)

Резюме. В группе больных с манифестным депрессивным вариантом шизоаффективного расстройства (n=51) выявлена субкататоническая и кататоническая симптоматика (19,6%). Отмечены преходящие субкататонические эпизоды в дебюте манифестного приступа (70%), в 3 (30%) наблюдениях – кататонический ступор в сочетании с онейроидной симптоматикой. Попытка назначения атипичных антипсихотиков или близких к ним (зуклопентиксол) у больных с субкататонией имела следствием развитие начальных проявлений злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС), что потребовало временной отмены антипсихотической терапии. Проведена интенсивная инфузионная терапия с коррекцией основных параметров гомеостаза больным как с онейроидно-кататоническим синдромом, так и с начальными проявлениями ЗНС. После редукции соматоневрологических нарушений, нормализации биохимических показателей назначена терапия препаратами из группы атипичных антипсихотиков. В 2 наблюдениях при сохранении соматических нарушений и помрачения сознания проведена комбинированная инфузионная и электросудорожная терапия.

Ключевые слова: депрессия, субкататония, кататония, галлюцинации, бред, шизоаффективное расстройство, терапия.

SUBCATATONIC AND CATATONIC SYMPTOMS IN CLINICAL PICTURES OF MANIFEST DEPRESSIVE VARIANT OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

L.A. Ivanova, M.Y. Rozhkova, A.S. Bobrov
(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education)

Summary. In the group of patients with depressive variant of schizoaffective disorder (n=51) subcatatonic and catatonic symptoms were revealed (19,6%). It was noted subcatatonic passing episodes in the manifest attack debute (70%), in 3 cases (30%) – catatonic stupor in combination with oneiric symptoms. The attempt of indication of atypical antipsychotics or close to them (zuclopenthixol) in patients with subcatatonia had as a consequence the development of initial manifestation of malignant neuroleptic syndrome (MNS), that demanded cancellation of antipsychotic medicines. Intensive infusion therapy with correction of key parameters of a homeostasis was carried out both in patients with oneiric-catatonic syndrome and in those with initial manifestation of MNS. After reduction of somatoneurological disturbances and normalization of biochemical indices the therapy with medicines from the group of atypical antipsychotics was indicated. In 2 cases in preservation of somatic violations and consciousness obscuration the combined infusion and electroconvulsive therapy was carried out.

Key words: depression, subcatatonia, catatonia, hallucinations, raving, schizoaffective disorder, therapy.

В зарубежной и отечественной литературе со времен К.Л. Кахльбаум (1863) среди кататонических расстройств выделяют люцидную кататонию, протекающую без расстройств сознания; малую кататонию – с ритуалами застывшей манерности, при попытке помешать совершению манерного ритуала возможны проявления агрессии; онейроидная кататония возникает на фоне онейроидного расстройства сознания; периодическая – с сочетанием гиперкинезов и акинезов; проскинетическая кататония – с пассивным следованием импульсу извне, стереотипным манипулированием предметами, которое при значительной выраженности напоминает двигательные итерации. Смертельная (летальная) кататония сопровождается кататоническим возбуждением, наличием кожных геморрагий, высокой температурой тела, патологическими изменениями в кроветворной системе, рассматривается как злокачественно текущая форма фебрильной шизофрении [1].

Малая кататония как редуцированный вариант кататонического синдрома характеризуется наличием отдельных его проявлений (манерность, избегание взгляда собеседника, беспричинные улыбки, внезап-

ные неожиданные движения, эпизодические эхолалии, кратковременные несистематические остановки в движениях и речи). Малая кататония обычно представлена отдельными кататоническими включениями в клинической картине психотического состояния: при этом ступор и обездвиженность не достигают значительной выраженности и носят кратковременный, эпизодический характер.

Систематическим изучением шизоаффективного психоза в отечественной психиатрии в последние два десятилетия занят коллектив сотрудников отдела эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАМН [2,5,9,10,11,12,13]. Среди описаний выделенных ими шести клинических вариантов шизоаффективного психоза нам не встречалось упоминание о наличии в структуре манифестного приступа субкататонической (малая кататония) симптоматики. Между тем повседневная клиническая практика применительно к диагнозу шизоаффективного расстройства по МКБ-10 (F.25) свидетельствует о такой возможности. Включение в настоящее исследование единичных наблюдений с развращенной кататонической симптоматикой в сочетании с

наглядно-образным бредом воображения (онейроид) оправдано тем обстоятельством, что ряд отечественных авторов до принятия отечественной психиатрией МКБ-10 (1994) склонены рассматривать в качестве единого диагноза рекуррентную (шизоаффективную) шизофрению с выделением многолетних аффективно-бредовых и аффективно-галлюцинаторно-бредовых приступов [8] либо объединять в клиническом анализе и оценке социально-трудовой адаптации больных шизоаффективным психозом в рамках шизофрении с рекуррентным и приступообразно-прогредиентным типом течения с аффективно-параноидной, онейроидно-кататонической и галлюцинаторно-параноидной структурой приступов [6].

Цель работы: выявление частоты субкататонической и кататонической симптоматики в клинике депрессивного варианта шизоаффективного расстройства (ШАР); определение адекватной терапевтической тактики ведения этой категории больных.

Материалы и методы

Среди изученной группы больных с манифестным депрессивным вариантом ШАР (n=51) на различных этапах течения приступа выявлено 10 наблюдений (19,6%), из них – с эпизодами субкататонической симптоматики (70%), реже – с очерченным кататоническим статусом (30%). По полу больные распределились следующим образом: женщин было 6 (60%), мужчин – 4 (40%). Возраст к моменту манифестного депрессивного проявления ШАР (1-й порядковый номер приступа) составил у большей половины больных 18-20 лет (60%); в остальных случаях возраст колебался в пределах 22-36 лет.

Результаты и обсуждение

У большей части больных (70%) отмечено наличие переходящих субкататонических эпизодов (малая кататония). Субкататоническая симптоматика была представлена со слов родственников кратковременными эпизодами «замирания» в течение нескольких минут в одной позе с отсутствием реакции на внешние раздражители, либо немигающим взглядом, ответами на вопросы через продолжительные паузы в сочетании с эхалалиями, двигательными стереотипиями (жевательные движения). Эпизоды застывания в одной позе могли сменяться двигательным возбуждением. В ином случае это были более развернутые эпизоды в виде застывания во время приема пищи, мытья посуды, удерживания в одном положении приподнятой и согнутой в коленном суставе нижней конечности. Субкататоническая симптоматика не имела тенденции к нарастанию тяжести и трансформации в кататонический ступор.

Эпизоды субкататонической симптоматики могли возникать в дебюте приступа, в том числе на догоспитальном этапе, на фоне очерченной депрессии с тоскливым оттеком гипотимии, повышенной утомляемостью в ответ на незначительное физическое усиление до степени витальной деперсонализации (больной большую часть дня проводил в постели), нарушениями сна в виде сочетания ранней и средней инсомнии. При этом эпизоды субкататонической симптоматики могли перемежаться с проявлениями симптоматически бедного панического расстройства и сопровождаться психомоторным возбуждением. Активный этап течения приступа у этого больного характеризовался ориентированным онейроидом с фабулой борьбы мировых держав и необходимостью выбора с чьей-либо стороны в глобальном конфликте. В ином случае эпизод субкататонической симптоматики возникал на этапе течения приступа с наличием бредового восприятия; в последующем возникло бредовое погружение в философское мироощущения с компульсивными навязчивостями в виде хождения спиной к двери («нельзя поворачиваться спиной к священным предметам»), ходьбы с левой ноги, трое-

кратным переворачиванием мыла во время мытья рук, а также выдыханием плохой энергии из носа в мусорное ведро и определяющим весь приступ в целом вербальным псевдогаллюцинозом. Субкататонические эпизоды могли возникать в структуре развернутого приступа с вербальным псевдогаллюцинозом, систематизированной бредовой фабулой по типу игры «в головоломки с маньяком» – бывшим соседом по дому, человеком с криминальным прошлым («хочет для меня той же судьбы, но я сопротивляюсь»). В ином случае эпизоды субкататонической симптоматики в дебюте приступа с ипохондрической фабулой бреда («решила, что больна сифилисом») могли чередоваться с приступами по типу ипохондрического раптуса и написанием предсмертной записки в адрес близких, прощением с подругами. На последующем этапе течения приступа у этой больной сохраняется ипохондрическая фабула бреда без рецидивирования эпизодов субкататонической симптоматики. В одном наблюдении повторяющиеся эпизоды субкататонической симптоматики в виде застывания в одной позе в течение дня сменялись в ночные часы психомоторным возбуждением («ходила из угла в угол») с кратковременным ориентированным онейроидом («вижу тьму – вокруг меня умершие родственники»). При этом приступ в целом имел полиморфную клиническую картину с основным ведущим психопатологическим синдромом в виде истинного вербального галлюциноза с перемежающейся факультативной симптоматикой в виде отрывочных зрительных галлюцинаций, бреда интерметаморфозы, ложной беременности, а также, как уже упоминалось, эпизодом наглядно-образного бреда воображения (ориентированный онейроид) с обыденным, но драматическим содержанием.

Значительно реже в структуре манифестного депрессивного ШАР отмечено наличие развернутой кататонической симптоматики (n=3). Это мог быть субступор с гипергидрозом, гиперемией ладоней и стоп, явлениями восковой гибкости, повышением температуры до субфебрильных цифр на первом этапе развернутого приступа. При этом содержание психотических переживаний соответствовало онейроиду («вокруг меня непонятный мир, ожидание катастрофы»). Доминирующий фон настроения оставался депрессивным, в том числе с витализацией депрессивного аффекта («ощущение давления в области сердца»). В другом случае состояние кататонического ступора характеризовалось наличием симптома зубчатого колеса, восковой гибкости, повышением тонуса мышц шеи, положительного симптома подушки; последний сменялся двигательным возбуждением с вербальным галлюцинозом («разговаривала с мнимым собеседником»); на выходе из приступа отмечалась полная амнезия содержания психотических переживаний этого периода приступа. Примечательным является наличие у этой больной в дебюте приступа «вещих снов», эпизодов бредовой деперсонализации, отдельных проявлений психического автоматизма («читают мои мысли») при сквозном синдроме на протяжении всего приступа вербального галлюциноза. У всех больных с развернутой кататонической симптоматикой выявлялись вегетативные нарушения: бледность, влажность кожных покровов, сальность лица, волос; подъем температуры до субфебрильных цифр. Среди кардиоваскулярных нарушений отмечены: участки гиперемии на щеках, наружной поверхности локтевых сгибов ладоней, стоп, местах фиксации бинтов; колебания артериального давления с гипертензией (АД до 180/70 мм рт.ст.) либо снижением АД (115/70 мм рт.ст. и 110/70 мм рт.ст.), тахикардия с учащением пульса от 87 до 95 ударов в минуту; множественные гематомы. Проявлением гиповолевических нарушений был обложенный язык бело-серым налетом.

У больных с субкататонической симптоматикой в клинике депрессивного манифестного ШАР в первые дни приема антипсихотической в комбинации с антидепрессантами терапии, наряду с сохраняющейся суб-

кататонической симптоматикой, выявлялись соматовегетативные и неврологические расстройства в рамках начальных проявлений злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС). При этом у ряда больных с начальными проявлениями злокачественного нейролептического синдрома на фоне начатой антипсихотической терапии (к примеру, 4 инъекции зуклопентиксола 50 мг в/м с интервалом через 3 дня) наблюдалось утяжеление кататонической симптоматики в виде учащения и увеличения продолжительности эпизодов кататонического субступора, пассивного негативизма (отказ от личной гигиены, приема душа, смены белья) и сохраняющегося вербального галлюциноза императивного содержания (больной шевелит губами, совершает круговые движения указательным пальцем в воздухе). В другом случае, на 4 день от начала комбинированной терапии (оланзапин 2,5 мг/сут, флувоксамин 50 мг/сут, амантадин 300 мг/сут) у больной возник эпизод кататонического субступора с онейроидной симптоматикой («я – в морге, умерла, кругом – холод»). У другой больной с субкататонической симптоматикой при назначении комбинированной терапии (амисульприд 400 мг/сут, пароксетин 20 мг/сут, диазепам 2,0 внутримышечно) отмечено учащение эпизодов кататонического субступора в структуре ипохондрического бреда (застывала на одном месте) с присоединением мышечной скованности, симптома зубчатого колеса справа, двигательной заторможенности. Субкататоническая симптоматика (выражение лица амимично, походка скована, лишена пластичности и экспрессии) могла возникать и с конца 2-ой недели терапии (рисперидон 4 мг, флувоксамин 75 мг/сут) на фоне сохраняющегося «философского» осмысления своей жизни, подчеркнутую из книги («Голос безмолвия»), вербального псевдогаллюциноза с нейтральным бытовым содержанием. Вегетативные расстройства у больных с начальными проявлениями ЗНС на фоне антипсихотической терапии представлены сальностью кожных покровов, гипергидрозом. В клинике кардиоваскулярных нарушений выявлялись: мраморность кожи, гиперемия латеральных поверхностей стоп, участки локальной гиперемии диаметром от 3 до 5 см, мелкоточечная сыпь, множественные гематомы преимущественно в области нижних конечностей, учащением пульса до 100 в 1 минуту, артериальная гипертензия с повышением АД до 160/100 мм рт.ст. Проявлениями гиповолемического синдрома были обложенность языка белым налетом; сухие, реде – запекшиеся губы с образованием корочек желтовато-белого цвета. В единичном наблюдении по данным биохимического анализа крови зарегистрировано снижение общего белка; ЭЭГ-исследование выявило выраженные общие изменения и дезорганизацию основного коркового ритма, признаки разлитой ирритации коры головного мозга.

ЗНС является одним из самых тяжелых осложнений антипсихотической терапии [3,7,15]. Практически все нейролептики, включая и атипичные, могут являться причиной ЗНС [16,18]. Низкопотентные в отношении развития экстрапирамидных расстройств атипичные антипсихотики не предупреждают осложнения в виде ЗНС и могут вызвать его даже при монотерапии [21]. В большинстве случаев ЗНС развивается при стандартной средней терапевтической дозе препаратов [19]. Длительность психофармакотерапии, предшествующей ЗНС, варьирует от нескольких часов до дней, месяцев и даже лет, причем в последнем случае дело касается больных, получавших стабильные дозы нейролептиков [20]. Более характерно появление ЗНС в течение первых 24-72 часов от начала антипсихотической терапии [4]. Обычно в 2/3 случаев ЗНС развивается в 1-ю неделю лечения [16], в подавляющем большинстве случаев – в течение первых 14 дней от начала терапии [17]. Клинические проявления ЗНС характеризуются гипертермией центрального генеза и другими соматовегетативными нарушениями, экстрапирамидной симптоматикой, помрачением сознания, кататонией, а также па-

тологическими сдвигами гомеостаза [14,15].

В наших наблюдениях сохранение или усиление кататонической симптоматики, соматовегетативные нарушения в течение манифестного депрессивного шизоаффективного расстройства были квалифицированы в качестве инициального или дофебрильного периода злокачественного нейролептического синдрома [15], что потребовало полной отмены нейролептиков и назначения интенсивной инфузионной терапии.

Терапия больных с манифестным депрессивным шизоаффективным расстройством и начальными проявлениями ЗНС была направлена на коррекцию патологических сдвигов гомеостаза, а также включала предупреждение аспирации, профилактики глубоких тромбозов. Объем инфузионной терапии составлял 800-1200 мл в сутки с продолжительностью от 8 до 23 дней. Для проведения длительной интенсивной инфузионной терапии применялась методика катетеризации подключичной вены (длительность пребывания катетера ограничивается 7-12-ю сутками, затем, при необходимости, производилась его замена). Были использованы препараты, восполняющие объем циркулирующей крови и улучшающие ее реологические свойства (реамберин), нормализующие водно-электролитный состав (физиологический раствор, растворы Рингера, дисоль, ацесоль, глюкозо-инсулино-калиевая смесь). С целью предупреждения отека мозга использовались диуретики (фуросемид 2-4 мл внутримышечно). Применялись ноотропные препараты, способствующие повышению устойчивости головного мозга к гипоксии (пирацетам 25-50 мл, мексидол 5 мл внутривенно капельно). С целью борьбы с психомоторным возбуждением использовался диазепам (до 50 мг/сут.) внутривенно или внутримышечно. Назначался специфический агонист D₂-дофаминовых рецепторов – бромокриптин в дозе 5 мг в сутки. Использовались антипаркинсонические препараты (тригексифенидил – 6-8 мг/сут.). На фоне инфузионной терапии у больных с начальными проявлениями ЗНС отмечена редукция тахикардии, цианоза; нормализация артериального давления, тургора кожи, влажности слизистых и кожи, исчезновение налета на языке и корочек на губах. На 7-10 день наряду с инфузионной терапией назначался повторный курс антипсихотиков, прерванный в связи с развитием начальных проявлений ЗНС. Были использованы малые дозы атипичного антипсихотика другого химического класса, нежели вызвавшего ЗНС с постепенным наращиванием дозы.

В случае онейроидно-кататонической структуры приступа у больных с манифестным депрессивным шизоаффективным расстройством (n=3) с первого дня пребывания в стационаре назначалась интенсивная инфузионная терапия. У 2 больных в связи с сохраняющейся онейроидно-кататонической симптоматикой и отсутствием положительной динамики в соматическом статусе на фоне продолжающейся инфузионной терапии проведена электросудорожная терапия (ЭСТ). У одной из них после 9 сеансов ЭСТ отмечена положительная динамика: редукция онейроидно-кататонической симптоматики (в том числе тахикардии, цианоза), нормализовалось артериальное давление, тургор кожи, влажность слизистых и кожи, исчез налет на языке и корочки на губах. В последующем этой больной назначен амисульприд до 400 мг/сут. в сочетании с флувоксамином 100 мг/сут. У другой больной после проведения 2 сеансов ЭСТ отмечен значительный ларингоспазм с выделением обильной слизи и длительной задержкой дыхания. После выполнения реанимационных мероприятий была продолжена инфузионная терапия в течение 10 дней. На фоне инфузионной терапии назначен флупентиксол с постепенным наращиванием дозы до 5 мг в сутки.

Таким образом, в группе больных с манифестным депрессивным вариантом шизоаффективного расстройства (n=51) в 19,6% случаев выявлено наличие кататонической симптоматики. У большей части этих больных (70%) отмечены преходящие кататонические

эпизоды в дебюте (в том числе на догоспитальном этапе), а также на активном этапе течения приступа. Реже (30%) больные поступили в стационар в состоянии кататонического ступора с наличием онейроидной симптоматики.

Попытка назначения атипичных антипсихотиков (оланзапин, амисульприд, рисперидон) или близких к ним (зуклопентиксол) при наличии эпизодов субкататонической симптоматики в структуре манифестного депрессивного шизоаффективного расстройства приводила к развитию начальных проявлений злокачествен-

ного нейролептического синдрома. Эффективным в лечении субкататонической симптоматики с начальными проявлениями ЗНС было назначение интенсивной инфузионной терапии; в случае кататонического ступора в сочетании с онейроидной симптоматикой проведена комбинированная электросудорожная и инфузионная терапия. Возобновление антипсихотической терапии с использованием атипичных нейролептиков показано только после редукции сомато-неврологических и вегетативных нарушений, нормализации биохимических показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. С.Н. Бокова. – В 2 т. Т.1. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 480 с.
2. Бологов П.В. Типологическая характеристика манифестных состояний шизодоминантной формы шизоаффективного психоза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – №6. – С.14-18.
3. Виленский Б.С. Злокачественный нейролептический синдром // Неврологический журнал. – 2003. – Т. 8. №4. – С.4-6.
4. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии (клинические и иммуно-химические аспекты). – М., 1997. – 362 с.
5. Корнев А.Н. Клинико-психопатологическая дифференциация шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1994. – №6. – С.45-49.
6. Логвинович Г.В., Семке А.В. Клиническая характеристика и социально-трудовая адаптация больных шизоаффективным психозом // Эндогенная депрессия (клиника, патогенез): Тезисы докладов научной конференции / Под ред. А.С. Боброва. – Иркутск, 1992. – С.65-66.
7. Малин Д.И., Козырев В.Н., Недува А.А., Равилов Р.С. Злокачественный нейролептический синдром: критерии диагностики и принципы терапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7. №1. – С.76-80.
8. Мосолов С.Н. Неблагоприятное течение рекуррентной (шизоаффективной) шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – №1. – С.80-87.
9. Пантелеева Г.П., Артюх В.В., Копейко Г.И. и др. Клинико-генетические особенности и нозологическая оценка шизоаффективного психоза в систематике эндогенных приступообразных психозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – №4. – С.12-21.
10. Пантелеева Г.П., Бологов П.В. Клинико-нозологический подход к диагностике шизоаффективного психоза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – №9. – С.4-8.
11. Пантелеева Г.П., Бологов П.В. Шизоаффективный психоз: нозологическая оценка и дифференциальный диагноз // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 9. – С.4-10.
12. Пантелеева Г.П., Дикая В.И. К вопросу о клинической и нозологической самостоятельности шизоаффективного психоза // Эндогенная депрессия (клиника, патогенез): Тезисы докладов научной конференции / Под ред. А.С. Боброва. – Иркутск, 1992. – С.108-109.
13. Пантелеева Г.П., Дикая В.И. Шизоаффективный психоз // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. – М., 1999. – Т. 1. – С.636-667.
14. Ромасенко В.А. Гипертоксическая шизофрения. – М., 1967. – 240 с.
15. Цыганков Б.Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. – М., 1997. – 232 с.
16. Allen G.C., Larach M.G., Kunselman A.R. The sensitivity and specificity of the caffeine-halothane contracture test. The North American Malignant Hyperthermia Registry of MHAUS // Anaesthesiology. – 1998. – Vol. 88. – P.579-588.
17. Bhanushali M.J., Tuite P.J. The evaluation and management of patients with neuroleptic malignant syndrome // Neurol. Clin. – 2004. – Vol. 22. №2. – P.389-411.
18. Caroff S.N., Mann S.C., Campbell E.C. Neuroleptic malignant syndrome: copyright 2001 Lippincott Williams and Wilkins // In Adverse Drug Reaction Bulletin. – 2001. – Vol. 209. – P.799-802.
19. Chakrabarti S., Sharma D., Singh G. Neurological Sequelae of Neuroleptic Malignant Syndrome // Hong Kong J Psychiatry. – 2001. – Vol. 11. №3. – P.18-20.
20. Hall R.C., Appledy B. Atypical neuroleptic malignant syndrome presenting as fever of unknown origin in the elderly // South. Med. J. – 2005. – Vol. 98. №1. – P.114-117.
21. Kaufman K., Levitt M.J., Schiltz J.E., Sunderram J. Neuroleptic malignant syndrome and serotonin syndrome in the critical care setting: case analysis // Ann. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 18. №3. – P.201-204.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра психиатрии, тел. (3952) 46-45-68, e-mail: bobrov_irkutsk@gambler.ru, Иванова Людмила Александровна – ассистент, к.м.н.; Рожкова Марина Юрьевна – очный аспирант; Бобров Александр Сергеевич – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор.

© ПОДКАМЕННЫЙ В.А., ЛИХАНДИ Д.И., ЧЕПУРНЫХ Е.Е., ЖЕЛТОВСКИЙ Ю.В., БОРОДАШКИНА С.Ю., ШАРАВИН А.А., ЕРОШЕВИЧ А.В., МЕДВЕДЕВ А.В. – 2012
УДК 616.132.2-089.168:616.713-089.85

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ 9-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ»

Владимир Анатольевич Подкаменный^{1,3}, Дмитрий Игоревич Лиханди³, Елена Евгеньевна Чепурных^{2,3}, Юрий Всеволодович Желтовский^{1,2,3}, Светлана Юрьевна Бородашкина³, Анатолий Александрович Шаравин³, Александр Викторович Ерошевич³, Александр Владимирович Медведев³

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра сердечно-сосудистой хирургии и клинической ангиологии, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Желтовский; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной хирургии, зав. – д.м.н., член-корр. РАМН, проф. Е.Г. Григорьев; ³Иркутская областного клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин, кардиохирургическое отделение №1, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Желтовский, кардиохирургическое отделение №2, зав. – В.Н. Медведев)

Резюме. Для оценки отдаленной выживаемости и качества жизни больных, перенесших коронарное шунтирование без искусственного кровообращения, проведен сравнительный анализ результатов 1339 операций коронар-