

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ШИЗОФРЕНИИ В МОСКВЕ

Г.П. Костюк¹, А.Б. Шмуклер², С.А. Голубев¹ и исследовательская группа*

¹ ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы,
² Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФБГУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Шизофрения является одним из наиболее распространенных психических заболеваний. Число зарегистрированных на конец года больных с данным диагнозом в Российской Федерации в 2013 году составляло 491 924 человек или 342,79 на 100 тысяч населения [5]. При этом по сравнению с 2005 годом данный показатель снизился на 4,6% в абсолютных цифрах и на 5,4% в относительных. В Центральном федеральном округе снижение составило 7,1% и 8,7% соответственно. В Москве число больных шизофренией за указанный период практически не изменилось (снижение составило менее 0,1%), однако в расчете на 100 тысяч населения уменьшение данного показателя достигло 10,2%. Для всей группы шизофренического спектра уменьшение в расчете на 100 тысяч населения в Российской Федерации составило 4,1%, в Центральном федеральном округе – 8,1%, в Москве – 10,2%.

Отмеченные тенденции обусловлены заметным сокращением числа больных с впервые установленным диагнозом шизофрении. Так, в Российской Федерации снижение количества этих пациентов составило 28,9% или в расчете на 100 тысяч населения – 29,5%; в Центральном федеральном округе – 33,5% и 34,7%, в Москве 22,2% и 30,1% соответственно. Причем данная довольно выраженная динамика не может быть объяснена изменением диагностических подходов: снижение показателей отмечается и при рассмотрении всей группы пациентов шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. В частности, число больных с впервые установленным диагнозом из данной категории уменьшилось в Москве за период с 2005 года по 2013 год на 22,4% или на 30,2% при

расчете на 100 тысяч населения, то есть практически в той же степени, что и число впервые диагностированных больных шизофренией.

Подобные тенденции требуют специального анализа, на что и было направлено представленное исследование.

Цель исследования: установление клинико-эпидемиологических и социо-демографических параметров когорты больных с впервые верифицированным в течение 2016 года диагнозом шизофрении (анализ массива данных сплошной выборки пациентов по г.Москва).

Материал и методы

В течение января-февраля 2017 года сплошным методом (в исследовании приняли участие все психоневрологические диспансеры города Москвы) была проанализирована медицинская документация (амбулаторные карты) всех больных с впервые установленным в течение 2016 года диагнозом шизофрении. В исследование включались как пациенты, впервые обратившиеся за помощью к психиатрам в 2016 году, так и наблюдавшиеся ранее, но имевшие иной диагноз, который в 2016 году был изменен на диагноз шизофрении.

Данные регистрировались в специально разработанной карте, включающей клинико-организационные и социально-демографические показатели и позволяющей провести отдельный анализ для пациентов, впервые обратившихся за психиатрической помощью и ранее наблюдавшихся в ПНД с другими диагнозами.

Статистический анализ осуществлялся с использованием программы Statistica for Windows 10.0.

Результаты

Общая численность группы составила 937 пациентов или 7,6 на 100 тысяч населения; из них

*Л.А. Бурьгина, А.В. Масыкин, А.Э. Вайнштейн, М.Е. Левин, Л.Р. Фишер, Е.Б. Прыгова, В.М. Кумечко, М.Ю. Белова, Э.О. Гукасян, Д.Н. Киселёв, Е.В. Брюн, М.Е. Суетин, Н.Ю. Пашенко, Д.В. Целищев, М.В. Курмышев, Ю.И. Зязин, Д.В. Щербakov, А.И. Машошин, О.В. Кайзер, Т.Г. Пономарева, А.А. Перевертов, Г.А. Воложанина, А.М. Вдовенко.

мужчины – 49,3%, женщины – 50,7% выборки. В 66,1% наблюдений (619 чел.) диагноз шизофрении был установлен при первом обращении в психиатрическую службу города, в 33,9% (318 чел.) – диагностированию шизофрении предшествовали другие диагнозы (для больных в возрасте до 25 лет отсроченная верификация диагноза отмечалась в 49,5% случаев, 25–55 лет – 28,6%; старше 55 лет – 22,9%; различия между группой I, с одной стороны, и группами II и III – с другой статистически достоверны: $p < 0,001$). В 80,1% случаев диагноз был выставлен в стационарных условиях, остальным больным – амбулаторной службой.

Средний возраст первого обращения составлял $34,7 \pm 14,0$ лет, средний возраст установления диагноза шизофрении – $35,8 \pm 13,8$ лет. При этом, в случаях, когда данный диагноз устанавливался при первом обращении, возраст пациентов был выше ($36,7 \pm 13,8$ лет) по сравнению со случаями, когда первоначально выставлялись другие диагнозы ($33,9 \pm 13,6$ лет; $p > 0,05$).

Манифестные варианты заболевания наблюдались у большинства больных – 77,1% (табл. 1). Преобладала параноидная форма, диагностированная у 63,9% всех обследованных. Следует отметить, что более

четверти пациентов (26,7%) был выставлен диагноз шизофрении, не относящийся к шифру F20, а кодируемый с использованием других рубрик расстройств шизофренического спектра (F21–F25), в том числе относящийся к категориям «острые и преходящие психотические расстройства» (6,9%), «шизоаффективное расстройство» (7,6%) и «шизотипическое расстройство» (11,6%).

В наблюдениях, когда верификации шизофрении предшествовали другие диагнозы, только в половине случаев они соответствовали категории расстройств шизофренического спектра (табл. 2). В остальных наблюдениях выставлялись другие диагнозы, причем «задействованы» были практически все рубрики МКБ-10.

Значительная часть больных (62,3%), которым диагноз шизофрении был выставлен после предшествующего наблюдения по поводу других психических расстройств, в этот период госпитализировались в психиатрическую больницу (табл. 3), причем около четверти из них (23,9%) как минимум 2 раза, а 11,3% – свыше двух раз (в отдельных наблюдениях 6 и даже 7 раз). Длительность госпитализаций, как правило, составляла 1–2 месяца и сокращалась при каждом последующем стационарном лечении (среднее

Таблица 1

Распределение больных по формам и вариантам течения шизофрении

Рубрика	Шифр МКБ-10	Диагноз	Численность внутри рубрик		Общая численность (n=937)	
			Абс. число	%	Абс. число	%
F20	F20.0x	Параноидная шизофрения	599	63,9	687	73,3
	F20.1x	Гебефреническая шизофрения	3	0,3		
	F20.2x	Кататоническая шизофрения	1	0,1		
	F20.3x	Недифференцированная шизофрения	18	1,9		
	F20.5x	Остаточная шизофрения	6	0,6		
	F20.6x	Простой тип шизофрении	16	1,7		
	F20.8x	Другой тип шизофрении	44	4,7		
	F20.9	Шизофрения неуточнённая	1	0,1		
F21	F21.1	Латентная шизофрения	4	0,4	109	11,6
	F21.3	Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения	52	5,6		
	F21.4	Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения	39	4,2		
	F21.5	«Бедная симптомами» шизофрения	14	1,5		
F22	F22.02	Паранойяльная шизофрения	3	0,3	5	0,5
	F22.03	Паранойяльная шизофрения с сензитивным бредом отношения	2	0,2		
F23	F23.x3	Приступообразная шизофрения без ассоциированного стресса	63	6,7	65	6,9
	F23.x4	Приступообразная шизофрения при наличии ассоциированного острого стресса	2	0,2		
F25	F25.01	Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, маниакальный тип	8	0,9	71	7,6
	F25.11	Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, депрессивный тип	20	2,1		
	F25.21	Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, биполярный тип	43	4,6		

Диагнозы, предшествовавшие верификации шизофрении

Шифр МКБ-10	Нозологическая группа	Количество человек	%
F00–09	Органические психические расстройства	43	13,5
F21–29	Шизотипические и бредовые расстройства	158	49,6
F30–39	Аффективные расстройства	31	9,8
F40–48	Невротические расстройства	31	9,8
F50–59	Поведенческие синдромы	6	1,9
F60–69	Расстройства личности	21	6,6
F70–79	Умственная отсталость	14	4,4
F80–89	Расстройства психического развития	9	2,8
F90–98	Неуточнённое психическое расстройство	5	1,6
Все шифры	Все диагнозы	318	100,0

число госпитализаций $1,73 \pm 1,2$, средняя продолжительность – $46,6 \pm 35,8$ дней).

Таблица 3

Показатели лечения в стационаре

№ госпитализации	Количество пациентов	Средняя длительность госпитализаций (дни)
1-я госпитализация	198	$55,3 \pm 44,4$
2-я госпитализация	76	$50,2 \pm 44,9$
3-я госпитализация	37	$48,2 \pm 30,4$
4-я госпитализация	15	$39,4 \pm 19,1$
5-я госпитализация	11	$37,1 \pm 23,5$
6-я госпитализация	4	$28,3 \pm 10,4$
7-я госпитализация	2	$29,5 \pm 9,2$

При этом, только у 69,8% больных по экспертной оценке врачей клиническое состояние определялось ремиссией различного качества (лишь у 20,5% пациентов она была полной, а у 26,9% отмечалось становление ремиссии). В остальных наблюдениях сохранялись признаки психотического состояния.

К моменту установления диагноза шизофрении у пациентов уже отмечалась выраженная социальная дезадаптация. Хотя 70,6% больных имели образование не ниже среднего специального, почти половина пациентов (47,9%) не работали и не учились, не имея группы инвалидности. Инвалидность по психическому заболеванию, несмотря на непродолжительный срок наблюдения в психоневрологическом диспансере, была определена 20,5% пациентов. При этом отмечались существенные различия между числом больных с инвалидностью по психическому заболеванию в случаях, когда диагноз шизофрении был установлен сразу (15,2%) и когда этому диагнозу предшествовали другие (30,9%; $p < 0,05$). Наоборот, значительно большее количество пациентов из первой подгруппы по сравнению со второй не работали, не имея инвалидности (51,7% vs 40,6%; $p < 0,05$). Таким образом, общее число больных с трудовой дезадаптацией

в указанных группах существенно не отличалось (66,9% vs 71,5%).

Только 23,1% обследованных больных состояли в браке, 14,4% были разведены, а 62,5% – никогда не были замужем или женаты. Различия по данному показателю в зависимости от времени установления диагноза не обнаруживалось. Дети были у 30,5% пациентов (30,7% и 30,3% по подгруппам).

69,0% включенных в анализ больных находились в группе диспансерного наблюдения, однако регулярно посещали ПНД только половина пациентов (51,9%), причем при отсроченной диагностике шизофрении этот показатель был выше, чем при первичной (62,9% vs 46,2%; $p < 0,001$). При этом 23,5% больных вообще не посещали ПНД (12,6% при отсроченной диагностике и 29,1% при первичной; $p < 0,001$).

По экспертной оценке врачей, участвующих в исследовании, 56,2% больных принимали назначенную терапию регулярно и только 26,1% были полностью некомплаентны, причем почти 2/3 пациентов (63,5%), диагноз шизофрении которым устанавливался отсрочено, полностью выполняли назначенный режим лечения по сравнению с 52,5% больных, которым диагноз выставлялся при первом обращении ($p < 0,05$); не принимали препараты 18,6% и 29,9% больных соответственно ($p < 0,05$).

43,9% пациентов находились на монотерапии (в т.ч. 28,8% получали атипичный антипсихотик); 3,1% больных принимали комбинацию 2 и более атипичных антипсихотиков, 7,0% – 2 и более традиционных нейролептиков и 21,6% – комбинацию атипичных и традиционных антипсихотиков.

Обсуждение

Полученные эпидемиологические данные соответствуют наметившейся в последние годы тенденции к снижению выявления шизофрении как в Российской Федерации в целом, так и в большинстве регионов. Представленные данные демонстрируют, что в Москве, начиная с 2013 года, количество выявленных случаев шизофрении сократилось на 19,1%: с 9,4 [5] до 7,6 на 100 тысяч населения, что в 2 раза меньше

результатов, полученных в международных эпидемиологических исследованиях [11]. В 2/3 случаев диагноз шизофрении был установлен при первом обращении в психиатрическую службу города, причем для лиц старшего возраста этот показатель достоверно выше, чем для молодых (до 25 лет) пациентов, что, по-видимому, связано с попыткой выставить «реабилитационный» диагноз этой категории больных.

Возраст первого обращения в психиатрическую службу города оказался достаточно высоким, что расходится с данными других исследований [6–8]. По-видимому, это связано с тем, что эти пациенты до обращения в государственные психиатрические учреждения наблюдались у представителей других специальностей (в т.ч. психологов) или получали помощь у психиатров частных клиник.

Косвенно на наличие выраженных психических нарушений и признаков течения процесса до установления диагноза шизофрении указывает значительное число госпитализаций, имеющих место в этот период у существенного количества больных и свидетельствующий о выраженности имеющихся расстройств, а также наблюдаемый у больных высокий уровень социально-трудовой дезадаптации: несмотря на непродолжительный срок наблюдения в ПНД, более 20% больных имели группу инвалидности по психическому заболеванию, а почти половина обследованных были безработными; в целом, свыше 2/3 пациентов уже на этом, начальном этапе болезни были дезадаптированы в трудовом отношении, что соответствует количеству инвалидизированных больных шизофренией, состоящих под наблюдением ПНД более длительный период времени. При этом обращает на себя внимание значительное число больных не работающих, но, тем не менее, не имеющих группы инвалидности. Также невелико число пациентов, состоящих в браке и имеющих детей.

Таким образом, истинный дебют заболевания в описанных случаях, безусловно, произошел значительно раньше первого обращения в ПНД, скорее всего, до 30-летнего возраста. Имеющиеся данные свидетельствуют, что средний срок продромального этапа болезни составляет около 5 лет, а в ряде случаев значительно больше [3]. Было показано, что у больных в этот период отмечается спектр неспецифических психопатологических расстройств (аффективных, неврозо- и психопатоподобных, субпсихотических транзиторных форпост-синдромов), сопровождающихся отчетливым социальным снижением, так что к моменту манифестации заболевания накапливается комплекс социальных проблем, в значительной степени являющихся следствием отсроченного оказания психиатрической помощи. В частности, известно выраженное влияние первых лет болезни на клинико-социальные и нейробиологические исходы шизофренического процесса, что ставит задачу раннего выявления имеющихся расстройств и комплексного оказания психиатрической помощи [1, 9, 10].

Полученные данные (только половина больных регулярно посещали ПНД, и более 40% были частично или полностью некомплаентны) свидетельствуют о необходимости интенсификации диспансерного наблюдения данной категории больных и улучшения их комплаентности. Крайне важным является установление доверительных отношений и терапевтического альянса между пациентами и врачом, переход от патернализма к тактике партнерства, адресное применение как психофармакотерапии, так и психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации [2, 4]. Своевременный и адекватный подбор терапии на этапе первого эпизода шизофрении может обеспечить скорейшее купирование продуктивной симптоматики и профилактику рецидивов, способствовать достижению оптимального уровня социального функционирования пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М.: Медпрактика-М, 2010. 544 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. М., 2015. 420 с.
3. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006. 179 с.
4. Каледа В.Г., Мариичева М.А., Бархатова А.Н., Попович У.О. Субъективное отношение к болезни и психотерапевтические стратегии при первом психотическом приступе у юношей // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113, № 10. С. 23–28.
5. Кекелидзе З.И., Казаковцев Б.А. (ред.). Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации. М., 2015. 572 с.
6. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. Рига, 1988. 236 с.
7. Ротштейн В.Г. Шизофрения: возраст начала заболевания (клинико-эпидемиологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 12. С. 37–42.
8. Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С. Отдаленный катамнез больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра после первого обращения в психоневрологический диспансер // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т.22, № 2. С. 10–15.
9. Alvarez-Jimenez M., Parker A.G., Hetrick S.E. et al. Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-Analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode Psychosis // Schizophr. Bull. 2011. Vol. 37. P. 619–630.
10. Lauronen E. Course of illness, outcome and their predictors in schizophrenia (The Northern Finland 1966 Birth Cohort study) // Acta Universitatis Oulunsis D Medica 910, Oulun Yliopisto, Oulu. 2007. 115 p.
11. McGrath J., Saha S., Welham J. et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia // B. M. C. Med. 2004. Vol. 2. P. 13.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ШИЗОФРЕНИИ В МОСКВЕ

Г.П. Костюк, А.Б. Шмуклер, С.А. Голубев и исследовательская группа

В работе проведен анализ ряда клинико-эпидемиологических и социо-демографических параметров сплошной когорты пациентов (г.Москва) с впервые установленным в 2016 году диагнозом шизофрении. Выявлено, что в 33,9% случаев (318 чел.) диагностированию шизофрении предшествовали другие диагнозы. Возраст первого обращения в психиатрическую службу города оказался достаточно высоким, что, видимо, связано с тем, что пациенты на манифестном этапе стремились избежать обращения в государственные психиатрические учреждения. До установления диагноза шизофрении у многих больных отмечено значительное количество госпитализаций,

а также выявлен высокий уровень социально-трудовой дезадаптации, что свидетельствует о выраженности имеющихся расстройств. Полученные данные указывают на необходимость интенсификации диспансерного наблюдения данной категории больных и улучшения их комплаентности, а также оптимизации терапевтических тактик, подходов к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

Ключевые слова: шизофрения, первый психотический эпизод, возраст манифестации, комплаентность, социально-трудовая дезадаптация, психосоциальная терапия и реабилитация.

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA IN MOSCOW

G.P. Kostyuk, A.B. Shmukler, S.A. Golubev and Study Group

The analysis of a number of clinical-epidemiological and social-demographic parameters of non-selective cohort of patients (Moscow) with newly diagnosed schizophrenia (2016) was carried out. It is revealed that other psychiatric diagnoses were stated earlier than the diagnosis of schizophrenia in 33.9% cases (318 patients). Age of the first admission in the city psychiatric service was quite high probably because the patients at the initial stage of the disease tried to avoid treatment in public psychiatric institutions. Before the diagnosis of schizophrenia, many patients have had a significant number of

hospitalizations and the high level of social and occupational maladjustment, which indicates the severity of existing disorders. The results show the necessity to intensify the dispensary observation of these patients, improve their compliance and optimization of therapeutic tactics and approaches to psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation.

Key words: schizophrenia, first psychotic episode, age of manifestation, compliance, social and occupational maladjustment, psychosocial therapy and rehabilitation.

Костюк Георгий Петрович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы; e-mail: george.kostyuk@gmail.com

Шмуклер Александр Борисович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Московского научно-исследовательского психиатрии – филиала ФБГУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: shmukler.a@serbsky.ru

Голубев Сергей Александрович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части филиала Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы «Психоневрологический диспансер №1»; e-mail: color1982@bk.ru