

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ: ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ

Е.А. Семенкова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Согласно имеющимся исследованиям, пик заболеваемости шизофренией приходится на возраст до 25 лет у мужчин и 25–35 лет у женщин [6], причем данный показатель выше у молодых мужчин, чем у молодых женщин [17]. Следующий всплеск заболеваемости наблюдается в среднем возрасте, преимущественно среди женщин; около 23% случаев первого психотического эпизода приходится на возраст старше 40 лет [8]. У относительно небольшого количества пациентов дебют заболевания развивается в 60 лет и старше [11].

Известно, что ранний возраст начала заболевания приводит к более тяжелым клиническим и поведенческим нарушениям, а также социальной дезадаптации [2, 7, 10, 14]. При этом, несмотря на то, что некоторые исследования выявляют связь между ранним возрастом начала заболевания и более серьезными когнитивными нарушениями [10, 13, 18, 21], в литературе встречаются работы, где не найдены различия в когнитивном профиле больных с ранним началом и поздним дебютом шизофрении [9, 12, 20].

Целью данного исследования являлось определение особенностей нейрокогнитивного дефицита в зависимости от возраста начала заболевания у больных шизофренией и расстройствами шизофре-

нического спектра на начальных этапах болезни вне обострения.

Материал и методы

В исследование было включено 104 больных – 55 мужчин (55,8%) и 49 женщин (47,1%), наблюдавшихся с диагнозами шизофрения (38 чел., 36,5%), шизоаффективное расстройство (30 чел., 28,8%), шизотипическое расстройство (21 чел., 20,2%), острое (подострое) полиморфное психотическое расстройство (12 чел., 11,53%) хроническое бредовое расстройство (3 чел., 2,9%) и получавших лечение в Московском НИИ психиатрии, Научном центре психического здоровья РАМН и Московской клинической психиатрической больнице №4 им. П.Б.Ганнушкина (табл. 1). Средний возраст больных составлял 32,7±12,7 лет (у муж. – 29,7±11,2 лет, у жен. – 36,02±13,6 лет).

Длительность заболевания ни в одном случае не превышала 5 лет. Из исследования исключались пациенты с выраженными неврологическими нарушениями и наличием зависимостей от алкоголя и наркотических средств. Больные обследовались на этапе ремиссии или обратного развития симптоматики, тяжесть расстройств по PANSS не превышала 70 баллов.

Таблица 1

Диагнозы обследованных больных

Диагноз	Количество больных							
	всего		1 группа		2 группа		3 группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Шизофрения F20	38	36,5	20	37,0	9	34,6	9	37,5
Шизоаффективное расстройство F25	30	28,9	13	24,1	11	42,3	6	25,0
Шизотипическое расстройство F21	21	20,2	15	27,8	4	15,4	2	8,3 ¹
Острое (подострое) полиморфное психотическое расстройство F23	12	11,5	6	11,1	2	7,7	4	16,7
Хроническое бредовое расстройство F22	3	2,9	-	-	-	-	3	12,5
Всего	104	100	54	100	26	100	24	100

Примечания: ¹ – p=0,054 по сравнению с группой 1.

Было сформировано 3 возрастные группы больных. В первую группу вошли пациенты в возрасте 18–29 лет (54 чел.: 35 муж. и 19 жен.). Вторую группу составили больные в возрасте от 30 до 39 лет (26 чел.: 12 муж. и 14 жен.). В третью группу были включены пациенты от 40 лет и старше (24 чел.: 8 муж. и 16 жен.). Группы практически не различались по числу больных шизофренией, однако во II группе по сравнению с I и III преобладали пациенты с шизоаффективным расстройством, а в первой было больше больных с шизотипическим расстройством (ни в одном случае различия не достигали статистически значимого уровня).

Больные обследовались с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) [15] и шкалы депрессии Калгари (Calgary Depression Rating Scale, CDRS) [5], а также с использованием Краткой шкалы оценки когниции при шизофрении (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS) [16]. Нормативные показатели когнитивных тестов контрольной группы в зависимости от пола и возраста были получены ранее на базе отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии [1]. В табл. 2 приведены общие результаты контрольной группы в зависимости от возраста с перерасчетом для пациентов старше 40 лет. Нормативные данные с учетом пола приводились ранее [3, 4].

Тяжесть когнитивных нарушений оценивалась по следующим критериям: отсутствие дефицита – значения находятся в пределах 20% стандартного отклонения (CO) от нормативных данных (z -значение $\geq -0,20$), легкая степень нарушений – стандартное отклонение составляет 20–50% ($-0,50 \leq z < -0,20$), умеренная выраженность – 50–80% ($-0,80 \leq z < -0,50$) и тяжелая – более 80% ($z < -0,80$) [19].

Результаты заносились в электронную базу данных и статистически обрабатывались с помощью пакета компьютерных программ Statistica for Windows 7 непараметрическим критерием Колмогорова-

Смирнова. Сила связи между признаками оценивалась по Спирмену (r_s).

Результаты

На момент обследования пациенты находились в состоянии ремиссии либо на этапе ее становления. Общий балл по PANSS составлял 47,2 ($\pm CO=8,8$) баллов; по шкале депрессии Калгари 3,4 ($\pm CO=2,9$) баллов. По наличию остаточной психопатологической симптоматики больные распределились следующим образом: 1) пациенты с полной или практически полной ремиссией (суммарный балл по PANSS – 30–45): среднее значение тяжести расстройств составляло 38,5 \pm 3,3 (42 чел., 40,4%); 2) больные с частичной ремиссией (46–60 баллов по PANSS): среднее значение 50,7 \pm 3,8; (51 чел., 49,0%); 3) пациенты с тяжестью расстройств по PANSS более 60 баллов (61–66): среднее значение 63,6 \pm 2,3 (11 чел., 10,6%).

Большинство пациентов (87,5%) имели высокий уровень образования: высшее образование получили 53 человека (51%), в том числе 2 человека (1,9%) имели ученую степень; незаконченное высшее – 28 человек (26,9%), среднее специальное – 10 человек (9,6%); среднее – 7 человек (5,8%); незаконченное среднее – 6 человек (8,6%).

При обследовании больных с помощью шкалы BACS были выявлены следующие особенности: тесты «моторные навыки», «кодирование символов» и «речевая беглость» пациенты в среднем выполняли статистически значимо хуже нормы, однако показатели теста «башня Лондона» оказались достоверно лучше нормативных (табл. 3).

Сопоставление результатов больных с нормативными при разбивке по полу и возрасту представлено в табл. 4. Как видно, пациенты обоего пола из всех трех групп достоверно хуже выполняли задания по тестам «моторные навыки» и «кодирование символов». Кроме того, мужчины молодого возраста статистически значимо хуже справлялись с заданиями на слухоречевую память и речевую беглость. Паци-

Таблица 2

Нормативные показатели тестов BACS в зависимости от возраста (n=204) (модифицировано из [1])

Возраст (лет)	Тесты																	
	Слухоречевая память			Последовательность чисел			Моторные навыки			Речевая беглость			Кодирование символов			«Башня Лондона»		
	M	CO	Z	M	CO	z	M	CO	z	M	CO	z	M	CO	z	M	CO	z
20–29 всего	50,04	7,53	0,58	21,0	3,04	0,23	71,56	9,08	0,28	56,55	12,05	0,03	63,87	7,05	0,82	18,05	1,87	0,33
30–39 всего	49,23	7,17	0,49	21,85	3,24	0,46	71,81	10,46	0,31	58,51	12,51	0,18	61,04	9,71	0,58	18,35	1,69	0,45
40 лет и старше всего	41,67	17,38	-0,006	19,21	3,70	-0,004	65,43	11,14	-0,003	55,25	12,12	-0,001	48,09	8,63	-0,008	16,51	2,44	-0,004

Примечания: M – среднее значение; CO – стандартное отклонение; z – стандартизированный показатель.

енты обоего пола из второй группы обнаруживали значимое снижение по тесту на речевую беглость, а мужчины этой группы – также при выполнении задания «последовательность чисел», хотя лучше выполняли тест «башня Лондона». Наименьшее число отклонений от нормы обнаруживалось у больных старшего возраста, причем они, так же как и больные II группы, достоверно лучше выполняли тест «башня Лондона».

При сравнении показателей субтестов ВАСС без учета пола между возрастными группами больных (табл. 4) большинство субтестов лучше выполняли пациенты второй группы. Однако первая группа по сравнению с другими лучше выполняла тесты «слухоречевая память» и «последовательность чисел». Несмотря на то, что в большинстве случаев различия не достигали статистической значимости, были выявлены значимые отличия у больных II группы по сравнению с I по тесту «речевая беглость» ($p=0,01$) и с 3

группой в тестах «шифровка» ($p=0,0007$) и «башня Лондона» ($p=0,05$).

При разбивке по полу обнаружены преимущества женщин второй группы по сравнению с первой в тесте «речевая беглость» ($p=0,05$) и по сравнению с третьей в тесте «шифровка» ($p=0,01$); при этом у мужчин различия не достигали статистической значимости. Кроме того, выявлены статистически значимые различия между I и III группами: в тесте «шифровка» без учета пола ($p=0,004$), а также с его учетом, где мужчины ($p=0,001$) и женщины ($p=0,003$) I группы выполняли задания лучше пациентов III группы. В тесте «башня Лондона» мужчины I группы ($p=0,05$) оказались лучше мужчин III группы.

Анализ выполнения нейрокогнитивных тестов больными различных групп в зависимости от диагноза представлен в табл. 5. Относительное число больных с выраженными нарушениями когнитивных функций (умеренные+тяжелые) было наибольшим в группе пациентов с шизофренией (за исключением теста «моторные навыки» и «башня Лондона», максимальные отклонения в выполнении которых встречались при шизотипическом расстройстве). При этом ни в одном случае различия не достигали статистической значимости, за исключением достоверной разницы в выполнении задач на слухоречевую память у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством ($p<0,05$). Наименьшее число выраженных нарушений отмечалось в группе пациентов с шизоаффективным расстройством.

Таблица 3

Показатели шкалы ВАСС обследованных больных (n=104)

Тесты	Среднее значение	Стандартное отклонение
Слухоречевая память	43,47	8,78
Последовательность чисел	20,39	3,22
Моторные навыки	57,85*	12,16
Речевая беглость	49,76*	11,79
Кодирование символов	47,11*	11,32
«Башня Лондона»	18,51*	3,08

Примечания: * – $p < 0,001$.

Таблица 4

Показатели тестов ВАСС у больных разных возрастных категорий

Тесты	Пол	I группа		II группа		III группа	
		М	СО	М	СО	М	СО
Слухоречевая память	муж.	43,48***	7,79	42,33*	8,08	36,87	9,78
	жен.	46,63	9,92	43,71*	9,26	43,62	9,18
	всего	44,59	8,40	43,07	8,59	41,37	9,73
Последовательность чисел	муж.	20,82	2,99	19,08*	3,52	22,25	3,73
	жен.	20,78	3,40	20,14	2,14	19,25	3,49
	всего	20,81	3,11	19,65	2,85	20,25	3,77
Моторные навыки	муж.	55,82****	11,03	56,50***	12,88	57,25**	8,94
	жен.	58,0****	10,99	63,85**	14,08	58,18*	14,83
	всего	56,59	10,96	60,46	13,79	57,87	12,96
Речевая беглость	муж.	47,28****	10,22	51,16	14,39	51,62	11,16
	жен.	47,52	11,97	55,35	7,39	51,0	15,26
	всего	47,37	10,76	53,42	11,14	51,20	13,78
Шифровка	муж.	47,40****	10,85	46,33****	9,40	38,75*	10,68
	жен.	50,26****	12,70	54,21*	9,13	41,31****	9,77
	всего	48,40	11,50	50,57	9,91	40,45	9,93
«Башня Лондона»	муж.	19,25	2,38	18,75	2,83	17,87	3,68
	жен.	17,63	4,66	19,28***	2,01	17,43*	2,47
	всего	18,68	3,41	19,03	2,39	17,58	2,85

Примечания: М – среднее значение; СО – стандартное отклонение; ДИ – доверительный интервал; достоверность различий от нормы: * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$; *** – $p < 0,005$; **** – $p \leq 0,001$.

Выраженность нарушений при выполнении тестов BACS у больных различных диагностических групп (n=104)

Тесты	Выраженность нарушений у больных различных диагностических групп																							
	Шизофрения (n=41)								Шизоаффективное расстройство (n=42)								Шизотипическое расстройство (n=21)							
	Легкие		Умеренные		Тяжелые		Норма		Легкие		Умеренные		Тяжелые		Норма		Легкие		Умеренные		Тяжелые		Норма	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Слухоречевая память	1	2,4	6	14,7	23	56,1	11	26,8	4	9,5	1	2,4	15	35,7	22	52,4	-	-	4	19	7	33,3	10	47,6
Последовательность чисел	7	17	4	9,7	14	34,1	16	39	1	2,4	4	9,5	10	23,8	27	64,3	5	23,8	2	9,5	3	14,3	11	52,4
Моторные навыки	3	7,3	2	4,8	29	70,7	7	17	5	12	2	4,8	25	59,5	10	23,8	1	4,8	2	9,5	16	76,2	2	9,5
Речевая беглость	6	14,6	5	12,2	23	56	7	17	6	14,3	7	16,6	14	33,3	15	35,7	2	9,5	1	4,8	9	42,8	9	42,8
Кодирование символов	2	4,8	5	12,2	28	68,3	6	14,6	3	7,1	2	4,8	28	66,6	9	21,4	3	14,3	1	4,8	15	71,4	2	9,5
«Башня Лондона»	1	2,4	2	4,8	7	17	31	75,6	1	2,4	1	2,4	6	14,3	34	81	3	14,3	2	9,5	3	14,3	13	61,9

Примечания: к группе больных шизофренией были также отнесены пациенты с хроническим бредовым расстройством, а к группе больных с шизоаффективным расстройством – пациенты с острым (подострым) полиморфным психотическим расстройством.

В ходе проведения корреляционного анализа нейрокогнитивных субтестов BACS между собой, выявлены результаты, демонстрирующие наличие значимых связей по большинству из них (табл.6). Исключение составляло практически полное отсутствие связей с другими тестами результатов выпол-

нения задания «последовательность чисел» во второй группе. Наибольшее число корреляций обнаруживалось в III группе (статистически значимые корреляции отсутствовали только в парах «последовательность чисел» и «кодирование символов», а также «моторные навыки» и «башня Лондона»), причем,

Таблица 6

Корреляции между субтестами BACS

Тесты	Слухоречевая память	Последовательность чисел	Моторные навыки	Речевая беглость	Кодирование символов	«Башня Лондона»
Группа I						
Слухоречевая память		0,34****	0,13	0,28***	0,39****	0,30****
Последовательность чисел			0,17	0,27***	0,33****	0,31****
Моторные навыки				0,20*	0,21*	0,30***
Речевая беглость					0,31****	0,08
Кодирование символов						0,30****
Группа II						
Слухоречевая память		0,23	0,24	0,31*	0,24	0,40***
Последовательность чисел			-0,04	0,07	-0,05	0,07
Моторные навыки				0,27*	0,32**	0,35**
Речевая беглость					0,38***	0,43****
Кодирование символов						0,22
Группа III						
Слухоречевая память		0,27*	0,36**	0,37**	0,43***	0,40**
Последовательность чисел			0,31*	0,37**	0,27	0,49****
Моторные навыки				0,44***	0,28*	0,22
Речевая беглость					0,47****	0,58****
Кодирование символов						0,48****

Примечания: * – p≤0,05; ** – p≤0,01; *** – p<0,005; **** – p≤0,001.

как правило, выявленные связи были наиболее сильными по сравнению с показателями в других группах.

При анализе корреляций нейрокогнитивных показателей с тяжестью психопатологической симптоматики по шкале PANSS (табл. 7) наибольшее число статистически значимых (и наиболее выраженных) связей выявлено у больных III группы. У больных первых двух групп этот показатель был заметно ниже и в обоих случаях обнаруживал достоверную связь лишь для «кодирования символов», а также «речевой беглости» (только I группа), «слухоречевой памяти» (только I группа) и «башни Лондона» (только II группа).

Таблица 7

Корреляции между субтестами BACS и суммарной оценкой по PANSS

Тесты BACS	Корреляции		
	I группа	II группа	III группа
Слухоречевая память	-0,26***	-0,07	-0,38**
Последовательность чисел	-0,17	-0,13	-0,28
Моторные навыки	-0,14	-0,20	-0,40***
Речевая беглость	-0,22**	-0,24	-0,51****
Кодирование символов	-0,30****	-0,40***	-0,39**
«Башня Лондона»	-0,11	-0,30*	-0,30*

Примечания: * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$; *** – $p < 0,005$; **** – $p \leq 0,001$.

Выводы

Результаты проведенного исследования указывают, что у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра выявляется нейрокогнитивный дефицит, который, однако, носит неравномерный характер. Обнаруживаясь у большинства пациентов, у части больных нарушение базовых когнитивных функций отсутствует, причем данная особенность выявляется с разной интенсивностью при оценке различных показателей. В большей степени выявленные расстройства касаются моторных навыков, кодирования символов

и речевой беглости. Наоборот, для теста «башня Лондона» средние значения оказались даже лучше нормативных.

Указанная тенденция, сохраняясь, в целом, для различных возрастных групп больных, тем не менее, обнаруживает определенные возрастные и гендерные особенности, среди которых следует обратить особое внимание на наименьшее число отклонений от нормы у больных III группы. Хотя пациенты этой группы нередко и «проигрывали» более молодым пациентам, при сравнении с возрастной нормой у них выявлялись существенно меньшие отличия [3], указывающие на большую в этих случаях сохранность когнитивной функции.

Следует отметить, что когнитивная функция в большей степени была нарушена у больных шизофренией и, отчасти, шизотипическим расстройством, оставаясь относительно менее «поврежденной» у пациентов с шизоаффективным расстройством. Однако, учитывая отсутствие существенных диагностических различий у обследованных групп больных, выявленные межгрупповые различия в степени нарушения базовой когниции в данном случае, по-видимому, не обусловлены диагностической характеристикой выделенных групп, а отражают именно возрастной аспект выявленных нарушений.

Более того, учитывая большую корреляцию тяжести психопатологических нарушений с результатами когнитивного обследования у больных третьей группы, можно предположить, что независимый (не связанный с наличием психопатологической симптоматики) характер дефицита у них еще ниже.

Таким образом, полученные данные дают основания для подтверждения гипотезы о зависимости выраженности нейрокогнитивных нарушений от возраста дебюта заболевания: поздняя манифестация расстройств психотического уровня соотносится с более мягким нейрокогнитивным дефицитом, что может отражать меньшую психобиологическую уязвимость в отношении развития психоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 3. С. 13–19.
2. Снежневский А.В. Шизофрения. Цикл лекций (1964 г.). М., 2008.
3. Шмуклер А.Б., Семенкова Е.А. Возрастные особенности нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 4. С. 19–23.
4. Шмуклер А.Б., Семенкова Е.А. Нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией при обратном развитии приступа на начальных этапах заболевания // Доктор.ру. 2013. № 5 (83). С. 64–69.
5. Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E., Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics // Schizophr. Res. 1992. Vol. 6. P. 201–208.
6. Buchanan R.W., Carpenter W.T. Concept of schizophrenia // Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th edn) / B.J.Sadock & V.A.Sadock (Eds.). Lippincott: Williams & Wilkins, 2005. P. 1329.
7. Eggers C., Bunk D. The long-term course of childhood-onset schizophrenia: a 42-year follow-up // Schizophr. Bull. 1997. Vol. 23. P. 105–117.
8. Harris M.J., Jeste D.V. Late-onset schizophrenia – an overview // Schizophr. Bull. 1988. Vol. 14. P. 39–55.
9. Heaton R., Paulsen J.S., McAdams L.A. et al. Neuropsychological deficits in schizophrenics. Relationship to age, chronicity, and dementia // Arch. Gen. Psychiatry. 1994. Vol. 51. P. 469–476.
10. Hoff A.L., Harris D., Faustman W.O. et al. A neuropsychological study of early onset schizophrenia // Schizophr. Res. 1996. Vol. 20. P. 21–28.
11. Howard R., Rabins P.V., Seeman M.V., Jeste D.V. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus // Am. J. Psychiatry. 2000. Vol. 157. P. 172–178.
12. Jeste D.V., Harris M.J., Krull A. et al. Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late-onset schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 1995. Vol. 152. P. 722–730.
13. Jeste D.V., McAdams L.A., Palmer B.W. et al. Relationship of neuropsychological and MRI measures to age of onset of schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. 1998. Vol. 98. P. 156–164.
14. Johnstone E.C., Owens D.G.C., Bydder G.M. et al. The spectrum of structural brain changes in schizophrenia: age of onset as a predictor of cognitive and clinical impairments and their cerebral correlates // Psychol. Med. 1989. Vol. 19. P. 91–103.
15. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. 1987. Vol. 13, N 2. P. 261–276.

16. Keefe R.S., Harvey P.D., Goldberg T.E. et al. Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 102, N 1–3. P. 108–115.
17. McClennan J.M. Early-onset schizophrenia // *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th edn)* / B.J. Sadock & V.A. Sadock (Eds.). Lippincott: Williams & Wilkins, 2005. P. 1307.
18. Paulsen J.S., Romero R., Chan A. et al. Impairment of the semantic network in schizophrenia // *23rd Annual Meeting of the International Neuropsychological Society: 08-11. Ireland: Elsevier Science, 1995.*
19. Reichenberg A., Harvey P.D. Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings // *Psychol. Bull.* 2007. Vol. 133. P. 833–858.
20. Sachdev P., Brodaty H., Rose N., Cathcart S. Schizophrenia with onset after age 50 years. 2: Neurological, neuropsychological and MRI investigation // *Br. J. Psychiatry.* 1999. Vol. 175. P. 416–421.
21. Tuulio-Henriksson A., Partonen T., Suvisaari J. et al. Age at onset and cognitive functioning in schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* 2004. Vol. 185. P. 215–219.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ: ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ

Е.А. Семенкова

Цель исследования: определение особенностей нейрокогнитивного дефицита в зависимости от возраста начала заболевания у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах болезни вне обострения.

В исследование было включено 104 больных с диагнозами шизофрении и расстройства шизофренического спектра. Длительность заболевания ни в одном случае не превышала 5 лет. Больные обследовались с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) и шкалы депрессии Калгари (Calgary Depression Rating Scale, CDRS), а также с использованием Краткой шкалы оценки когниции при шизофрении (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS). Больные обследовались на этапе ремиссии или обратного развития симптоматики, тяжесть расстройств по PANSS не превышала 70 баллов. Было сформировано 3 возрастные

группы больных: 1) в возрасте 18–29 лет (54 чел.); 2) в возрасте от 30 до 39 лет (26 чел.); 3) пациенты от 40 лет и старше (24 чел.). Результаты заносились в электронную базу данных и статистически обрабатывались с помощью пакета компьютерных программ Statistica for Windows 7 непараметрическим критерием Колмогорова-Смирнова. Сила связи между признаками оценивалась по Спирмену (r_s).

Полученные данные дают основания для подтверждения гипотезы о зависимости выраженности нейрокогнитивных нарушений от возраста дебюта заболевания: поздняя манифестация расстройств психотического уровня соотносится с более мягким нейрокогнитивным дефицитом, что может отражать меньшую психобиологическую уязвимость в отношении развития психоза.

Ключевые слова: шизофрения, расстройства шизофренического спектра, первый психотический эпизод, нейрокогнитивный дефицит.

NEUROCOGNITIVE DEFICIT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS IN NON-ACUTE CONDITION: THE EFFECT OF AGE

E.A. Semenkova

Goal of investigation: studying the characteristics of neurocognitive deficit with regard for the age of onset of disease in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders at initial stages of disease and in non-acute condition. Material and instruments: 104 patients with diagnosed schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders, with duration of disease less than five years. The patients were investigated using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Calgary Depression Rating Scale (CDRS) and also the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). The measurements were taken in remission and in reverse symptom development phase; the severity did not exceed 70 (PANSS score). All the patients were divided into three groups: (1) those aged 18–29

(N=54), (2) those aged 30–39 (N=26); (3) those aged 40 years, and older (N=24). All the data were collected in one data base and processed using the Statistica for Windows 7 and non-parametric Kolmogorov-Smirnov test. The Spearman's rank correlation coefficient (r_s) was used to assess the relation between the variables. The obtained results seem to support the hypothesis about relationship between the severity of neurocognitive disturbances and the age of onset of disorder: late manifestation of psychosis happens to be associated with less prominent neurocognitive deficit – that could indicate a decreased psychobiological vulnerability for psychosis.

Key words: schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, first psychotic episode, neurocognitive deficit.

Семенкова Евгения Александровна – аспирант отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: evgenya-sea@yandex.ru