

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ ГЕНДЕРНОЇ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ

©С. В. Черначук¹, О. Г. Буздиган², С. І. Шкробот³

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова¹

Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені акад. О. І. Ющенка²

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»³

РЕЗЮМЕ. У статті проаналізовано клініко-анамнестичні та клініко-психопатологічні особливості параноїдної шизофренії з урахуванням гендерного фактора.

Мета – вивчення особливостей сучасної гендерної диференціації клініко-анамнестичних та клініко-психопатологічних особливостей перебігу параноїдної шизофренії.

Матеріал і методи. Проведено клініко-анамнестичне та клініко-психопатологічне обстеження 210 чоловіків та 210 жінок, хворих на параноїдну шизофренію, з використанням шкали PANSS.

Результати. Встановлено, що клінічний патоморфоз депресивних розладів на сучасному етапі характеризується збільшенням поширеності астенічної симптоматики (79,9 % проти 67,4 %, $p < 0,01$), нездатності концентруватися і приймати рішення (71,4 % проти 61,0 %, $p < 0,05$), тривожної симптоматики (81,0 % проти 73,7 %, $p < 0,05$), пессимізму (80,4 % проти 79,2 %, $p < 0,05$), суїцидальних думок (70,4 % проти 60,2 %, $p < 0,05$), гастроінтестинальної симптоматики (60,3 % проти 51,7 %, $p < 0,05$), інсомнічних проявів (93,1 % проти 81,8 %, $p < 0,01$), і зменшенням проявів ангедонії (76,2 % проти 84,3 %, $p < 0,05$) і заниженої самооцінки (80,5 % проти 73,0 %, $p < 0,05$). Виявлено, що інтрасиндромологічна структура депресивних розладів на сучасному етапі характеризується зменшенням поширеності вітальної депресії (з 56,8 % до 42,9 %, $p < 0,05$) та анестетичної депресії (з 25,8 % до 18,0 %, $p < 0,05$) при збільшенні поширеності апатичних депресій (24,3 % проти 17,4 %, $p < 0,05$), наявністю тривожно-фобічних та іпохондричних включень (56,1 % проти 47,5 %, $p < 0,05$), інсомнічних порушень у вигляді пресомнічних, інтрасомнічних, постсомнічних проявів з переважанням останніх (93,1 % проти 81,8 %, $p < 0,01$), вегето-соматичних розладів та соматизованих проявів у вигляді гетерогенних поліморфних сенестопатій (77,8 % проти 68,2 %, $p < 0,05$), сенесто-алгічного синдрому (11,6 % проти 6,4 %, $p < 0,05$), а також астенічної депресії (79,9 % проти 66,9 %, $p < 0,01$), ажитованої депресії (38,6 % проти 30,1 %, $p < 0,05$) та депресії зі стрибками ідей (28,0 % проти 20,8 %, $p < 0,05$).

Висновки. Виявлені закономірності враховані при розробці диференційованих схем лікування параноїдної шизофренії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: параноїдна шизофренія; гендерна диференціація.

Вступ. Серед факторів, що визначають особливості захворюваності на параноїдну шизофренію (ПШ), одне з провідних місць належить гендерному фактору. Ряд авторів вважають, що посилення впливу гендерного фактора можна розглядати як один із проявів сучасного патоморфозу шизофренії [1, 2]. Дослідженнями останніх років були виявлені значущі гендерні відмінності у соціально-епідеміологічних характеристиках [3], патогенетичних механізмах і актуальних факторах маніфестації та екзацербачії захворювання [4, 5], клініко-психопатологічних характеристиках [6, 7] та підходах до лікування та реабілітації хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) [8]. Водночас, наголошується на винятковій актуальності та важливості вивчення особливостей сучасного патоморфозу ПШ, у т.ч. пов'язаного з впливом гендерного фактора [9, 10].

Мета – вивчення особливостей сучасної гендерної диференціації клініко-анамнестичних та клініко-психопатологічних особливостей перебігу ПШ.

Матеріал і методи дослідження. Відповідно до мети роботи з дотриманням принципів біомедичної етики та деонтології було проведено клініко-анамнестичне та клініко-психопатологічне обстеження 420 хворих на ПШ (210 чоловіків та

210 жінок), які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О. І. Ющенка протягом 2011–2016 років. Критерієм включення пацієнтів в обстеження було встановлення остаточного діагнозу «Параноїдна шизофренія» (F 20.00) відповідно до критеріїв МКХ-10. З метою стандартизації оцінки клініко-психопатологічної симптоматики була використана психометрична «Кваліфікаційна шкала оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» PANSS. Відбір хворих для дослідження здійснювали методом сліпої рандомізації. Статистичний аналіз даних проводили з використанням ліцензійного пакета прикладних програм Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). Для оцінки характеру розподілу використано тест Шапіро-Уїлка. Аналіз розбіжностей у кількісних ознаках виконано за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні, категоріальних ознак – за допомогою точного критерію Фішера у чотирипільних таблицях і критерію χ^2 Пірсона у таблицях спряженості. Прийнятним вважали 95,0 % рівень статистичної значущості розбіжностей ($p < 0,05$).

Результати й обговорення. Середній вік початку захворювання на ПШ у чоловіків виявився

за медіаною на 6,0 років меншим, ніж у жінок (Me=21,0 років, Q25=18,0 років, Q75=28,0 років у чоловіків проти Me=27,0 років, Q25=20,0 років, Q75=32,0 років у жінок, $p<0,01$). Водночас, нам не вдалося виявити суттєвих сплесків захворюваності на параноїдну шизофренію у жінок у преклімактеричному та клімактеричному періодах: захворюваність жінок практично повністю повторювала динаміку чоловіків, із постійним рівномірним «відставанням» в динаміці на 3–5 років. Динаміка інтенсивно наростала до 30–35 років, з суттєвим зменшенням подальшого темпу зростання, при збереженні відносно плавної кривої динаміки захворюваності; при цьому кумулятивний відсоток захворюваності перетинав 50 % межу у чоловіків у віці 21 рік, у жінок – у віці 27 років. Такі особливості, на наш погляд, можуть бути зумовлені активним застосуванням у преклімактеричному та клімактеричному віці гормональних препаратів, що може суттєво впливати на ризик виникнення асоційованих з клімаксом захворювань. Середній вік першої госпіталізації з приводу шизофренії у чоловіків був значуще меншим: Me=23,0 роки, Q25=18,0 років, Q75=29,0 років проти Me=87,0 років, Q25=21,0 рік, Q75=33,0 роки у жінок, $p<0,01$) і склав $24,2\pm 7,6$ років, у жінок – $27,6\pm 8,0$ років ($p<0,01$). Середня тривалість захворювання до першої госпіталізації у чоловіків склала $1,0\pm 3,2$ роки, при цьому 82,4 % хворих госпіталізували у перший рік захворювання, у жінок – відповідно $1,0\pm 3,0$ роки, 73,3 % ($p>0,05$).

У 7,4 % хворих на ПШ простежувалася обтяжена спадковість на шизофренію за лінією батька (у 9,0 % чоловіків, у 5,7 % жінок, $p>0,05$). Натомість, обтяжена захворюваність за ПШ за лінією матері значуще частіше ($p<0,05$) виявлялася у жінок: 6,2 % проти 1,9 %. В цілому обтяженість на шизофренію за однією лінією виявлена у 21,9 % жінок та у 15,7 % чоловіків, за двома лініями – у 2,4 % жінок і у 0,5 % чоловіків ($p<0,05$).

В цілому обстеженим хворим був притаманний поступовий початок захворювання (72,1 % усіх обстежених), при цьому у чоловіків він зустрічався дещо частіше: 78,1 % проти 64,3 % у жінок ($p>0,05$).

Найбільш поширеними проявами дебюту шизофренії були розлади сну, які виявлені у 91,0 % чоловіків та у 91,4 % жінок ($p>0,05$), маячний синдром (по 84,3 % чоловіків та жінок), та прояви афектів страху і тривоги (76,2 % чоловіків, 90,0 % жінок, $p<0,01$). Серед інших проявів дебюту шизофренії у жінок частіше спостерігалися галюцинації (у 41,4 % чоловіків та у 53,3 % жінок, $p<0,05$), психомоторне збудження (у 55,2 % чоловіків та у 70,5 % жінок, $p<0,01$), напливи думок (у 30,5 % чоловіків та у 53,8 % жінок, $p<0,01$) та голов-

ний біль (у 13,3 % чоловіків та у 31,9 % жінок, $p<0,01$), а у чоловіків – апато-абулічний синдром (у 50,0 % чоловіків та у 39,0 % жінок, $p<0,05$). Депресивний синдром та маніакальний стан у чоловіків та жінок траплялися однаково часто (відповідно у 57,1 % чоловіків та у 57,6 % жінок; у 8,1 % чоловіків та у 8,6 % жінок, $p>0,05$).

З основних критеріїв шизофренії у чоловіків значуще частіше виявлялися луна думок, відчуття вкладання або відібрання думок, передача думок на відстань: 17,1 % проти 11,0 % у жінок, $p<0,05$; у жінок – вербальні галюцинації: 54,8 % проти 39,5 %, $p<0,05$. За іншими основними критеріями (маячення оволодіння, впливу, бездіяльності, маячного сприйняття реальності та стійких маячних ідей) значущих розбіжностей між чоловіками і жінками не виявлено.

Загалом у чоловіків виявлено тяжчу шизофренічну симптоматику, ніж у жінок; ця тенденція простежувалася як за інтегральними показниками, так і за окремими симптомами шкали PANSS.

Сумарний бал за шкалою PANSS у чоловіків був значуще більшим, ніж у жінок: Me=108,0 балів, Q25=97,0 балів, Q75=118,0 балів проти Me=95,0 балів, Q25=85,0 балів, Q75=106,0 балів у жінок ($p<0,01$), як і інтегральний показник тяжкості продуктивної симптоматики: Me=27,0 бали, Q25=23,0 бали, Q75=30,0 балів проти Me=22,0 бали, Q25=18,0 балів, Q75=26,0 бали у жінок ($p<0,01$). У структурі позитивної симптоматики у чоловіків більшими виявилися показники тяжкості маячення: Me=5,0 балів, Q25=4,0 бали, Q75=6,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=5,0 балів у жінок ($p<0,01$), розладів мислення: Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=5,0 балів проти Me=3,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=4,0 бали у жінок ($p<0,01$), галюцинацій: Me=4,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=5,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=5,0 балів у жінок ($p<0,01$), збудження: Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=5,0 балів проти Me=3,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=4,0 бали у жінок ($p<0,01$), ідей величі: Me=1,0 бал, Q25=1,0 бал, Q75=1,0 бал проти Me=1,0 бал, Q25=1,0 бал, Q75=1,0 бал у жінок ($p<0,05$), підозрливості та ідей переслідування: Me=4,5 бала, Q25=3,0 бали, Q75=5,0 балів проти Me=3,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=4,0 бали у жінок ($p<0,01$) та ворожості: Me=4,0 бали, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 бали проти Me=3,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=4,0 бали у жінок ($p<0,01$).

Чоловікам також була притаманна більша тяжкість негативної симптоматики як інтегрального показника: Me=28,5 бала, Q25=22,0 бали, Q75=31,0 бал проти Me=22,0 балів, Q25=18,0 балів, Q75=27,0 балів у жінок ($p<0,01$), так і окремих показників у структурі негативної симптоматики – притупленого афекту: Me=5,0 балів, Q25=4,0 бали,

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, ювілей

Q75=5,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=4,0 бали у жінок ($p<0,01$), емоційної відгородженості: Me=5,0 балів, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 бали проти Me=3,0 балів, Q25=3,0 балів, Q75=4,0 балів у жінок ($p<0,01$), труднощів у спілкуванні: Me=4,0 бали, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 бали проти Me=3,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=4,0 бали у жінок ($p<0,01$) та пасивно-апатичної соціальної відгородженості: Me=5,0 балів, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 бали проти Me=3,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=5,0 балів у жінок ($p<0,01$).

Значуще не відрізнялися у чоловіків та жінок показники тяжкості порушень абстрактного мислення: Me=3,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=4,0 бали проти Me=3,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=4,0 бали відповідно, і стереотипного мислення: Me=3,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=4,0 бали проти Me=3,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=4,0 бали відповідно.

У цілому, чоловікам була притаманна більша тяжкість загальної симптоматики шизофренії: Me=54,0 бали, Q25=49,0 балів, Q75=58,0 балів проти Me=52,0 бали, Q25=47,0 балів, Q75=56,0 балів у жінок ($p<0,01$). У структурі загальної симптоматики шизофренії у чоловіків тяжчими були прояви моторної загальмованості: Me=3,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=4,0 бали проти Me=3,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=4,0 бали у жінок ($p<0,01$), малоконтактності: Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=5,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=4,0 бали у жінок ($p<0,01$), порушень уваги: Me=4,0 бали, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=4,0 бали у жінок ($p<0,01$), зниження критичності до свого стану: Me=5,0 балів, Q25=5,0 балів, Q75=6,0 балів проти Me=5,0 балів, Q25=4,0 бали, Q75=6,0 балів у жінок ($p<0,01$), порушень волі: Me=4,0 бали, Q25=4,0 бали, Q75=6,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=5,0 балів у жінок ($p<0,01$), послаблення контролю імпульсивності: Me=3,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=4,0 бали проти Me=3,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=3,0 бали у жінок ($p<0,01$), завантаженості психічними переживаннями: Me=5,0 балів, Q25=4,0 бали, Q75=6,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 балів у жінок ($p<0,01$), та активної соціальної відстороненості: Me=5,0 балів, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 балів у жінок ($p<0,01$).

Натомість, у жінок тяжчими були прояви афективних порушень: депресії: Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=5,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=5,0 балів у чоловіків ($p<0,01$), почуття провини: Me=1,0 бал, Q25=1,0 бал, Q75=1,0 бал проти Me=1,0 бал, Q25=1,0 бал, Q75=1,0 бал у чоловіків ($p<0,01$), тривоги: Me=5,0 балів, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=3,0 бали, Q75=5,0 балів у чоловіків

($p<0,05$), напруженості: Me=5,0 балів, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 балів проти Me=4,0 бали, Q25=4,0 бали, Q75=5,0 балів у чоловіків ($p<0,05$), а також манірності і позування: Me=1,0 бал, Q25=1,0 бал, Q75=3,0 бали проти Me=1,0 бал, Q25=1,0 бал, Q75=2,0 бали у чоловіків ($p<0,05$), та соматичного неблагополуччя: Me=2,0 бали, Q25=2,0 бали, Q75=3,0 бали проти Me=1,5 бали, Q25=1,0 бал, Q75=2,0 бали у чоловіків ($p<0,01$). Не виявлено значущих розбіжностей між чоловіками та жінками за такими симптомами як незвичний зміст думок: Me=1,0 бал, Q25=1,0 бал, Q75=2,0 бали проти Me=1,0 бал, Q25=1,0 бал, Q75=2,0 бали відповідно, та дезорієнтованість: Me=1,0 бал, Q25=1,0 бал, Q75=1,0 бал проти Me=1,0 бал, Q25=1,0 бал, Q75=1,0 бал відповідно.

У чоловіків більшою була виразність енергії: Me=14,0 балів, Q25=12,0 балів, Q75=15,0 балів проти Me=11,0 балів, Q25=9,0 балів, Q75=13,0 балів у жінок ($p<0,01$), порушень мислення: Me=11,0 балів, Q25=9,0 балів, Q75=13,0 балів проти Me=10,0 балів, Q25=7,0 балів, Q75=11,0 балів у жінок ($p<0,01$), збудження: Me=10,0 балів, Q25=9,0 балів, Q75=11,0 балів проти Me=9,0 балів, Q25=8,0 балів, Q75=11,0 балів у жінок ($p<0,01$), та параноїдної поведінки: Me=12,0 балів, Q25=10,0 балів, Q75=14,0 балів проти Me=10,0 балів, Q25=8,0 балів, Q75=12,0 балів у жінок ($p<0,01$).

Отримані нами результати свідчать про наявність клініко-функціональних розбіжностей у розвитку і перебігу ПШ у жінок і чоловіків, асоційованих з гендерним фактором.

Висновки. 1. Клініко-анамнестичне дослідження особливостей перебігу параноїдної шизофренії у чоловіків та жінок виявило істотні відмінності, асоційовані з гендерним фактором. У жінок це більша спадкова обтяженість як за однією, так і за двома сімейними лініями, більш пізній та поступовий дебют захворювання з більш вираженими афектами страху і тривоги та різноманітністю клінічних проявів, а у чоловіків – більш гострий початок захворювання з психомоторним збудженням або апато-дистимічними проявами.

2. За результатами клініко-психопатологічного дослідження виявлено значущі розбіжності у проявах клінічної симптоматики параноїдної шизофренії у чоловіків та жінок. Встановлено, що у чоловіків значуще частіше виявлялася деперсоналізаційна симптоматика, а у жінок – галюцинозна. Виявлено, що у структурі продуктивної симптоматики чоловікам притаманні більш важкі прояви маячення, розладів мислення, галюцинацій, збудження та ворожості; в структурі негативної симптоматики – притуплення афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні та пасивно-апатичної соціальної відгородженості; а

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, ювілеї

в структурі загальної симптоматики – моторної загальмованості, малоконтактності, порушень уваги, зниження критичності до свого стану, порушень волі, послаблення контролю імпульсивності, завантаженості психічними переживаннями та активної соціальної відстороненості. У жінок більш тяжкими є прояви афективних порушень: депре-

сії, почуття провини, тривоги, напруженості, а також манірності і позування.

Перспективи подальших наукових досліджень зосереджені насамперед у сфері розробки адресних комплексних лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів щодо параноїдної шизофренії з урахуваннями виявлених гендерних особливостей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Юрьева Л. Н. Шизофрения : клиническое руководство для врачей / Л. Н. Юрьева. – К. : Сфера, 2010. – С. 24.
2. Гнатишин М. С. Шизофренія : сучасний погляд / М. С. Гнатишин, О. О. Белов. – Вінниця: Консоль, 2012. – 205 с.
3. Дзеружинская Н. А. Гендерные различия показателей социальных потерь у больных параноидной шизофренией / Н. А. Дзеружинская, В. А. Ломтева // Архив психиатрии. – 2016. – Т. 22, № 1 (84). – С. 47–52.
4. Ханько А. В. Гендерные особенности адаптации к болезни у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении / А. В. Ханько // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2014. – Вып. № 1, Т. 7. – С. 44–49.
5. Eaton K. A Sex-specified effect of obstetrical complications in symptoms of schizophrenia / Kristen E. Eaton, Bernard J. Gallagher, Brian J. Jones, // *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. – 2014. – No. 3. – P. 143–149.
6. Female Specific Association between NNMT Gene and Schizophrenia in a Han Chinese population / Guo-xia

Wang, Yong Zhang, Zhuang-wei Le [et al.] // *International Journal of Medical Scientific*. – 2014. – Vol. 11 (12). – P. 1234–1239.

7. Бобровникова А. С. Гендерные различия развития шизофрении / А. С. Бобровникова, С. Ю. Тарасова // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2015. – № 9 (4). – С. 2–5.

8. Ceskova E. Importance of gender in the treatment of schizophrenia / E. Ceskova, P. Prikryl // *Primary Care Companion for CNS Disorders*. – 2012. – Vol. 14 (6). – P. 140–147.

9. Морванюк Г. В. Гендерний підхід в діагностиці та лікуванні параноїдної шизофренії: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / Морванюк Ганна Володимирівна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2016. – 24 с.

10. Малеваная О. В. Реабилитация и социальное функционирование больных параноидной шизофренией / О. В. Малеваная, Н. Н. Петрова // *Тюменский медицинский журнал*. – 2012. – № 3. – С. 10–11.

REFERENCES

1. Yuryeva, L.N. (2010). *Shizofreniya: klinicheskoe rukovodstvo dlya vrachev [Schizophrenia: Clinical guide for physicians]*. Kyiv: Sfera [in Russian].
2. Hnatyshyn, M.S., & Belov, O.O. (2012). *Shyzyofreniia: suchasnyi pohliad [Schizophrenia: a modern look]*. Vinnytsia: Konsol [in Ukrainian].
3. Dzeruzhinskaya, N.A., & Lomteva, V.A. (2016). *Genderne razlichiya pokazateley sotsialnykh poter u bolnykh paranoidnoy shizofreniyei [Gender differences in social indicators of loss in patients with paranoid schizophrenia]*. *Arkhiv Psichiatrii – Archives of Psychiatry*, 1 (84), 47-52 [in Ukrainian].
4. Hanko, A.V. (2014). *Genderne osobennosti adaptatsii k bolezni u patsientov s pervymi pristupami paranoidnoy shizofrenii [Gender features of adaptation to the disease in patients with first-episode paranoid schizophrenia]*. *Vestnik Yuzhno-Uralskogo Gos. Univer-ta – Bulletin of South Ural State University*, 1 (7), 44-49 [in Russian].
5. Eaton, K.E., Gallagher, J.B., & Jones, B.J. (2014). *Sex-specified effect of obstetrical complications in symptoms of schizophrenia*. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 3, 143-149.

6. Guo-Xia Wang, Yong Zhang, Zhuang-Wei Le, Mao Sun, Dan Wu, Xin-Yu Chen, & Yuan-Ming Wu (2014). *Female Specific Association between NNMT Gene and Schizophrenia in a Han Chinese population*. *International Journal of Medical Scientific*, 11 (12), 1234-1239.

7. Bobrovnikova, A.S., & Tarasova, S.Yu. (2015). *Genderne razlichiya razvitiya shizofrenii [Gender differences in schizophrenia]*. *Vestnik novykh med. tekhnologiy – Bulletin of New Medical Technologies*, 9 (4), 2-5 [in Russian].

8. Ceskova, E., & Prikryl, R. (2012). *Znachenie pola v lechenii shizofrenii [Importance of gender in the treatment of schizophrenia]*. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 14 (6), 140-147.

9. Morvaniuk, H.V. (2016). *Hendernyi pidkhid v diahnozytsi ta likuvanni paranoidnoi shyzyofrenii [The gender approach in the diagnosis and treatment of paranoid schizophrenia]*. Kharkiv: State Establishment "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine" [in Ukrainian].

10. Malevanaya, O.V., & Petrova, N.N. (2012). *Reabilitatsiya i sotsialnoye funktsionirovaniye bolnykh paranoidnoy shizofreniyei [Rehabilitation and social functioning of patients with paranoid schizophrenia]*. *Tyumenskiy med. zhurn. – Tyumen Medical Journal*, 3, 10-11 [in Russian].

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГЕНДЕРНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

©С. В. Черначук¹, Е. Г. Буздыган², С. И. Шкробот³

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова¹

Винницкая областная психоневрологическая больница имени А. И. Ющенко²

ДВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины»³

РЕЗЮМЕ. В статье проанализированы клинико-анамнестические и клинико-психопатологические особенности параноидной шизофрении с учетом гендерного фактора.

Цель – изучение особенностей современной гендерной дифференциации клинико-анамнестических и клинико-психопатологических особенностей течения параноидной шизофрении.

Материал и методы. Проведено клинико-анамнестическое и клинико-психопатологическое обследование 210 мужчин и 210 женщин, больных параноидной шизофренией, с использованием шкалы PANSS.

Результаты. Установлено, что клинический патоморфоз депрессивных расстройств на современном этапе характеризуется увеличением распространенности астенической симптоматики (79,9 % против 67,4 %, $p < 0,01$), неспособности сконцентрироваться и принимать решения (71,4 % против 61,0 %, $p < 0,05$), тревожной симптоматики (81,0 % против 73,7 %, $p < 0,05$), пессимизма (80,4 % против 79,2 %, $p < 0,05$), суицидальных мыслей (70,4 % против 60,2 %, $p < 0,05$), гастроинтестинальной симптоматики (60,3 % против 51,7 %, $p < 0,05$), инсомнических проявлений (93,1 % против 81,8 %, $p < 0,01$), и уменьшением проявлений ангедонии (76,2 % против 84,3 %, $p < 0,05$) и заниженной самооценки (80,5 % против 73,0 %, $p < 0,05$). Выявлено, что интрасиндромологическая структура депрессивных расстройств на современном этапе характеризуется уменьшением распространенности витальной депрессии (с 56,8 % до 42,9 %, $p < 0,05$) и анестетической депрессии (с 25,8 % до 18,0 %, $p < 0,05$) при увеличении распространенности апатичных депрессий (24,3 % против 17,4 %, $p < 0,05$), наличием тревожно-фобических и ипохондрических включений (56,1 % против 47,5 %, $p < 0,05$), инсомнических нарушений в виде пресомнических, интрасомнических, постсомнических проявлений с преобладанием последних (93,1 % против 81,8 %, $p < 0,01$), вегето-соматических расстройств и соматизированных проявлений в виде гетерогенных полиморфных сенестопатий (77,8 % против 68,2 %, $p < 0,05$), сенесто-алгического синдрома (11,6 % против 6,4 %, $p < 0,05$), а также астенической депрессии (79,9 % против 66,9 %, $p < 0,01$), ажитированной депрессии (38,6 % против 30,1 %, $p < 0,05$) и депрессии с прыжками идей (28,0 % против 20,8 %, $p < 0,05$).

Выводы. Выявленные закономерности учтены при разработке дифференцированных схем лечения параноидной шизофрении.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: параноидная шизофрения; гендерная дифференциация.

FEATURES OF MODERN GENDER DIFFERENTIATION OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

©S. V. Chernachuk¹, O. H. Buzdyhan², S. I. Shkrobot³

M. Pyrohov Vinnytsia National Medical University¹

O. Yushchenko Vinnytsia Regional Psychoneurological Hospital²

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University³

SUMMARY. This article analyzes the clinical and medical history, clinical and psychopathological features of paranoid schizophrenia, taking into account the gender factor.

The aim of the study – to learn the characteristics of modern gender differentiation of clinical and anamnestic, clinical and psychopathological features of the paranoid schizophrenia.

Material and Methods. A clinical anamnesis, clinical and psychopathological observation of 210 men and 210 women with paranoid schizophrenia using a rating PANSS scale was conducted.

Results and Discussion. It was established that the clinical pathomorphosis of depressive diseases on an important stage was characterized by a degree of asthenic symptomatology (79.9 % against 67.4 %, $p < 0.01$), lack of concentration, and decision solving (71.4 % against 61.0 %, $p < 0.05$) фтчшщгы symptomatology (81.0 % against 73.7 %, $p < 0.05$), pessimism (80.4 % against 79.2 %, $p < 0.05$), suicidal thoughts (70.4 % against 60.2 %, $p < 0.05$), gastrointestinal symptoms (60.3 % against 51.7 %, $p < 0.05$), negative symptoms and symptoms (93.1 % against 81.8 %, $p < 0.01$), and decrease of manifestations in anhedonia (76.2 % against 84.3 %, $p < 0.05$) and underestimated self-interest (80.5 % against 73.0 %, $p < 0.05$). It was found that the intra-syndromological structure of depressive disorders at the present stage is characterized by a decrease in the prevalence of vital depression (from 56.8 % to 42.9 %, $p < 0.05$) and anesthetic depression (from 25.8 % to 18.0 %, $p < 0.05$) with an increase in the prevalence of apathy depression (24.3 % vs. 17.4 %, $p < 0.05$), anxiety-phobic and hypochondria inclusions (56.1 % vs. 47.5 %, $p < 0.05$), insomnic disturbances in the form of presomnic, intrasomnic, post-semantic manifestations with the prevalence of the latter (93.1 % vs. 81.8 %, $p < 0.01$), vegetative-somatic disorders and somatized manifestations in the form of heterogeneous polymorphic senestopathy (77.8 % versus 68.2 %, $p < 0.05$), senesto-Alzheimer's syndrome (11.6 % vs. 6.4 %, $p < 0.05$) and asthenic depression (79.9 % vs. 66.9 %, $p < 0.01$), aged depression (38.6 % vs. 30.1 %, $p < 0.05$) and depression with jumping ideas (28.0 % vs. 20.8 %, $p < 0.05$).

Conclusions. Identified patterns are taken into account in the development of differentiated treatment regimens of paranoid schizophrenia.

KEY WORDS: paranoid schizophrenia; gender differentiation.

Отримано 12.02.2019