

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

когнитивних функцій, которое в некоторых случаях имитирует деменцию (так называемая псевдодеменция). При этом если когнитивные нарушения имеют вторичный характер по отношению к эмоциональным расстройствам, они регрессируют на фоне терапии антидепрессантами.

Для ранней диагностики прогрессирующих заболеваний головного мозга, которые могут приводить к деменции, очень важным является различение допустимых по возрасту изменений когнитивных функций и тех когнитивных симптомов, которые являются, безусловно, патологическими. С этой целью абсолютно необходимым является проведение нейропсихологического тестирования с количественной оценкой выраженности когнитивных расстройств.

Дальнейшее изучение ранней манифестации когнитивных и аффективных нарушений позволит оптимизировать оказание помощи данному контингенту пациентов, осуществив терапевтическое вмешательство на этапе еще возможного приостановления либо замедления патологического процесса.

УДК 616.89

Дзюба А. Н., Хаустова Е. А., Прохорова О. В.

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

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Актуальность исследования депрессий, коморбидных с сосудистой патологией головного мозга, объясняется рядом факторов. Цереброваскулярная патология является одной из самых ведущих проблем в здравоохранении. Депрессию диагностируют у 22—33 % госпитализированных больных, среди них 47 % больных — с сосудистым поражением головного мозга, что ухудшает течение основного заболевания, задерживает выздоровление и увеличивает смертность. Следует также учитывать, что депрессии серьезно влияют на адаптационные возможности пациента и качество жизни (С. Li и соавт., 2002; F. Creed и соавт., 2002). Решающим условием успешной медицинской помощи при депрессиях является своевременная диагностика.

Понятие субкортикальной ишемической депрессии (васкулярной депрессии) основывается на выводах, что депрессия впервые возникает у пациентов в позднем возрасте (после 60 лет); она является вторичной по отношению к структурным повреждениям головного мозга, а в глубоких отделах белого вещества фронтальной области и скорлупы (Alexopoulos, J. Am. Ger. Soc., 2003; Krishnan, Biol. Psychiatry, 2004) отмечаются более высокие показатели интенсивности сигнала на структурной МРТ по сравнению с пациентами с началом депрессии в более раннем возрасте. Таким образом лица с факторами риска (атеросклероз, гипертония, диабет, гиперлипидемия и др.) имеют более высокий риск развития сосудистой депрессии в пожилом возрасте. Патология сосудов может привести к структурным изменениям в веществе головного мозга, в частности кортикостриальных путей, которые играют ведущую роль в регулировании настроения, что создает предпосылки для развития депрессии в позднем возрасте, которая характеризуется дефицитом в способности к планированию своих действий.

Существуют доказательства того, что количество перивентрикулярных очагов сопоставимо между группой пациентов с поздней и ранней депрессией, но количество очагов в белом веществе головного мозга значительно больше у пациентов с началом депрессии в более позднем возрасте. В исследованиях de Groot et al. было обследовано 1077 пожилых пациентов без деменции и обнаружено, что у лиц с подкорковыми гиперинтенсивными очагами в головном мозге, но расположенными не перивентрикулярно, а в белом веществе передних отделов головного мозга было более вероятно развитие поздней депрессии. Как известно, префронтальная область головного мозга — область мозга с максимальной плотностью D4-рецепторов. Префронтальная область и связанные с ней подкорковые структуры (головка хвостатого ядра, медиодорсальное ядро таламуса) формируют префронтальную систему, отвечающую за сложные когнитивные и поведенческие функции. Гиперинтенсивные очаги могут быть расположены в белом веществе передних отделов головного мозга, где проходят передние субкортикальные пути, соединяющие дорсолатеральную префронтальную зону коры и переднюю поясную извилину с базальными ганглиями.

Таким образом, диагноз сосудистой депрессии предполагает не только наличие, но и конкретную локализацию очагов гиперинтенсивной плотности. Четких различий между

депрессивными расстройствами в позднем возрасте и у более молодых пациентов нет, но по данным литературы среди пациентов с поздней депрессией отмечалась выраженная заторможенность или апатия.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

Дзюба О. М., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Тарновецька К. І.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ДЕПРЕСІЯ ЯК НАСЛІДОК КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Захворювання серцево-судинної системи супроводжуються психічними порушеннями (депресивні, невротичні розлади), які за даними наукової медичної літератури (Смулевич А. Б., 2011), так і за нашими власними дослідженнями. Депресивні розлади, що виникають у пацієнтів до і після операції, статистично достовірно підвищують ризик смерті після кардіохірургічного втручання: у пацієнтів з депресією летальність сягає 12,5 %, тоді як при відсутності депресії лише 2,2 %. Ці факти дають можливість стверджувати, що депресію можна розглядати як негативний предиктор відновного лікування, яка суттєво погіршує комплайнс до терапії серцево-судинної патології, знижуючи якість життя.

За умови інформованої згоди протягом двох років було обстежено 139 осіб: 78 пацієнтів кардіохірургічного профілю (чоловіків — 51, віком $48,6 \pm 8,3$; жінок — 27, віком $52,4 \pm 4,8$) до і після операції та контрольної групи — 61 особа (чоловіків — 30, віком $46,2 \pm 6,2$, жінок — 31, віком $48,6 \pm 4,9$) з використанням госпітальної шкали тривоги та депресії HADS. Результати проведеного тестування показали таке. Рівень депресії як у чоловіків, так і у жінок кардіохірургічного профілю в порівнянні з контрольною групою посилюється: у чоловіків з 7,4 до 11,3 балів, а у жінок з 8,1 до 11,8 балів. При порівняльному гендерному аналізі у жінок спостерігається більш високий рівень депресії, ніж у чоловіків.

При первинному та вторинному обстеженні кардіохірургічних хворих нами виявлено посилення депресивного фону як у чоловіків так і у жінок, що пов'язане з оперативним втручанням. На нашу думку, оперативне втручання є важким стресовим фактором, який призводить до психічних розладів, внаслідок чого знижується соціальна адаптація прооперованих кардіохірургічних хворих. Для відновлення цих порушень вкрай необхідно розробляти і впроваджувати в практику кардіохірургічних центрів комплекс психотерапевтичної допомоги на всіх етапах реабілітації. Застосування запропонованого нами «Алгоритму психологічної інтервенції у комплексній курації кардіохірургічних хворих», який знаходиться на стадії промислово-дослідної перевірки, виявило чіткі позитивні тенденції в психічному стані та якості життя кардіохірургічних пацієнтів.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

Дзюба О. М., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Тарновецька К. І.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН У КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Більше половини випадків захворювання серця, що призводять до оперативного втручання, пояснюються сьогоденні психосоціальними і особистісними особливостями хворих, їх способом життя і поведінки, наявністю ситуації, що провокує хронічний психоемоційний стрес. Можливості хірургічного лікування ішемічної хвороби серця і використання психотерапевтичної допомоги дозволяють повернути працездатність багатьом пацієнтам, відновлюючи їх психоемоційний стан.

Протягом двох років нами було обстежено 139 осіб: 78 пацієнтів кардіохірургічного профілю (чоловіків — 51, віком $48,6 \pm 8,3$; жінок — 27, віком $52,4 \pm 4,8$) до і після операції та 61 особа контрольної групи (чоловіків — 30, віком $46,2 \pm 6,2$, жінок — 31, віком $48,6 \pm 4,9$) за їх згодою з використанням шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна.

За шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна рівень особистісної тривожності у чоловіків збільшується з 40,4 до 44,7 балів, у жінок — з 40,6 до 40,7 балів; рівень реактивної тривожності посилюється з 39,7 до 45,7 балів у чоловіків, а у жінок — з 39,3 до 47,8 балів в порівнянні з контрольною групою.

Оперативне втручання є важким стресовим фактором, що призводить до психоемоційних розладів. При первинному та вторинному обстеженні кардіохірургічних хворих нами виявлено посилення особистісної та реактивної тривоги від помірно до високої, що свідчить про виражений психоемоційний стан пацієнтів, який потребує підвищеної уваги з боку не тільки лікарів-хірургів, але психіатрів і психотерапевтів для