

2006,18; 5:1

17. Kraepelin, E. *Psychiatrie, eighth edition. Leipzig, Germany:Deuticke;1919*

18. Loas G., Monestes JL., Ingelaere A., Noisette C., Herbener ES. *Stability and relationships between trait or state anhedonia and schizophrenic symptoms in schizophrenia: a 13-year follow-up study. Psychiatry Research (2009) Vol 166. Issue 2., pp.132-140*

19. Loas G., Noisette C., Legrand A., Boyer P. *Anhedonia in Chronic Schizophrenia: a specific dimension? European Psychiatry, 2000, Vol. 11, Suppl. 4, pp.246s-247s*

20. Meehl, PE. *Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. Am Psychol 1962; 17:827-838.*

21. Pelizza L. *Anhedonia in Schizophrenia. Giorn Ital Psicopat 2006; 12: 415-423*

22. Priiau M, Bonnet A, Bouhnik AD, Fernandez L, Obadia Y, Spire B. *Anhedonia and depressive symptomatology among HIV-infected patients with highly active antiretroviral therapies (ANRS-EN12-VESPA). Encephale. 2008 Sep;34(4):385-93.*

23. Rado, S. *Psychoanalysis of Behavior: The Collected Papers of Sandor Rado 1962 New York: Grune and Stratton Vol; 2.*

24. Schlaepfer TE, Cohen MX, Frick C, Kosel M, Brodessaer D, Axmacher N, Joe AY, Kreft M, Lenartz D, Sturm V. *Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. Neuropsychopharmacology. 2008 Jan;33(2):368-77.*

25. Schrader G.D. *Does anhedonia correlate with depression severity in chronic depression? Comprehensive Psychiatry, Volume 38, Issue 5, 1997, pp.260-263*

СТРУКТУРНО-НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНГЕДОНИИ

Е.А. Хаустова, Н.Н. Орлова

Проанализирована структура феномена ангедонии у 157 пациентов. Проведен сравнительный анализ ангедонии у пациентов с параноидной шизофренией с преобладанием негативной симптоматики, пост-шизофренической депрессией и депрессивным расстройством разной нозологической принадлежности. Выделены феноменологические варианты ангедонии, соответственно ее нозологической принадлежности.

Ключевые слова: ангедония, параноидная шизофрения, негативная симптоматика, постшизофреническая депрессия, депрессивное расстройство

THE STRUCTURAL AND NOSOLOGICAL ANALYSIS OF ANHEDONIA

E. Khaustova, N. Orlova

Among 157 patients were analyzed the structure of anhedonia phenomena. The comparative analysis of anhedonia at patients with paranoid schizophrenia with negative symptoms, postpsychotic depression and depressive disorder of different nosological affiliation was conducted. The phenomenological modifications of anhedonia with its nosological affiliation were separated.

Keywords: anhedonia, paranoid schizophrenia, negative symptoms, postpsychotic depression, depressive disorder

УДК 616.895.8-056.83-575.18

А.А. Двирский, А.Е. Двирский, Т.С. Яновский, Ю.В. Иваников, Я.В. Сириков МОДИФИЦИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕГО АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИЙ

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Ключевые слова: шизофрения, эпидемиология, половой диморфизм, клиника, социальные факторы

На рубеже 20 столетия эксперты ВОЗ по клиническим и эпидемиологическим исследованиям шизофрении R. Warner и G. Gilgamo [32] и отдельные авторы [13;17] указывали на важность исследований влияния половых и других биологических различий в период продолжающегося патоморфоза шизофрении и усиления миграционных процессов. Более 50 лет наблюдается смягчение клинических проявлений шизофрении, называемые патоморфозом. Проявление патоморфоза шизофрении рядом исследователей объяснялось широким применением нейролептиков и обозначалось нейролептическим или психофармакологическим патоморфозом [14;15]. В последующем эта концепция была подвергнута критике в ряде работ А.Е. Двирского [5;6]. В частности, автором указывалось, что нельзя связывать с приемом нейролептиков более позднее начало шизофрении, увеличение частоты в дебюте острых бредовых состояний, депрессивно-параноидных проявлений, а также снижение частоты простой и кататонической форм заболевания, так как эти параме-

тры болезни устанавливаются еще до начала лечения нейролептиками и в значительной мере определяют дальнейшее течение шизофрении.

Патоморфоз шизофрении - это один из наиболее выраженных этапов эволюции этого заболевания, характеризующийся стойкими изменениями клинических проявлений, неразрывно связанных с изменением генотипа в сторону повышения степени гетерозиготности и снижении гомозиготности в шизофреническом генокомплексе в результате усиления миграционных процессов в популяции, глобального применения психофармакологических средств, а также резких сдвигов в воздействиях социально культурных, экологических и других факторов, обусловленных вступлением человечества в высшую стадию своей эволюции, ноосферу [5;6].

Начиная с первой половины 19 столетия, отдельные авторы отмечали влияние половых различий на течение помешательства, соответствующего современной шизофрении. В 1834 году основоположник психиатрии славянских стран профессор П.А. Бутковский

[1] первым указал на то, что при определении прогноза течения помешательства необходимо учитывать половые различия. По его мнению, “женский пол более выздоравливает, нежели мужской”. “Больные женщины составляют меньшинство в домах сумасшедших, - отмечал в 1865 году В. Гризингер [3]. У женщин часто встречаются легкие формы, позволяющие скрывать болезнь и оставлять больных в семействе”. “В общем, психические болезни у женщин кончаются выздоровлением чаще, чем у мужчин”, - подчеркивал С.С. Корсаков [10].

С последней четверти прошлого века чаще стали проводиться не только исследования влияния половых различий на особенности клинических проявлений шизофрении, но и предприниматься объяснения этих различий. В 1975 году Н. Huber [23] при обследовании 496 больных шизофренией установил, что мужской пол и атрофические изменения предопределяют неблагоприятное течение шизофрении. В этом же году А.Е. Двирский и К.Н. Назаров [4] провели сопоставление клинических проявлений шизофрении у 560 мужчин и 560 женщин. Среди мужчин чаще обнаруживалось прогрессирующее течение и простая форма шизофрении. У женщин, больных шизофренией, преобладало приступообразное течение и параноидная форма заболевания.

Более благоприятное течение шизофренического процесса у женщин А.Е. Двирский и К.Н. Назаров [4] трактуют с генетических позиций. По их мнению, в отличие от мужского генотипа (46,XY), женский генотип (46,XX) характеризуется повышением степени гетерозиготности по генам локализованных в XX хромосомах. Кроме того, женский организм является “мозаиком” по генам, локализованным в X хромосомах, так как в различных клетках инактивированы разные X хромосомы. Генотип XX обуславливает более высокий уровень адаптивных возможностей организма, что находит отражение в показателях заболеваемости, смертности, относительно благоприятных вариантах течения патологических процессов и уровне средней продолжительности жизни у женщин. Кроме того, такой важный признак, как снижение энергетического потенциала, чаще наблюдается у мужчин больных шизофренией, сочетаясь с негативной симптоматикой и прогрессирующим течением заболевания. По мнению авторов [4], это может быть обусловлено пониженной каталитической активностью Г-6-ФДГ и некоторых других ферментов у мужчин, в сравнении с женщинами.

В настоящее время стало признанным, что женщины больные шизофренией имеют менее тяжелое течение болезни и лучшую социальную адаптацию, чем мужчины [19;24;26;27;29]. В последние десятилетия значительно возросла частота сопутствующего алкоголизма и наркоманий у больных шизофренией. Злоупотребление алкоголем и наркотиками больными шизофренией определяются половыми различиями. Их частота у мужчин больных шизофренией в 6-8 и более раз выше, чем у женщин. Алкогольная и наркоманическая интоксикация утяжеляют течение шизофрении,

учащают частоту стационарированных и ухудшают социальные показатели [8;24]. Вместе с тем при определении влияния половых различий на клинические особенности шизофрении эти пациенты не исключались из общей выборки больных.

Основной целью исследования явилось изучение на материалах эпидемиологических исследований влияния полового диморфизма на клинические и социальные характеристики у больных шизофренией без сопутствующего алкоголизма и наркоманий.

Характеристика материала и методов исследования

Среди больных шизофренией, находящихся на учете в Крымском республиканском психиатрическом диспансере, обследовано 637 украинцев и русских больных шизофренией без сопутствующего алкоголизма и наркоманий, проживающих в центральном и железнодорожном районах г. Симферополя. Этот психиатрический диспансер функционирует более четырех десятилетий, в нем хорошо организована внебольничная психиатрическая помощь. В этих случаях, согласно утверждениям экспертов ВОЗ отдела клинических и эпидемиологических исследований психозов М. Tansella, G. Girolamo и N. Sartorius [30], а также данным Н.М. Жарикова [9], результаты учетных данных психиатрических центров не отличаются от эпидемиологических исследований больных шизофренией. Это позволяет рассматривать проведенное исследование в качестве эпидемиологического, являющегося основой доказательной медицины [16].

У 314 мужчин и 323 женщин больных шизофренией проводились сопоставления возраста манифестных проявлений болезни, соотношения типов течения и форм заболевания, а также сравнивались характеристики уровня образования и семейного положения. Диагностика шизофрении, квалификация ее типов течения и форм проводились с учетом критериев МКБ - 10 [12]. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью ПЭВМ IBM PC Pentium в операционной системе Windows-xp с использованием программ группировки данных и математического анализа Excel [11].

Результаты исследований и их обсуждение

Среди 637 больных шизофренией, проживающих в двух районах г. Симферополя, соотношение мужчин (49,3%) и женщин (50,7%) приближается к соотношению 1:1 ($p>0,3$). Манифестные проявления шизофрении у этих больных (табл. 1) обнаруживаются в широких возрастных пределах. Наибольшая проявляемость этого заболевания приходится на пятилетние периоды 16-20 лет (22,0%), 21-25 лет (20,2%) и 26-30 лет (17,6%). Наименьшие величины выявления этого эндогенного психоза отмечаются в крайних возрастных градациях, в возрасте от 6-10 лет (0,9%), 11-15 лет (4,7%), а также в возрастных интервалах 41-45 лет (5,8%), 46-50 лет (3,6%), 51-55 лет (1,1%) и 56-60 лет (0,8%). Промежуточные величины начала шизофрении приходятся на 31-35 лет (12,8%) и 36-40 лет (10,5%).

Таблиця 1
Возраст начала манифестных проявлений шизофрении с учетом полового диморфизма

Возраст начала болезни	Больные шизофренией					
	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
6 – 10 лет	2	0,6±0,4	4	1,2±0,6	6	0,9±0,4
11 – 15	14	4,6 ±1,2	16	4,9±1,2	30	4,7±0,8
16 – 20	88	28,0±2,5	52	16,1±2,0	140	22,0±1,7
21 – 25	75	23,9±2,7	54	16,7±2,1	129	20,2±1,6
26 – 30	55	17,5±2,1	57	17,6±2,1	112	17,6±1,5
31 – 35	20	6,4±1,4	62	19,2±2,2	82	12,8±1,4
36 – 40	31	9,9±1,7	35	10,9±1,7	66	10,5±1,2
41 – 45	14	4,5±1,2	23	7,2±1,4	37	5,8±0,9
46 – 50	8	2,5±0,9	15	4,7±1,2	23	3,6±0,7
51 – 55	4	1,3±0,6	3	0,9±0,5	7	1,1±0,4
56 – 60	3	0,8±0,5	2	0,6±0,4	5	0,8±0,3
Итого	314	100,0	323	100,0	637	100,0

Сопоставление распределения пациентов по возрасту начала заболевания с учетом половых различий (табл. 1) показало, что в группе 314 мужчин больных шизофренией частота случаев с началом болезни в возрасте 16–20 лет (28,0%) и 21-25 (23,9%) соответственно в 1,7 и 1,4 раза выше, чем в группе 323 женщин, где эти величины были равны 16,1 и 16,7% ($p < 0,05$). Почти с одинаковой частотой проявляется этот психоз в возрасте 26-30 лет у мужчин (17,5%) и женщин (17,6%) ($p > 0,3$). В возрастных пятилетних интервалах от 31 года до 50 лет у женщин (42,1%) шизофренический процесс обнаруживается в 1,9 чаще в сравнении с мужчинами (22,6%) ($p < 0,001$). В четырех крайних возрастных градациях в частоте проявления шизофрении среди контингентов мужчин и женщин (табл. 1) различий не выявлено ($p > 0,3$).

Следовательно, шизофрения проявляется в широких возрастных пределах. Она чаще проявляется у мужчин в возрасте 16 – 25 лет, а у женщин - преимущественно обнаруживается в возрасте от 31 года до 50 лет.

Таблиця 2
Распределение типов течения шизофрении с учетом полового диморфизма

Типы течения Шизофрении	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
Непрерывное	151	48,1±2,8	124	38,4±2,6	275	43,2±2,0
Приступообразное	134	42,7±2,8	147	45,5±2,8	281	44,1±2,0
Ремитирующее	29	9,2±1,6	52	16,1±2,0	81	12,7±1,3
Итого	314	100,0	323	100,0	637	100,0

В общей численности 637 больных шизофренией (табл. 2) преобладали приступообразный (44,1%) и непрерывный (43,2%) типы течения. В сравнении с этими вариантами заболевания ремиттирующее течение (12,7%) обнаруживалось почти в 3,5 раза реже ($p < 0,001$). Распределение типов течения шизофрении отличалось у мужчин и женщин ($\chi^2 = 16,82$ при $k = 2$, $p < 0,001$). Непрерывное течение шизофренического процесса у мужчин (48,1%) наблюдалось в 1,3 раза чаще в сравнении с женщинами (38,4%) ($p < 0,05$). Ремиттирующее течение заболевания у женщин (16,1%) преобладало в 1,7 раза в сравнении с мужчинами (9,2%) ($p < 0,01$). В частоте приступообразного течения шизофрении среди контингентов мужчин (42,7%) и женщин (45,5%) различий не обнаружено ($p > 0,3$).

В распределении форм шизофрении в обобщенном контингенте больных (табл. 3) доминировала параноидная форма (88,1%), простая форма встречалась редко (9,4%), а кататоническая (2,5%) – очень редко. Половые различия оказывают влияние на соотношение форм шизофрении (табл. 3) в группах 314 мужчин и 323 женщин, страдающих этим заболеванием ($\chi^2 = 32,93$ при $k = 2$, $p < 0,001$). У мужчин непрерывное течение шизофренического процесса (48,1%) выявлялось в 1,3 раза больше по отношению к женщинам (38,4%) ($p < 0,05$). Ремиттирующее течение шизофрении у женщин (16,1%) преобладает в 1,7 раза в сравнении с мужчинами (9,2%) ($p < 0,01$).

Таблиця 3
Соотношение форм шизофрении с учетом половых различий

Формы Шизофрении	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
Простая	38	12,1±1,8	22	6,8±1,4	60	9,4±1,2
параноидная	264	84,1±2,1	297	92,0±1,5	561	88,1±1,3
Кататоническая	12	3,8±1,1	4	1,2±0,6	16	2,5±0,6
Итого	314	100,0	323	100,0	637	100,0

Следовательно, половой диморфизм оказывает модифицирующее влияние на клинические проявления шизофрении. Это проявляется в том, что у мужчин начало манифестных проявлений шизофрении относится к возрасту до 25 лет, у них увеличена частота непрерывного типа течения, простой и кататонической форм. У женщин начало заболевания чаще выявляется в возрасте 31-50 лет, повышена частота параноидной формы и ремиттирующего типа течения шизофрении.

Такие социальные характеристики как уровень образования и семейное положение оказывают влияние на течение шизофренического процесса и уровень социально-трудовой адаптации [2,4,21,23-25,27-29]. В обобщенном контингенте 637 больных шизофренией (табл. 4) наиболее часто (60,4%) обнаруживалось среднее (44,4%) и средне специальное (16,0%). У 17,8%

обследованных больных отмечалось высшее (13,8%) и незаконченное высшее (4,0%) образование. Почти с такой же частотой выявлялись больные шизофренией с неполным средним образованием (19,7%), а частота начального образования (2,1%) у них выявлялась редко.

Таблица 4
Распределение больных шизофренией по уровню образования с учетом полового диморфизма

Уровень образования	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%±m
Начальное	8	2,7±1,1	5	1,5±0,8	13	2,1±0,6
7-8 классов	61	19,4±2,7	65	20,1±2,8	126	19,7±1,6
Среднее	164	52,2±3,3	116	35,8±3,4	280	44,4±2,0
средне специальное	37	11,7±2,2	66	20,5±2,8	103	16,0±1,5
Незаконченное высшее	18	5,9±1,6	6	2,0±1,0	24	4,0±0,8
Высшее	26	8,1±1,8	65	20,1±2,8	91	13,8±1,4
Всего	314	100,0	323	100,0	637	100,0

В распределении пациентов с учетом уровня образования в группах 314 мужчин и 323 женщин, больных шизофренией (табл. 4), обнаружены отличия ($\chi^2=16,82$ при $k=2$, $p<0,001$). У мужчин и у женщин, страдающих этим заболеванием, существенно не отличалась частота случаев с начальным (соответственно 2,7 и 1,5%) и неоконченным средним образованием (19,4% и 20,1%) ($p>0,3$). Среднее образование у мужчин больных шизофренией (52,2%) выявлялось в 1,5 раза чаще, чем у женщин (35,8%) ($p<0,001$). Средне специальное образование у женщин, страдающих этим заболеванием (20,5%), преобладало в 1,7 раза в сравнении с мужчинами (11,7%) ($p<0,05$).

Общая частота высшего и незаконченного высшего образования у женщин больных шизофренией (табл. 4) составляла 22,1% случаев, что в 1,6 раза превышало соответствующую величину у мужчин (14,0%) ($p<0,05$). При этом, высшее образование у женщин, больных шизофренией (20,1%) наблюдалось в 2,5 раза чаще в сравнении с мужчинами (8,1%) ($p<0,01$). В тоже время незаконченное высшее образование (5,9%) у мужчин больных шизофренией обнаруживалось почти в 3 раза чаще, чем у женщин (2,0%) ($p<0,01$).

В общей численности 637 больных шизофренией (табл. 5) в брак вступали 60,1% пациентов и в значительной частоте случаев они никогда не вступали в брак (39,9%). В период обследования в браке состояли лишь 29,4% больных, что в значительной мере обусловлено высокой частотой разводов (28,4%) и сравнительно низкой частотой повторного вступления в брак (3,3%). Распределение уровню образования 314 мужчин больных шизофренией отличалось от аналогично-

го соотношения у 323 женщин, страдающих этим психозом ($\chi^2=40,66$ при $k=4$, $p<0,001$).

В группе 314 женщин, страдающих шизофренией (табл. 5), частота, состоящих когда - либо в браке (68,1%), была в 1,3 раза выше, а никогда не вступавших в брак (31,9%) - в 1,3 раза меньше в сравнении с группой 323 мужчин, больных шизофренией, у которых эти величины были равны 52,7 и 47,3% ($p<0,001$). Соотношение пациентов вступавших в брак по отношению больным, никогда не состоящих в браке, у женщин больных шизофренией составляло 2,1:1 и отличалось от такого у мужчин, страдающих этим заболеванием, у которых оно представлено как 1,1:1 ($p<0,001$).

Общая частота женщин, больных шизофренией (табл. 5) состоящих в браке (31,4%) и вновь вступивших в брак (4,4%) составляла 35,8%, что в 1,5 раза больше соответствующей величины у мужчин (23,4%) ($p<0,01$). Частота разведенных и вдовых в сопоставляемых группах больных не отличалась ($p>0,3$). При этом, отмечается значительная частота разведенных как среди мужчин (27,2%), так и среди женщин (28,9%) больных шизофренией. Соотношение разведенных пациентов к пациентам, вступившим в брак, у больных шизофренией мужчин составляло 1:1,9, а у женщин оно было несколько больше и представлено как 1:2,4.

Таблица 5
Семейное положение у мужчин и женщин, больных шизофренией

Семейное положение	Больные шизофренией					
	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%±m	N	%±m	N	%
не состояли						
в браке	148	47,3±3,3	103	31,9±3,3	251	39,9±1,9
В браке	67	21,2±2,7	102	31,4±3,2	169	26,1±1,7
Разведены	88	27,9±3,0	93	28,9±3,2	181	28,4±1,8
Вновь в браке	7	2,2±1,0	14	4,4±1,4	21	3,3±0,7
вдовец (ва)	4	1,4±0,8	11	3,4±1,3	15	2,3±0,6
Итого	314	100,0	323	100,0	637	100,0

Исследование таких важных в прогностическом отношении характеристик образования и семейного положения у больных шизофренией с учетом полового диморфизма показало, что женщины имеют лучшие показатели этих социальных характеристики, чем мужчины.

Полученные данные свидетельствуют о том, что половой диморфизм оказывает модифицирующее влияние на клинические проявления и социальные характеристики у больных шизофренией. У мужчин начало манифестных проявлений шизофрении преимущественно относится к возрасту до 25 лет, у них

увеличена частота непрерывного типа течения, простой и кататонической форм. У женщин, больных шизофренией, начало заболевания чаще выявляется в возрасте от 31 года до 50 лет, а также повышена частота параноидной формы и ремиттирующего типа течения заболевания. Эти результаты о более благоприятном течении шизофрении у женщин в сравнении с мужчинами согласуются с указаниями отдельных авторов [4;19;20;23;29]. Благоприятное течение шизофренического процесса у женщин нами трактуется с генетических позиций в аспекте повышения степени гетерозиготности у женщин по генам локализованных в XX хромосомах, предложенной А.Е. Двирским и К.Н. Назаровым [4].

Более раннее начало шизофрении и ее неблагоприятное течение у мужчин, в сравнении с женщинами, связано с повышением у них частоты внутриутробных вредностей [7;18;27]. У этих пациентов чаще обнаруживались расширение желудочков головного мозга, атрофия паренхимы и уменьшение средне сагитального размера мозга [18;22;24;27]. Эти факторы оказывают влияние на более низкие успехи в обучении у мужчин. При этом головной мозг мужчины, в сравнении с мозгом женщины, более чувствителен к экзогенным воздействиям, которые в последующем приводят к затруднению в обучении [18;24;27;28;31].

Частота высшего, незаконченного высшего и средне специального образования у 323 женщин больных шизофренией выше, чем у 314 мужчин, страдающих этим заболеванием. Молодые женщины, в последующем заболевшие шизофренией, показывают лучшие успехи в обучении, чем молодые мужчины. В среднем женщины, страдающие шизофренией, обладают более высоким IQ в сравнении с мужчинами, страдающими этим заболеванием [24;25;27;28]. Это в последующем у мужчин больных шизофренией способствует и более неблагоприятному течению этого эндогенного психоза, снижению уровня социальной и семейной адаптации. Полученные нами результаты согласуются с данными ряда авторов [2;24], о том, что женщины больные шизофренией имеют лучшие характеристики семейного положения, чем мужчины.

Таким образом, у больных шизофренией без сопутствующего алкоголизма и наркоманий половой диморфизм оказывает модифицирующее влияние на ее клинические проявления шизофрении и социальные характеристики. Это проявляется в том, что у мужчин чаще начало манифестных проявлений шизофрении относится к возрасту до 25 лет. У них увеличена частота непрерывного типа течения, простой и кататонической форм шизофрении. У женщин проявления шизофрении чаще выявляются в возрасте от 31 года до 50 лет, а также повышена частота ремиттирующего типа течения заболевания и параноидной формы.

Литература

1. Бутковский П.А. Душевные болезни, изложенные сообразно началу нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании (в 2-х ч.).-СПб. 1834. - Ч.2. - 160 с.
2. Головина А.Г. Особенности семейного статуса больных шизофренией //Журнал неврологии и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1998. - №1. - С. 16 - 21.
3. Гринингер В. Душевные болезни: Пер. со 2-го немецк. изд -я (1865).- Петербург: Изд-е В. Ковалевского, 1867. - 610 с.
4. Двирский А.Е., Назаров К.Н. О возможных механизмах модифицирующего влияния пола на клинические проявления шизофрении //Нейроиммунология в клинике и эксперименте. - М., 1975. - С.71 - 74.
5. Двирский А.Е. К проблеме генеза патоморфоза шизофрении //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1981. - №12. - С. 1863 - 1866.
6. Двирский А.Е. Эволюция, патоморфоз и прогноз течения шизофрении в будущем //Архів психіатрії - 2002. - №3(30). - С. 73 - 78.
7. Двирский А.Е., Очкаляс В.И. Иммуногенетические взаимоотношения по антигенам АВО больных шизофренией и их матерей с учетом полового диморфизма //Український медичний альманах - 2004. - Т. 7, №3 (Додаток). - С. 37 - 39.
8. Двирський О.А. Клініко - генетичні особливості шизофренії, коморбідної з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю: Автореф. дис... д - ра мед. наук: Київ, 2003. - 36 с.
9. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии.- М.: Медицина, 1977. - 168 с.
10. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Издание второе (посмертное) переработанное автором. - М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1901. Т.1. - 677 с. Т.И - 678 с.
11. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико - биологических исследованиях с использованием Excel. - Киев: Морион, 2000. - 319 с.
12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - ВОЗ. СПб., 1994. - 300 с
13. Орловская Д.Д., Жариков Н.М., Тиганов А.С. Психиатрия в XXI веке //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2000. - Т. 100, №1. - С. 6 - 13.
14. Смуглевич А.Б., Вартамян Ф.Е., Завидовская Г.И., Румянцева Г.М. Некоторые проблемы патоморфоза шизофрении, связанного с применением психотропных средств// Вестник академических наук СССР 1971. - №5, - С. 86 - 90.
15. Снежневский А.В. Психофармакологические средства //Клиническая медицина, 1961, Т. 39, №2. - С. 126-134.
16. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. 3 изд. - М.: Медиа сфера, 2004. - 356с.
17. Яновський Т.С. Сучасний патоморфоз шизофренії (клініко-епідеміологічне та клініко-генетичне дослідження) : Автореф. дис... канд.. мед. наук: Київ, 2007. - 20с.
18. Andreasen N.C., Ehrhardt J.C., Swayze V.W., Alliger R.J., Yuh W.T.C., Cohen G., Zebell S. Magnetic resonance imaging of brain in schizophrenia //Arch. Gen. Psychiatry. - 1990. - Vol. 47 P. 35 - 44.обр
19. Castle DJ, Murray R.M. The epidemiology of late-onset schizophrenia. Schizophr Bull. -1993. - Vol 19, №4.- P. 691-700.
20. Goldstein J. Sex differences in schizophrenia: epidemiology, genetics and brain //International review of psychiatry. - 1997. - №9. - P. 399 - 408
21. Gross G., Huber G. Zur Prognose der Schizophrenien //Psychiat. Clin. Basel, 1973. - Bd. 6. - №1. - S. 1 - 16.
22. Hall L.D., Herrod J.J., Carpenter T.A., McKenna P.J. Магнитно резонансные исследования при шизофрении: Обзор клинических и методологических проблем//Шизофрения. Изучение спектра психозов. Пер. с англ. - М.: Медицина, 2001. - С. 133-153.
23. Huber H. Результаты катанестического обследования больных шизофренией// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1975. - Т. 75, №9.-С.1368 - 1374.

24. Kaplan H., Sadock B. *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry. 8th edition - Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. - 1401 p.*

25. Leung A, Chue P. *Gender Differences in schizophrenia, a review. //Acta Psychiatr. Scand. - 2000. - Suppl. 401. - P. 30-38.*

26. Moriarty P.J., Lieber D., Bennett A., White L., Parrella M., Harvey P.D., Davis K.L. *Gender differences Patients patient with schizophrenia during all life have sexual distinctions, with bad remissiey //Schizophr. Bull. - 2001. - Vol. 27, №1. - P. 103-113.*

27. Pearlson G., Pulvar A. *Пол, шизофренія і кора головного мозгу. //Шизофренія. Изучение спектра психозов. Пер. с англ. - М.: Медицина, 2001. - С. 373-391.*

28. Russell A., Munro J.C., Jones P.B., Hensley D.R., M.A., Murray R.M. *Schizophrenia and the myth of intellectual decline //Am. J. Psychiatry - 1997. - Vol. 154, №№5. - P. 635 - 639.*

29. Tamminga C.A. *Gender and schizophrenia. J Clin Psychiatry. 1997. - Vol. 58 (suppl. 15). - P.33-37.*

30. Tansella M., Girolamo G., Sartorius N. *Annotadet bibliography of psychiatric epidemiology. Gaskell, 1992..*

31. Turner T.H. *Schizophrenia and mental handicap: An historical review with implications for further research //Psychol. Med. - 1989. - Vol. 19, №2. - P. 301 - 314.*

32. Warner R., Giloramo G. *Schizophrenia. - Geneva: WHO, 1995.- 191s.*

МОДИФІКУЮЧИЙ ВПЛИВ СТАТЕВОГО ДИМОРФІЗМУ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ І СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

А.А. Двірський, А.Е. Двірський, Т.С. Яновський, Ю.В. Іваніков, Я.В. Сіриков

В двох районах м. Сімферополя обстежено 637 хворих на шизофренію. У 314 чоловіків хворих на шизофренію психоз частіше виявляється у віці до 25 років, підвищена частота безперервної течії, простої і кататонічної форм. У жінок спостерігається більш пізній прояв хвороби, збільшена частота ремітуючого протікання і параноїдної форми шизофренії. Показники рівня освіти і сімейного стану у жінок вище порівняно з чоловіками.

Ключові слова: шизофренія, епідеміологія, статевий диморфізм, клініка, соціальні чинники

MODIFYING INFLUENCE OF SEXUAL DIMORPHISM ON THE CLINICAL DISPLAYS AND SOCIAL DESCRIPTIONS AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITHOUT CONCOMITANT ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTIONS

A.A. Dvirsky, A.E. Dvirsky, T.S. Yanovsky, Y.V. Ivanikov, Y.V. Sirikov

In two Simferopol districts 637 patients with schizophrenia had inspected. Among 314 men of patients with schizophrenia psychosis more frequent are re-vealed under age 25 years, frequency of continuous flow is promoted, simple and catatonic forms. Among women there is more late display of illness, frequency of remittent flow and paranoid form of schizophrenia. The indexes of level of education and domestic position at women are higher by comparison to men.

Keywords: schizophrenia, epidemiology, sexual dimorphism, clinics and social factors

616.895.8-085:006.015.5

В. В. Сотніченко

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: шизофренія, якість допомоги, клініко-психологічні критерії, рівень сімейного тягаря

Якість психіатричної допомоги (ЯПД) є важливим компонентом продуктивної роботи всіх служб охорони психічного здоров'я з цілого ряду причин. Для осіб, які страждають на психічні розлади, належна якість послуг гарантує отримання необхідної допомоги, що покращує якість їх життя та соціального функціонування. Для членів родини якісна допомога забезпечує підтримку та допомагає зберегти сім'ю. Для поставачальника психіатричних послуг та керівництва, яке відповідає за охорону психічного здоров'я, якість гарантує ефективність та результативність допомоги, для осіб, що формують політику в цій галузі, якість є джерелом покращення психічного здоров'я населення. Тому проблема, що розглядається, сформувалась на теперішній час як самостійний напрямок психіатрії, а в усіх розвинених країнах і державні, і суспільні організації, які мають відношення до політики в галузі психіатрії, все більше уваги приділяють розвитку теоретичних положень й впровадженню конкретних заходів щодо забезпечення ЯПД.

Так, наприкінці минулого століття відділ психіатрії ВООЗ сформував теоретичну концепцію щодо даної

проблеми, подібні питання розробляються Американською психіатричною асоціацією (АПА, 1997), в рамках якої створено спеціальний комітет по забезпеченню якості в психіатрії. В таких країнах, як Канада, Австралія, створено національні комітети по якості та видано відповідні керівництва по її забезпеченню і контролю.

На сьогодні майже відсутні дослідження з приводу системи якості медичних відносин (пацієнт – лікар, родичі – медичний персонал), задоволеності пацієнтів наданою допомогою, рівня сімейного тягаря внаслідок психічної хвороби, тобто показників, що визначають клініко-психологічні критерії якості психіатричної допомоги.

На думку U. G. Ahlfors et al. [10], до числа актуальних задач в галузі поліпшення якості медичної допомоги слід віднести створення дієвих механізмів (- систем) управління, включення в процес оцінки якості споживачів допомоги як рівноправних учасників та орієнтацію роботи служб передусім на задоволення їх інтересів та потреб.

В свою чергу, A. Donabedian, J. M. Bertolotte [16]