

На правах рукописи

**РУКИНА
Наталья Юрьевна**

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-
АДАПТАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (1987—2007 ГГ.)**

Специальность: 14.01.06-Психиатрия

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
д и с с е р т а ц и и**

**на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Томск

2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на кафедре психологии, психотерапии и педагогики (Барнаул).

Научный руководитель:

д-р мед. наук

Макушкина Оксана Анатольевна

Официальные оппоненты:

д-р мед. наук, профессор

Рахмазова Любовь Демьяновна
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

д-р мед. наук

Салмина-Хвостова Ольга Ивановна
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный
институт усовершенствования врачей»
Минздравсоцразвития России


Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России.

Защита состоится 11 декабря в 16 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 9 ноября 2012 г.

Ученый секретарь совета по защите
докторских и кандидатских
диссертаций Д 001.030.01
кандидат медицинских наук

 О. Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Высокий уровень распространенности шизофрении (цит. по Национальное руководство по психиатрии / под ред. Ю. А. Александровского, 2012), неравномерность выявления больных с данной патологией среди населения ряда административных территорий России (Чуркин А. А., Творогова Н. А., 2007; Ворсина О. П., 2009; Рахмазова Л. Д., 2011, Егоров В. И., 2011), высокая медико-социальная значимость проблемы определяют необходимость продолжения изучения данной патологии.

К настоящему времени имеются данные по влиянию различных факторов на клинику и течение шизофрении (Тиганов А. С., 1999; Голдобина О. А., 2002; Вильянов В. Б., Цыганков Б. Д., 2005; Смулевич А. Б., Андриященко А. В., Бескова Д. А., 2007; Семке А. В. и др., 2011; Цыганков Б. Д., 2012). Широкое внедрение психофармакотерапии во второй половине XX столетия привело к более частому формированию депрессивных проявлений в клинической картине шизофрении, изменилась частота встречаемости ее форм. Изменившиеся подходы к терапии, появление новых групп психотропных препаратов, в частности «атипичных нейролептиков», также способствовало клиническому патоморфозу заболевания за счет направленности действия препаратов данной группы в основном на негативные симптомы (Снедков Е. В., 2006; Завьялова Н. Е., Салмина-Хвостова О. И., 2011; Coulter D. M., Bate A. et al., 2001; Hamann J., Langer B. et al., 2004). При этом, по мнению ряда авторов, нередко при использовании препаратов вышеуказанной группы у пациентов возникают нейроэндокринные побочные эффекты, которые способствуют появлению определенных сложностей в подборе адекватной терапии и в диагностике заболевания (Meyer J. M., 2002; Serpyak M., Leslie D. et al., 2002; Kemmler G., Hummer M. et al., 2005; Kuehn B. M., 2008).

Исследователями широко дискутируется проблема адаптационных возможностей, качества жизни, социальной адаптации и психотерапии в отношении контингента больных шизофренией (Семке В. Я., 1994, 2000; Конева О. В., Семке А. В., 2007; Исаева Е. Р., Лебедева Г. Г., 2008; Даниленко О. А., Зинчук М. С., 2011; Семке А. В., Ветлугина Т. П., Корнетова Е. Г. и др., 2011; Crosse C. A., 2003; Hocking B., 2003; Bellack A. S., 2006; Burns T., 2006).

В данном контексте изучается и проблема коморбидности шизофрении с зависимыми от химических веществ состояниями (Агаев М. М., 2006), соматической патологией (Тюркина Т. А., 2011; Dixon L., Postrado L., Delahanty J., 1999; Lambert T. J., Velakoulis D., Pantelis C., 2003). Так, показано, что обострение соматических заболеваний нередко сопровождается ухудшением психического состояния пациентов, затрудняет реабилитационный процесс. Большая частота нейролептических побочных эффектов при наличии коморбидной патологии требует комплексного полипрофильного подхода при терапии и реабилитации данной группы больных, с обязательным включением в программы терапевтического комплекса иммунокорректоров (Семке А. В., Мальцева Ю. Л., 2002; Мальцева Ю. Л., 2003).

Постоянное внедрение в повседневную практику ресурсосберегающих форм оказания помощи (дневные и ночные профилактории, стационары на дому и т. п.) психически больным также оказывает влияние на стационарные контингенты больных шизофренией (Казаковцев Б. Д., 2001; Голдобина О. А. и др., 2003; Коцюбинский А. П., 2006), их структуру, клинко-динамические и социально-демографические характеристики.

Представленные данные определяют актуальность изучения шизофрении у больных, находящихся на стационарном лечении, в настоящее время. Ранняя манифестация заболевания и ранняя инвалидизация, ограничение дееспособности, показатели, отражающие уровень социальной, профессиональной и личностной адаптации больных шизофренией, по-прежнему остаются чрезвычайно актуальными в настоящее время и далеки от окончательного разрешения.

Цель исследования – на основании сравнительного анализа стационарных контингентов больных шизофренией 1987 и 2007 гг., группы исследования 2008—2009 гг. изучить структуру и клинко-динамические характеристики больных шизофренией в настоящее время, особенности их социальной адаптации.

В соответствии с поставленной целью были определены следующие **задачи**:

1. Изучить клиническую структуру форм шизофрении в 1987 и 2007 гг.

2. Провести сравнительный анализ психопатологической картины шизофрении в 1987 и 2007 гг.

3. Выявить особенности клинической картины и течения шизофрении на современном этапе.

4. Определить особенности течения шизофрении при наличии соматической патологии и/или злоупотреблении алкоголем, наркотиками, психоактивными веществами.

5. Провести сравнительный анализ комплексной терапии в 1987 и 2007 гг. и ее эффективности в группе клинического наблюдения 2008—2009 гг.

6. Определить основные тенденции изменений профессионального и социального функционирования больных шизофренией.

Научная новизна. На основании сравнительного безвыборочного изучения больных шизофренией, прошедших лечение в условиях круглосуточного стационара в 1987 и 2007 гг., получены новые данные, свидетельствующие об изменении частоты клинических форм, синдромальных и феноменологических особенностях шизофрении. Показано влияние сопутствующей соматической патологии, употребления психоактивных веществ (алкоголь, наркотические препараты) на течение основного расстройства, частоту побочных нейролептических эффектов, частоту внутрибольничных ухудшений психического состояния больных, длительность пребывания в стационаре. Установлено накопление в стационарной группе больных шизофренией контингента лиц с выраженными проявлениями профессиональной и трудовой дезадаптации и недееспособностью. Определены основные социально-демографические характеристики больных в группах сравнения, показана их трудовая и социальная адаптация.

Практическая значимость работы. Полученные данные об особенностях стационарного контингента больных шизофренией являются базой для дальнейших исследований по определению возможных исходов течения заболевания, вариантов дефекта, адаптационных возможностей больных. Полученные данные способствуют оптимизации терапевтических, профилактических и реабилитационных мероприятий с широким привлечением к реабилитационному процессу психологов и психотерапевтов, работа которых направлена на улучшение социальной адаптации пациентов.

Результаты проведенного анализа о влиянии алкоголя и других ПАВ на клинику заболевания учтены при выборе ведущего

препарата, а также при разработке индивидуальных программ реабилитации для больных шизофренией. Организовано тесное сотрудничество с наркологической службой, направленное на профилактику злоупотребления больными шизофренией алкоголем, наркотических и психотропных веществ.

Полученные данные о влиянии сопутствующих соматических заболеваний на возникновение экстрапирамидных побочных эффектов легли в основу определения терапевтического прогноза заболевания.

Внедрение в практику. Результаты диссертационной работы были внедрены в клиническую практику КГБУЗ «Алтайская крайняя клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Ю. К.», КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер».

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлено изменение стационарного контингента больных шизофренией с тенденцией к накоплению больных с непрерывно-прогредиентным течением заболевания, большим удельным весом психопатоподобных проявлений в клинической картине шизофрении, увеличением общего числа инвалидов, больных, лишенных дееспособности, и уменьшением числа работающих больных.

2. Рост доли больных шизофренией с сочетанной соматической патологией с преобладанием заболеваний сердечно-сосудистой системы способствует увеличению случаев внутрибольничных ухудшений состояния, побочных нейролептических эффектов и, соответственно, длительности пребывания в стационаре.

3. Злоупотребление ПАВ больными шизофренией способствует увеличению случаев регоспитализаций в связи с обострением психопатологической симптоматики и антисоциальностью поведения.

Апробация работы. Материалы диссертационного исследования докладывались и обсуждались на Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты» (Барнаул, Томск, 2009), XV съезде психиатров России (Москва, 2010).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, в том числе 3 – в центральных рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 164 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы, включающего 194 наименований (из них 145 отечественных и 49 зарубежных). Работа иллюстрирована 14 таблицами, 9 рисунками и 4 приложениями.

Во введении обоснована актуальность исследования, научная значимость, определены цели и задачи работы, изложены основные положения, выносимые на защиту. В главе 1 на основании анализа современной отечественной и зарубежной литературы освещены вопросы истории развития учения о шизофрении, отражена динамика изучения изменений клинической картины шизофрении, освещено современное представление о патоморфозе психических расстройств. Проанализированы литературные данные, посвященные методам терапии, реабилитации, вопросам коморбидности шизофрении. В главе 2 представлена подробная характеристика материалов и методов исследования, приведены критерии отбора исследуемого контингента. В главе 3 подробно рассматриваются особенности видоизменения клиники шизофрении, вариантов ее течения в зависимости от социальных, биологических факторов, фармакотерапии и социального статуса больных шизофренией. В главе 4 описаны подходы к терапии, проведена оценка эффективности проводимого курса лечения, анализ появления побочных эффектов и их отражение на течении заболевания и социальной адаптации, определена роль различных соматических заболеваний и химических аддикций в клинической характеристике и течении шизофрении. В заключении обобщены полученные данные, которые отражены в выводах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе проведения работы ретроспективно была изучена структура форм шизофрении в 1987 г. (всего 503 пациента, из них 212 женщин и 291 мужчина) и в 2007 г. (всего 724 больных, включая 348 женщин и 376 мужчин). На следующем исследовательском этапе проведен сравнительный анализ изменений клинической картины данной нозологии, изучены социально-демографические характеристики, предложены подходы к терапии.

Критерии включения: в исследование входили пациенты в возрасте старше 15 лет с верифицированным диагнозом «шизофрения», проходившие лечение в условиях круглосуточного стационара АККПБ в 1987 и 2007 гг. Диагноз «шизофрения» в исследуемых группах установлен в соответствии с критериями МКБ-10 (рубрики F20 и F21). В связи с тем, что в рассматриваемые промежутки времени существовала и использовалась в клинической практике разная систематика болезней (в 1987 г. действующей была МКБ-9, а в 2007 г. – МКБ-10), диагноз заболевания подтверждался имеющимися катамнестическими данными и клиническими признаками заболевания, отраженными в медицинской документации.

Критериями исключения из ретроспективного исследования были следующие: возраст пациентов до 15 лет, лечение больных в условиях дневного стационара или находящихся на принудительном лечении.

В связи с тем, что ретроспективное исследование документации не дает возможности более глубокого изучения клиники и особенностей течения заболевания, проведения анализа влияния различных факторов на шизофренический процесс, была набрана группа пациентов с диагнозом «шизофрения», в количестве 105 человек (43 женщины и 62 мужчины), проходивших лечение в 2008 и 2009 гг. в условиях круглосуточного стационара АККПБ. Данная когорта пациентов была обследована клиническим и клинико-катамнестическим методами, с использованием психометрической шкалы PANSS (Мосолов С. Н., 2001), CGI-S (электронный ресурс под ред. А. С. Тиганова: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/28>).

Критериями включения относительно данной группы были: верифицированный диагноз шизофрении в соответствии с критериями МКБ-10 (рубрики F20–F21.1, F21.3, F21.4, F21.5), минимальная сумма баллов по шкале PANSS не менее 60 баллов, возраст пациентов от 15 до 65 лет, наличие добровольного и информированного согласия пациента на лечение и обследование в условиях круглосуточного психиатрического стационара, согласие на обработку его персональных данных. Критериями исключения были: возраст пациента младше 15 и старше 65 лет, лечение и обследование в условиях стационара по решению судебных органов, нахождение в стационаре по социальным показаниям, лечение по типу дневного стационара, общая сумма по шкале PANSS на момент поступления в стационар менее 60 баллов.

Все данные регистрировались в специально разработанной карте обследования пациента, затем формализованные сведения были внесены в компьютерную базу данных и подвергнуты статистической обработке. Статистическая достоверность показателей определялась с помощью критерия разности показателей (t-критерий) и критерия χ^2 , достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$. Все вычисления проводились с использованием программы MS Excel на компьютере Pentium IV.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительный анализ групп исследования показал равнозначное соотношение больных мужчин и женщин в изучаемые годы. Получены средневозрастные показатели обследуемых по временным периодам: в 1987 г. средний возраст – $39,0 \pm 12,5$ года, в 2007 г. – $38,98 \pm 14,1$ года, в 2010 г. – $36,34 \pm 12,71$ года. Изучение среднего возраста начала заболевания свидетельствует о некотором сдвиге в сторону более молодого возраста в настоящее время (в соответствующие годы – $26,41 \pm 9,99$; $24,39 \pm 10,07$ и $23,92 \pm 9,71$ года), что, в свою очередь, привело и к увеличению средней длительности заболевания ($10,69 \pm 8,23$, $14,52 \pm 10,6$ и $12,41 \pm 10,16$ года в 1987, 2007 и 2008—2009 гг. соответственно).

Результаты изучения распределения основных форм шизофрении у больных изучаемых групп показали, что в условиях круглосуточного стационара основной удельный вес приходится на параноидную форму шизофрении, с ее достоверным увеличением в 2007 г. на 10,4 % – с 434 случаев в 1987 г. (86,29 %) до 700 случаев (96,69 %) в 2007 г. ($p < 0,05$). В то же время параллельно происходит уменьшение случаев встречаемости кататонической, неврозоподобной и психопатоподобной форм шизофрении (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Сравнительная структура основных форм шизофрении (1987 и 2007 гг. среди пациентов, госпитализированных в круглосуточный стационар)

Форма шизофрении	1987 г. (n=503)		2007 г. (n=724)		p
	абс.	%	абс.	%	
Параноидная	434	86,29	700	96,69	0,00001
Гебефреническая	5	0,99	4	0,55	0,58
Кататоническая	10	1,99	4	0,55	0,039
Простая	2	0,4	4	0,55	0,97
Другие формы:					
Неврозоподобная	22	4,37	10	1,38	0,002
Психопатоподобная	30	5,96	2	0,28	0,00001

На наш взгляд, произошедшие изменения в частоте встречаемости разных форм этой психической патологии, возможно, являются следствием повышения доступности стационарозамещающих технологий, улучшения бесплатного медикаментозного обеспечения пациентов в амбулаторных условиях, способствующего редукции болезненной симптоматики и снижению востребованности лечения в условиях круглосуточного психиатрического стационара.

Вероятно, что неврозоподобная и психопатоподобная формы заболевания с большей частотой встречаются на амбулаторном этапе оказания психиатрической помощи, что подтверждается имеющимися литературными данными (Бурлаков А. В., 2006), указывающими на увеличение случаев этих форм в амбулаторной психиатрической практике. Не исключено, что часть пациентов, за счет стертости клинической картины и атипичного течения заболевания, не попадает в поле зрения психиатров и получает лечение у врачей-интернистов.

Существенные изменения произошли в синдромальной структуре данной нозологии: продуктивные симптомы заболевания под влиянием проводимой терапии быстро теряли свою актуальность и приобретали характер отрывочных, а на передний план в качестве ведущего синдрома выступал психопатоподобный синдром: в 1987 г. зафиксировано 52 случая (10,34 %), в 2007 г. – 144 (19,89 %) ($p < 0,05$). При этом отметим, что уменьшилась доля парафренного, аффективно-бредового и ипохондрического синдромов (рис. 1).

Изучение продуктивных симптомов заболевания позволяет говорить о произошедшем патоморфозе галлюцинаторно-бредовых переживаний, свидетельством которого является понижение доли идей воздействия с явлениями психического автоматизма, величия, преследования в 2007 г. при сравнении с 1987 г. В то же время бредовые идеи отношения, магические переживания стали встречаться чаще. В рамках галлюцинаторных переживаний в анализируемые временные периоды наиболее часто встречались слуховые обманы восприятия, однако в 2007 г. было достоверно больше зарегистрировано случаев псевдогаллюцинаций, а в 1987 г. – истинных галлюцинаций. В 2007 г. переживания в 24,03 % случаев сопровождались чувством тревоги и страха, а в 1987 г. таких случаев встречалось меньше – 9,15 % ($p < 0,05$).

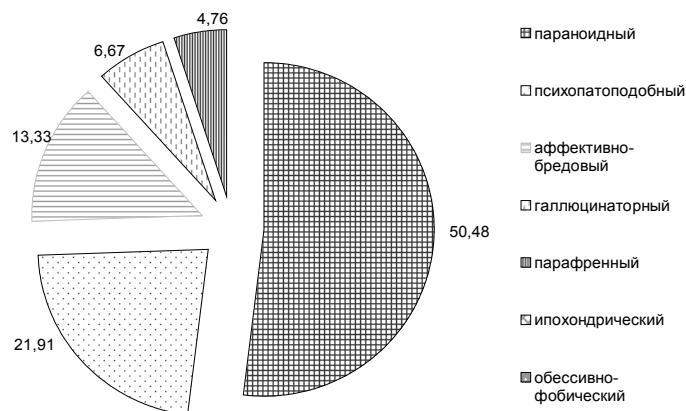


Рис. 1. Синдромальная структура шизофрении в клинической группе исследования (2008—2009 гг.)

В группе клинического исследования (2008—2009 гг.) было определено, что в рамках продуктивных симптомов заболевания присутствовали слуховые псевдогаллюцинации, которые носили преимущественно императивный и комментирующий характер. В структуре бредовых переживаний преобладали идеи отношения в адрес окружающих (54,29 %), которые в 45,61 % случаев (от числа идей отношения) были направлены на близких родственников. Значительно реже в структуре заболевания присутствовали бредовые идеи воздействия с явлениями психического автоматизма (18,1 %), идеи преследования (14,29 %). Бредовые переживания, так же как и галлюцинаторные, на фоне проводимой психофармакотерапии быстро теряли свою актуальность и приобретали отрывочный, фрагментарный характер. В 57,14 % случаев переживания были аффективно окрашены и сопровождались раздражительностью и/или агрессивным поведением. Обнаружено, что 28,57 % пациентов при поступлении в стационар были безразличны к окружающей обстановке и крайне неохотно шли на контакт, в 14,29 % случаев переживания сопровождалось выраженным чувством страха и тревоги.

Негативные симптомы заболевания присутствовали у всех больных и проявлялись в снижении аффективных переживаний, потере целеполагающей мотивации, неспособности получать удовольствие. К негативным симптомам шизофрении относи-

лись и психопатоподобные расстройства, выявленные у 21,91 % пациентов и проявившиеся в виде грубости, негативизма, в нарушениях воли, влечений и в асоциальных формах поведения.

Среди пациентов с давностью заболевания до 5 лет в клинической картине преобладала продуктивная симптоматика, проявлявшаяся в виде слуховых обманов восприятия, бредовых идей преследования, отношения, воздействия. Имеющиеся бредовые переживания полностью определяли поведение больного.

При более длительном течении заболевания клиническая картина была стертой, имеющиеся галлюцинаторные переживания под влиянием назначенной психофармакотерапии быстро редуцировались, на передний план выступали психопатоподобные нарушения, пациенты были склонны к алкоголизации, нередко начинали употреблять наркотики или злоупотреблять психотропными препаратами, вели асоциальный образ жизни, совершали правонарушения. Совершенные правонарушения были тесно связаны с социально-экономической неудовлетворенностью, мнимым ощущением ущемленности в своих правах и интересах, ростом социального неравенства в обществе.

В целом (по результатам сравнительного исследования) установлено, что количество пациентов, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами, увеличилось. В 1987 г. злоупотребляющих алкоголем выявлено 48 человек (9,54 %), употребляющих наркотические и/или другие психоактивные вещества – 2 (0,4 %), в 2007 г. злоупотребляющих алкоголем – 209 человек (28,55 %), употребляющих наркотические и/или другие психоактивные вещества – 40 (5,47 %), ($p < 0,05$).

По результатам клинического исследования 105 пациентов (2008—2009 гг.) определено, что клиническая картина заболевания среди 35 пациентов (33,33 %), злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, характеризовалась наличием слуховых обманов восприятия (14 случаев – 40 %), которые в 2 случаях (14,29 %) дополнялись зрительными галлюцинациями. В структуре бредовых переживаний преобладали идеи отношения (23 случая – 65,71 %), направленные на близких родственников, которые в 7 случаях (30,43 %) сопровождалось агрессивным поведением, в 11 случаях (47,83 %) под влиянием назначенной психофармакотерапии в течение короткого промежутка времени теряли свою актуальность и приобретали стойкий отрывочный характер, определяющий тип ремиссии.

Следует отметить, что заболевание стало иметь тенденцию к непрерывному типу течения. Так, в 2007 г. число таких случаев увеличилось до 610 (84,25 %) в отличие от имевших место 300 случаев (59,64 %) в 1987 г. ($p < 0,05$).

При этом значительно уменьшилось число пациентов, у которых был сформирован апатоабулический дефект личности. Так, в 1987 г. таких случаев было зарегистрировано 84 (16,7 %), в 2007 г. – 62 (8,47 %) ($p = 0,000016$).

Существенные изменения произошли в семейном статусе больных шизофренией как критерии социальной активности: зафиксировано увеличение числа разведенных в 1,8 раза (с 12,92 до 22,68 %) и никогда не вступавших в брак (с 41,35 до 60,52 %) ($p < 0,05$). В 2007 г. в 2,8 раза уменьшилось количество больных, проживающих в своей семье (с 41,15 до 14,5 %), в то же время наметилась тенденция к увеличению числа лиц, проживающих в родительских семьях (с 27,44 до 54,83 %) ($p < 0,05$).

Утяжеление течения заболевания закономерно приводило к ухудшению социальной адаптации больных шизофренией. Взятые в качестве интегральных критериев профессиональной и социальной адаптации показатели инвалидизации и дееспособности наглядно продемонстрировали, что в 2007 г. произошло увеличение общего количества инвалидов (с 49,5 до 81,91 %), преимущественно за счет повышения числа инвалидов по психическому заболеванию II группы (с 44,93 до 77,21 %) ($p < 0,05$). Соответственно с этим уменьшилось количество работающих пациентов (с 36,18 до 8,01 %) ($p < 0,05$), снизился их профессиональный статус, несмотря на изначально более высокий образовательный уровень (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика уровня образования среди пациентов в 1987 и 2007 гг. (по данным сравнительного исследования)

Уровень полученного образования	1987		2007		p
	абс. (n=503)	%	абс. (n=724)	%	
Высшее	59	11,73	104	14,37	0,21
Неполное высшее	13	2,58	57	7,87	<0,05
Среднее специальное	99	19,68	208	28,73	<0,05
Среднее	173	34,39	142	19,61	<0,05
Неполное среднее	85	16,9	155	21,41	0,06
Начальное	70	13,92	17	2,35	<0,05
Надомное обучение	0	0	24	3,31	<0,05
Обучение по вспомогательной программе	0	0	11	1,52	<0,05
Не имеет образования	4	0,8	6	0,83	0,79

Анализ сроков формирования инвалидности в зависимости от давности процесса показал, что темпы формирования стойкой утраты трудоспособности в исследуемых временных периодах (1987 и 2007 гг.) одинаковы, и группа инвалидности определяется на втором-третьем году заболевания и после 8 лет течения процесса.

Результаты клинического исследования показали, что наибольшее количество пациентов в группе имели среднее специальное (37 – 35,24 %) и среднее (27 – 25,71 %) образование, 5 (4,76 %) пациентов получили образование в условиях надомного обучения, 7 (6,67 %) обучались по вспомогательной коррекционной программе, 10 (9,52 %) получили неполное высшее образование и 11 (10,48 %) – высшее. Во всех случаях причиной незаконченного высшего образования послужило психическое расстройство. Без образования зарегистрировано пациентов: 1987 г. – 4 (0,8 %), 2007 г. – 6 (0,83 %), с уровнем начального школьного образования в группе зафиксировано пациентов: 1987 г. – 70 (13,92 %), 2007 г. – 17 (2,35 %).

Зарегистрированное 9-кратное увеличение доли недееспособных больных в сравниваемые временные периоды (с 1,39 до 12,98 %) ($p < 0,05$) является ярким свидетельством роста выраженной социальной дезадаптации данной категории больных, что требует разработки программ социальной реабилитации как для стационарной группы больных шизофренией, так и на внебольничных этапах ведения больного.

Непосредственно связано с предыдущим положением и учащение случаев регоспитализаций в круглосуточный стационар в течение календарного года в 1,5 раза (с 18,89 до 28,18 %) ($p = 0,0003$).

Произошедшее увеличение числа случаев внутрибольничного ухудшения состояния с 2 случаев (0,4 %) в 1987 г. до 46 (6,28 %) в 2007 г. ($p < 0,05$) определило необходимость дальнейшего этапа исследования, направленного на поиск возможных причин. Установлено, что возросла доля больных шизофренией, сочетанной с соматическими заболеваниями: в 1987 г. 360 (71,57 %) пациентов не имели сопутствующих соматических заболеваний, тогда как в 2007 г. таких случаев было зарегистрировано значительно меньше – 79 (10,91 %; $p < 0,05$) (рис. 2).

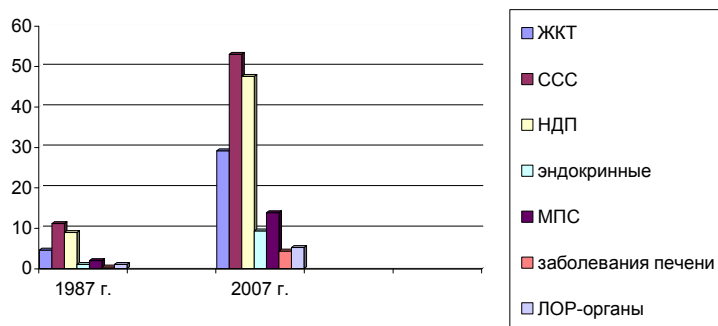


Рис. 2. Динамика распространенности сопутствующих заболеваний у больных шизофренией в 1987 и 2007 гг.

Наиболее часто в анализируемые временные периоды была отмечена коморбидность шизофрении с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Таких случаев в 1987 г. было зарегистрировано 56 (11,13 %), в 2007 г. – 388 (53,59 %). Далее по частоте встречаемости следовали заболевания нижних дыхательных путей (8,95 % и 48,07 % соответственно), желудочно-кишечного тракта (1987 г. – 4,57 %, 2007 г. – 29,42 %), мочеполовой системы (1987 г. – 1,99 %, 2007 г. – 13,95 %), эндокринные (1987 г. – 0,99 %, 2007 г. – 9,39 %), болезни ЛОР-органов (1987 г. – 0,99 %, 2007 г. – 5,25 %), заболевания печени (1987 г. – 0,4 %, 2007 г. – 4,42 %) ($p < 0,05$).

Обнаружено, что выявленная коморбидность приводила к ухудшению переносимости лечения психотропными препаратами в виде учащения случаев появления экстрапирамидных побочных эффектов (с 34,88 % в 1987 г. до 50,82 % в 2007 г.) ($p < 0,05$).

Более подробное изучение данного феномена в клинической группе исследования, состоящей из 105 пациентов (2008—2009 гг.), показало, что наиболее часто экстрапирамидные побочные эффекты терапии развивались при равной тактике ведения больных с наличием заболеваний сердечно-сосудистой системы. Среди 66 пациентов с экстрапирамидными побочными эффектами у 37 из них (56,06 %) имелись заболевания сердечно-сосудистой системы, у 13 пациентов (33,33 %) с вышеуказанной патологией экстрапирамидных побочных эффектов зарегистрировано не было ($p = 0,04$). Увеличение случаев появления экстрапирамидных побочных эффектов повлекло за собой изменение подходов к проводимой психофармакотерапии с более

частым присоединением препаратов «корректоров» (с 71,37 до 93,92 %), увеличением средней суточной дозы тригексифенидила (с $4,6 \pm 2,6$ мг до $6,7 \pm 2,8$ мг) ($p < 0,05$). Кроме того, отмечено повышение числа случаев использования дезинтоксикационной терапии (с 3,38 до 23,26 %) ($p < 0,05$).

Соответственно следует констатировать, что длительность пребывания в круглосуточном стационаре пациентов с побочными эффектами терапии ($69,98 \pm 37,48$ койко-дня) оказалась достоверно выше длительности пребывания пациентов, хорошо переносивших лечение психотропными препаратами ($46,75 \pm 35,13$ койко-дня) ($p < 0,05$).

В связи с изменением основных направлений в терапии психически больных к 2007 г. сравнительных анализ показал, что в последнее время наблюдается тенденция перехода от комбинированной терапии к монотерапии, с использованием атипичных антипсихотических препаратов, с уменьшением частоты использования активных методов лечения, комбинаций нейролептиков с антидепрессантами, при учащении комбинирования нейролептиков с нормотимиками, транквилизаторами и ноотропами. При этом уменьшилась продолжительность времени, необходимого для купирования острой психотической симптоматики: улучшение психического состояния в 2007 г. наступало в среднем через 42 дня от начала терапии, а в 1987 г. – позже, через 59 дней ($p < 0,05$), что привело к сокращению средней длительности пребывания пациентов в круглосуточном стационаре с 86 койко-дней в 1987 г. до 68 койко-дней в 2007 г.

На основании полученных результатов нами была предложена оптимизация медицинской помощи больным шизофренией, направленная на междисциплинарное взаимодействие и сотрудничество всех заинтересованных служб. Их работа направлена на профилактику сопутствующих соматических заболеваний, в первую очередь заболеваний сердечно-сосудистой системы.

С учетом полученных в ходе работы данных при разработке терапевтического прогноза заболевания включаются профилактический, лечебный и реабилитационный направления. Увеличение случаев злоупотребления ПАВ больными шизофренией, приводящих к росту психопатоподобной симптоматики, как в острых периодах заболевания, так и в структуре ремиссии, ухудшение социального статуса больных учитываются при разработке индивидуальных программ реабилитации с привлечением к реабилитационному процессу психологов, психотерапевтов, наркологов, юристов и родственников больных.

ВЫВОДЫ

1. Сравнительное изучение стационарной когорты больных шизофренией в 1987 г. (503 человека) и 2007 г. (724 больных) выявило достоверные различия клинической структуры форм шизофрении и типов течения заболевания.

1.1. Произошло увеличение удельного веса больных параноидной формой шизофрении на 10,4 % – с 434 случаев в 1987 г. (86,29 %) до 700 случаев (96,69 %) в 2007 г. ($p < 0,05$).

1.2. Выявлен рост числа больных шизофренией, у которых в качестве ведущего синдрома преобладают психопатоподобные расстройства (с 10,34 % в 1987 г. до 19,89 % в 2007 г.) ($p < 0,05$).

1.3. Увеличилось количество больных с непрерывно-прогредиентным типом течения заболевания (с 59,64 % до 84,25 % в соответствующие временные периоды) ($p < 0,005$).

1.4. Возросло общее количество инвалидов – с 249 человек (49,5 %) в 1987 г. до 593 (81,91 %) в 2007 г. ($p < 0,05$). Уменьшилось количество работающих – с 182 человек (36,18 %) в 1987 г. до 58 (8,01 %) в 2007 г. ($p < 0,05$), снизился их профессиональный статус. Увеличилось количество недееспособных больных – с 7 (1,39 %) в 1987 г. до 94 (12,98 %) в 2007 г. ($p < 0,05$).

2. Произшедшие изменения психопатологической структуры заболевания выражались в преобладании бредовых идей отношения и религиозных идей. В рамках галлюцинаторных переживаний в 2007 г. увеличилось число случаев псевдогаллюцинаций (48,34 % против 35,78 % в 1987 г.) ($p < 0,05$). Галлюцинаторные, бредовые переживания стали быстро купироваться на фоне проводимой психофармакотерапии и носить отрывочный, фрагментарный характер.

3. Результаты проведенного клинического исследования группы пациентов 2008—2009 гг. (105 пациентов) выявили особенности клинической картины и динамики основных проявлений шизофрении.

3.1. Продуктивные симптомы заболевания были выражены преимущественно в виде слуховых псевдогаллюцинаций императивного и комментирующего характера. В структуре бредовых переживаний преобладали идеи отношения (54,29 %), бредовые идеи воздействия с явлениями психического автоматизма (18,1 %) и идеи преследования (14,29 %).

3.2. Среди пациентов с давностью заболевания до 5 лет в клинической картине преобладала продуктивная симптоматика в виде слуховых обманов восприятия, бредовых идей преследования, отношения, воздействия. Имеющиеся галлюцинаторно-бредовые переживания полностью определяли поведение больного. При более длительном течении заболевания клиническая картина была стертой, галлюцинаторно-бредовые переживания отрывочны, аффективно не насыщены, на передний план выступали психопатоподобные нарушения.

4. Увеличилось количество пациентов, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками и/или другими ПАВ: в 1987 г. злоупотребляющих алкоголем было 48 человек (9,54 %), употребляющих наркотические и/или другие психоактивные вещества – 2 (0,4 %); в 2007 г. злоупотребляющих алкоголем было 209 человек (28,55 %), употребляющих наркотические и/или другие психоактивные вещества – 40 (5,47 %) ($p < 0,05$). По данным клинического исследования 105 пациентов (2008—2009 гг.) определено, что структуре переживаний среди 35 пациентов, злоупотребляющих алкоголем, в 40 % случаев присутствовали слуховые обманы восприятия, которые в 14,29 % случаев дополнялись зрительными галлюцинациями, в 65,71 % случаев присутствовали бредовые идеи отношения, направленные против близких родственников. Констатировано повышение уровня социальной опасности больных шизофренией.

5. Повысилась доля больных шизофренией с коморбидными соматическими заболеваниями: в 2007 г. 360 (71,57 %) пациентов не имели сопутствующих соматических заболеваний, тогда как в 1987 г. таких случаев было 79 (10,91 %) ($p < 0,05$).

6. На примере клинической группы исследования (2008—2009 гг.) была выявлена взаимосвязь между развитием экстрапирамидных побочных эффектов терапии и наличием заболеваний сердечно-сосудистой системы. Среди 66 пациентов с экстрапирамидными побочными эффектами у 37 (56,06 %) имелись заболевания сердечно-сосудистой системы. Длительность пребывания в круглосуточном стационаре пациентов с побочными эффектами терапии оказалась достоверно выше длительности пребывания пациентов без таковых эффектов ($69,98 \pm 37,48$ койко/дня и $46,75 \pm 35,13$ койко/дня соответственно).

7. В настоящее время основными тенденциями в терапии шизофрении являются следующие: монотерапия, с использованием атипичных антипсихотических препаратов, с урежением частоты использования активных методов лечения: в 1987 г. таких случаев было 130 (25,85 %), а в 2007 г. – 8 (1,1 %) ($p < 0,05$). Возросло количество случаев комбинаторного назначения нейролептических препаратов с антипаркинсоническими средствами (в 2007 г. – 93,92 %, в 1987 г. – 71,37 %) ($p < 0,05$), увеличилась их среднесуточная доза (с $4,6 \pm 2,6$ мг в 1987 г. до $6,7 \pm 2,8$ мг в 2007 г.) ($p < 0,05$).

8. Утяжеление течения шизофренического процесса отразилось на увеличении частоты регоспитализаций в круглосуточный стационар в течение 1 года в 1,5 раза – с 95 случаев (18,89 %) в 1987 г. до 204 (28,18 %) в 2007 г. ($p = 0,0003$), а также на повышении числа случаев внутрибольничного ухудшения состояния – с 2 случаев (0,4 %) в 1987 г. до 46 (6,28 %) в 2007 г. ($p < 0,05$).

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. К проблеме лекарственного патоморфоза расстройств шизофренического типа / О. А. Голдобина, Н. Ю. Рукина // Современные социально-психологические проблемы психиатрии и наркологии : тезисы докладов российской научно-практической конференции с международным участием / под ред. В. Я. Семке, А. А. Сумарокова. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2008. – С. 33—34.
2. Подходы к биологической терапии расстройств шизофренического типа / О. А. Голдобина, Н. Ю. Рукина // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии : тез. докл. Второй Всерос. конф. с междунар. участием. – Томск, 2008. – С. 64—66.
3. Некоторые особенности патоморфоза шизофрении (по данным эпидемиологического исследования) / Н. Ю. Рукина, О. А. Голдобина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6. – С. 74—77.
4. Некоторые вопросы развития и изменения шизофрении / Н. Ю. Рукина, О. А. Голдобина // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты : материалы межрегион. научно-практ. конф. с междунар. участием. – Барнаул; Томск, 2009. – С. 207—209.
5. Некоторые особенности шизофренического процесса / Н. Ю. Рукина, О. А. Голдобина // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения : тез. докл. научно-практ. конф. – Омск, 2010. – С. 181—183.
6. Роль соматической патологии в развитии побочных эффектов нейролептической терапии у больных шизофренией / Н. Ю. Рукина, О. А. Голдобина // Материалы XV съезда психиатров России. – М., 2010. – С. 200.
7. К вопросу о клинико-динамической характеристике шизофрении на современном этапе / Н. Ю. Рукина, О. А. Голдобина // Психическое здоровье. – 2011. – № 12. – С. 61—65.
8. Психопатологические особенности больных шизофренией по данным сравнительного исследования / Н. Ю. Рукина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 4. – С. 42—46.