

Начиная с первой половины XX века, ряд исследователей полагают, что сопутствующий алкоголизм оказывает благоприятное влияние на течение шизофрении (В. А. Гиляровский, 1935; И. В. Павлова, 1957; С. Г. Жислин, 1965; Г. М. Энтин, 2002). В последующем преобладали утверждения о неблагоприятном течении шизофрении в сочетании с алкоголизмом (V. Magnan, 1893; E. Bleuler, 1908; T. Kosten, 1997; Н. В. Лядков и др., 1997; В. Б. Альшулер, 1999; К. Д. Малков, 2000; Г. А. Приб, 2008).

У 398 больных шизофренией, коморбидной с алкоголизмом, в сравнении с 404 больными шизофренией без сопутствующего алкоголизма, обнаружено частое проявление заболевания в возрасте 20—24 лет (29,6 %), преобладание непрерывного течения (52,5 %) и простой формы (19,6 %) ($p < 0,001$).

У больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий, В. А. Гиляровский (1935) первым отметил формирование высококачественной ремиссии. При описании двух таких пациентов А. Н. Молохов (1936), помимо благоприятного течения шизофрении, обнаружил у них онейроидные расстройства, которые назвал «шизофреническим делирием».

У 182 больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий, в сравнении с контролем, эндогенный процесс протекал доброкачественно. У них шизофрения преимущественно проявлялась в возрасте 35—54 лет (50,6 %), доминировала параноидная формы (97,3 %), часто обнаруживалось ремиттирующее течение (23,1 %) и онейроидные состояния (10,4 %) ($p < 0,001$).

Таким образом, впервые установлено, что шизофрения с перенесенным алкогольным делирием преимущественно проявляется в позднем возрасте параноидной формой и протекает доброкачественно, с частыми онейроидными расстройствами. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом, чаще проявляется в возрасте 20—24 лет, при ней преобладают простая форма и непрерывное течение.

УДК 616.895.8:612.6.05

Двирский А. Е.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОМОРФОЗА ШИЗОФРЕНИИ (по материалам эпидемиологических исследований с 20-летним интервалом)

Исследование современных тенденций видоизменений проявлений шизофрении, называемых патоморфозом, относятся к числу актуальных проблем психиатрии (ВОЗ, 1995; Д. Д. Орловская и др., 2000; А. Е. Двирский, 2004). В последние годы отмечаются негативные проявления современного патоморфоза шизофрении (В. Б. Вильянов и др., 2005). Изучение патоморфоза шизофрении перспективно проводить на основе эпидемических исследований, которые, по утверждению Р. Флетчер и соавт. (1998), являются основой доказательной медицины и трансформировались в «доказательную психиатрию» (J. Frederick и др., 2001).

Целью исследования явилось сопоставление возраста начала и клинических проявлений шизофрении по материалам эпидемических исследований в одном регионе Крыма, проводимых с 20-летним интервалом, в 1985 и 2005 годах.

Проведено сопоставление возраста начала манифестных проявлений по 9 возрастным градациям, соотношения форм и типов течения шизофрении по материалам эпидемических исследований, проводимых в 2005 г. при обследовании 637 больных шизофренией, проживающих в двух районах г. Симферополя (А. А. Двирский и др., 2010) и в 1985 г. у 1270 больных шизофренией, проживающих в этом городе (А. Е. Двирский, 1985). Отечественные и международные критерии диагностики шизофрении, ее форм и типов течения в отмеченные периоды не подвергались существенным изменениям.

Клинические проявления шизофрении современного периода, как и в период 20-летней давности, не обнаружили отличий в возрасте начала манифестных проявлений этого эндогенного психоза и в частоте непрерывного типа течения. В современном периоде преобладает в 2,2 раза частота ремиттирующего течения (12,5 %) в сравнении с 1985 г. (5,6 %) ($p < 0,001$). Это обусловлено снижением в 1,1 раза частоты приступообразного типа течения в изучаемом периоде (44,3 %) по отношению к сопоставляемому периоду (50,5 %) ($p < 0,05$). В настоящем периоде параноидная форма (88,1 %) в 1,1 раза чаще, а кататоническая (2,5 %) встречается 2,8 раза реже в сравнении с периодом 20-летней давности, где эти величины составляли 82,7 и 7,1 % ($p < 0,01$).

Современные клинические характеристики патоморфоза шизофрении имеют позитивную направленность, характеризующуюся повышением частоты ремиттирующего течения за счет снижением приступообразного течения, а увеличением параноидной формы обусловлено снижением частоты кататонической формы. Эти факты опровергают утверждение (В. Б. Вильянов и др., 2005) о негативном проявлении современного патоморфоза шизофрении, представленном увеличением частоты параноидной шизофрении с непрерывным течением.

Наиболее распространенная трактовка патоморфоза шизофрении как благоприятных изменений ее клинических проявлений в результате фармакотерапии не убедительна. Такие важные характеристики как возраст начала манифестных проявлений, их особенности, повышение частоты параноидной и снижение простой и кататонической форм определяются до начала фармакотерапии и не могут быть обусловлены ею.

Согласно клинко-генетической концепции патоморфоза шизофрении ее благоприятному течению способствовало изменение генетической характеристики популяции, обусловленной усилением миграционных процессов, увеличением частоты гетеролокальных межнациональных браков, обуславливающих повышение степени гетерозиготности и снижение количества генов в гомозиготном состоянии в шизофреническом генокомплексе. Этому также способствует применение фармакотерапии и реабилитационных мероприятий, повышение уровня жизни, образования, социально-культурные воздействия (А. Е. Двирский, 1981, 1985).

Таким образом, благоприятные изменения клинических проявлений шизофрении, называемые патоморфозом, обнаружены в 60-х годах 20 века и сохраняют позитивную направленность в современном периоде.

УДК 616.89

Дзюба А. Н., Орлова О. С.

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ (ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ. НОРМА И ПАТОЛОГИЯ)

Не менее половины пациентов, обращающихся за врачебной помощью, составляют лица пожилого и старческого возраста. Одной из самых распространенных жалоб, которые предъявляют пожилые пациенты, являются жалобы на снижение памяти и уменьшение умственной работоспособности. По статистике до 75 % лиц старше 65 лет не довольны своей памятью. Из них не менее чем у половины нарушения памяти и других когнитивных функций подтверждаются объективно, с помощью нейропсихологических методов исследования (Kral W. A.).

Абсолютно здоровый пожилой человек является сегодня исключением. Большинство тех, кому за 65, имеют одно или несколько хронических неврологических и соматических заболеваний. Тем не менее в нейрогерии существует представление о так называемом нормальном старении — закономерных инволютивных изменениях головного мозга, допустимых в пожилом возрасте и не являющихся основанием для какого-либо диагноза.

К нормальным возрастным изменениям относят небольшое ослабление памяти, внимания и других когнитивных функций. В наибольшей степени страдает быстрота реакции на внешние стимулы и способность длительное время концентрировать внимание. Поэтому мышление лиц пожилого возраста становится несколько замедленным. Пожилым лицам нужно больше времени для выполнения различных когнитивных заданий, они быстрее устают. С возрастом отмечается также уменьшение объема оперативной памяти, что снижает способность к обучению и усвоению новых знаний и навыков. Еще один типичный для пожилых лиц когнитивный симптом — трудности перехода с одного этапа когнитивной деятельности на следующий этап. В результате этого пожилые люди менее склонны менять стратегию своего поведения и, следовательно, они становятся более консервативными (Яхно Н. Н., Лавров А. Ю., Маньковский Н. Б., Минц А. Я., Ciocon J. O., Potter J. F.).

Концепция возрастных нарушений памяти неоднократно вызывала критику в связи с исключительным акцентом на мнемических расстройствах.

Таким образом, в мировой практике допускается, что естественные инволютивные изменения головного мозга могут быть причиной клинически значимых когнитивных нарушений.

Депрессия может быть причиной как субъективного ощущения снижения памяти, так и объективного нарушения