

ОТДАЛЕННЫЙ КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПОСЛЕ ПЕРВОГО ОБРАЩЕНИЯ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

А. Б. Шмуклер, О. С. Бочкарева

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
Психоневрологический диспансер №14 Департамента здравоохранения гор. Москвы*

В настоящее время значительное внимание исследователей уделяется организации помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями. Подчеркивается необходимость разработки специальных программ в зависимости от этапа течения заболевания, имеющих свои специфические особенности как в продромальной фазе и на этапе первой манифестации, так и в дальнейшем. Все большую популярность завоевывает так называемый стадийный подход, предложенный Р.МсГоугу и соавт. [22–25]. При этом, несмотря на признание возможности развития стойкого улучшения [11, 13] или выздоровления больных на любом этапе течения заболевания [16, 17], шизофрения рассматривается как преимущественно прогрессивное заболевание с неуклонным ухудшением социального функционирования. В частности, Р.МсГоугу и соавт. [22–25], касаясь прогноза развития болезни, приводят лишь неблагоприятные исходы (неполная ремиссия после первого психотического эпизода – стадия 3а, повторные приступы с различной выраженностью симптоматики – стадии 3б и 3с или безремиссионное течение – стадия 4). Данная точка зрения выглядит значительно утрированной [15] и скорее отражает тот факт, что в психиатрической службе «оседает» наиболее тяжелый контингент, а благоприятные варианты течения заболевания (в том числе и случаи полного выздоровления) выпадают из поля зрения психиатров. В связи со сказанным, существенным представляется определение отдаленных исходов шизофрении, проанализированных на основе эпидемиологического подхода к изучаемой выборке.

В рамках данного исследования в течение 2010 года сплошным невыборочным методом ретроспективно были изучены амбулаторные карты всех больных, впервые обратившихся в психоневрологический диспансер №14 г.Москвы в 1980–1985 годы,

которым была диагностирована шизофрения (по действующей в тот период МКБ-9). Таким образом, катамнестический период составил 25–30 лет.

Всего за изучаемый период в ПНД обратилось 178 человек с данным диагнозом или 16,5 на 100 тысяч человек населения. Этот показатель практически не отличается от полученного при мета-анализе, включавшем все опубликованные в течение 1965–2001 годов англоязычные эпидемиологические исследования (55 исследований из 33 стран): 15,2 на 100 тысяч человек населения [26]. По данным отечественных авторов, заболеваемость шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (по МКБ-10) в Москве составляет 13–20 на 100 тысяч человек населения [1, 2], в среднем по России – 13–14, в Центральном Федеральном округе – 14–15 случаев на 100 тысяч человек населения [3, 4]. Таким образом, данную выборку можно признать репрезентативной.

По полу пациенты распределялись практически поровну: мужчины – 87 человек (48,9%), женщины – 91 человек (51,1%). Острое начало заболевания отмечалось у 37,7% больных; еще у 13,8% пациентов длительность продромального периода не превышала 12 месяцев (табл. 1). Как видно, почти у половины больных продромальный период был более 1 года, причем у свыше четверти пациентов он превышал 5 лет. Данные результаты согласуются с полученными ранее в клинике первого психотического эпизода Московского НИИ психиатрии: средняя длительность продромального периода – $5,5 \pm 6,8$ лет, причем при остром дебюте – $3,0 \pm 4,8$ лет, при подостром – $5,5 \pm 8,0$ лет и при раннем начале заболевания с постепенным медленным развитием симптоматики – $14,0 \pm 16,0$ лет [2]. Таким образом, даже при рутинном сборе анамнеза в повседневной психиатрической практике выявляется достаточно длительный период, предшествующий манифестации

Длительность продромального периода у больных с впервые диагностированной шизофренией

Таблица 1

Длительность	Число больных	
	Абс.	%
Острое начало заболевания (отсутствие отчетливого продромального периода)	52	37,7
До 1 года	19	13,8
До 2-х лет	6	4,3
До 3-х лет	9	6,5
До 4-х лет	9	6,5
До 5 лет	7	5,1
Свыше 5 лет	36	26,1
Всего	138	100,0
Нет данных	40	–

Время между первыми проявлениями болезни и обращением пациентов в ПНД

Таблица 2

Длительность периода нелеченного заболевания	Число больных	
	Абс.	%
До 1 года	82	47,7
До 2-х лет	25	14,6
До 3-х лет	9	5,2
До 4-х лет	5	2,9
До 5 лет	9	5,2
Свыше 5 лет	42	24,4
Всего	172	100,0
Нет данных	6	–

заболевания, когда у пациентов отмечается «неспецифическая»¹ психопатологическая симптоматика (аффективные и неврозоподобные расстройства, нарушения поведения, социальное снижение, транзиторные субпсихотические состояния и др.); при целенаправленном опросе он оказывается еще более продолжительным.

При этом следует отметить, что лишь очень небольшая часть пациентов обращалась за помощью к психиатру до момента манифестации заболевания: как видно из табл. 2, срок от момента появления первых признаков болезни до обращения в психоневрологический диспансер (ПНД) мало отличался от длительности продромального периода.

Преобладающая часть больных обращалась в ПНД в моло-

¹ Вопрос о специфичности той или иной симптоматики при шизофрении до настоящего времени остается открытым.

Распределение больных по возрасту на момент первого обращения в ПНД

Таблица 3

Возраст (лет)	Число больных		
	Абс.	%	
≤17,9	23	12,9	47,8
18–24,9	34	19,1	
25–29,9	28	15,8	
30–34,9	26	14,6	30,3
35–39,9	16	9,0	
40–44,9	12	6,7	
45–49,9	14	7,9	21,9
50–54,9	10	5,6	
>55	15	8,4	
Всего	178	100,0	100,0

дом возрасте: почти половина (47,8%) – до 30 лет (рис. 1, табл. 3). Возраст 30,3% пациентов на момент первого контакта с врачом ПНД был в интервале 30–45 лет, а для 20,9% больных – 45 лет и старше. Эти результаты чрезвычайно близки к полученным в эпидемиологическом исследовании А.С.Киселева и З.Г.Сочневой [5], согласно которым 44,9% больных, состоящих под наблюдением ПНД, обратились за помощью в возрасте до 30 лет, 31,7% – в 30–44 лет и 23,4% – 45 лет и старше. По данным Э.Я.Штернберга [6], около 32% больных шизофренией в возрасте старше 60 лет, состоящих под наблюдением ПНД, заболели после 40 лет.

Таким образом, хотя большинство больных шизофренией, впервые обращающихся в ПНД – лица молодого возраста, значительная часть из них – старше 45 лет, что требует учета при создании программ для лиц с впервые развившимися психотическими состояниями, критерии включения в которые не должны иметь ограничения для больных старших возрастных групп, как это иногда встречается в зарубежных исследованиях [8].

Состояние больных при первом обращении в ПНД в 32,0% случаев определялось галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, в 10,1% – аффективно-

Процент больных

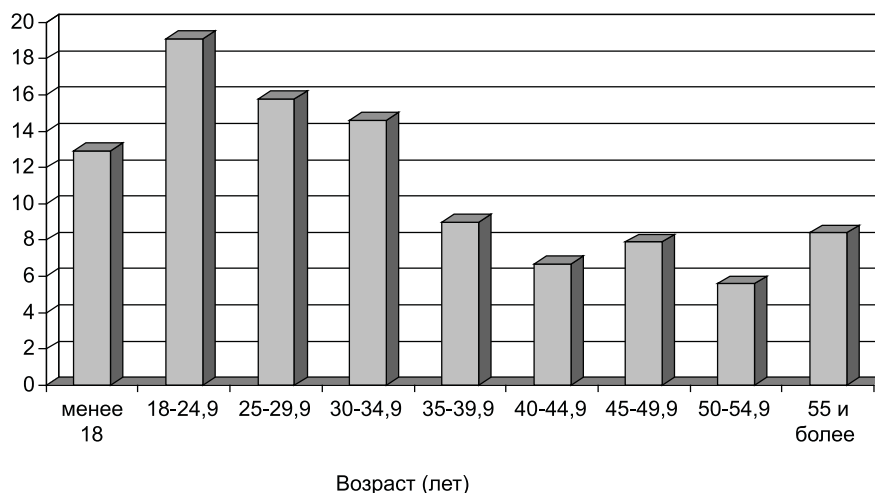


Рис. 1. Возраст больных на момент первого обращения в ПНД

бредовыми расстройствами, в 37,1% наблюдений отмечалась другая психотическая симптоматика и у 20,8% пациентов имели место неманифестные проявления заболевания. Почти $\frac{3}{4}$ больных при обращении к психиатру были госпитализированы, и лишь 26,1% получали помощь во внебольничных условиях (из них 10,8% все-таки были госпитализированы в течение одного года после первого обращения в ПНД). Вместе с тем, в настоящее время считается, что около половины лиц с впервые возникшими психотическими состояниями может лечиться экстрамурально. В частности, специально проведенный анализ показал, что 49,0% пациентов с впервые диагностированной шизофренией и расстройствами шизофренического спектра могут получать лечение в условиях дневного стационара или амбулаторно [2].

После первого перенесенного приступа всем больным была рекомендована поддерживающая и противорецидивная терапия, однако, исходя из записей в амбулаторной карте, комплаентными были лишь 37,1% больных. Ремиссия¹ менее 1 года отмечалась у 22,5% пациентов; общее количество больных с длительностью ремиссионного состояния до 2 лет составляло 37,0% (табл. 4). В то же время у 44,4% продолжительность ремиссии была 5 и более лет, в том числе у 22,5% – свыше 20 лет.

Следует отметить, что результаты, полученные по данному вопросу в зарубежных исследованиях, зачастую заметно различаются (при этом необходимо учитывать, что выборка в этих исследованиях является случайной и не всегда репрезентативно отражает особенности всего контингента пациентов, а количество обследованных больных, как правило, невелико). J.M.Kane и соавт. [18] указывают, что, согласно результатам двойного слепого исследования (общее количество больных 28 чел.), уровень обострений в течение первого года после первого психотического эпизода составляет 25%, достигая при приеме плацебо 41% (n=17), при отсутствии

¹ Под ремиссией понимался этап течения болезни, характеризующийся ослаблением или исчезновением ее проявлений (главным образом, продуктивной психопатологической симптоматики), длительностью не менее 2 месяцев.

Таблица 4

Длительность первой ремиссии

Длительность (лет)	Число больных		
	Абс.	%	
<1 года	39	22,5	55,6
≥1 года <2 лет	25	14,5	
≥2 лет <3 лет	17	9,9	
≥3 лет <5 лет	15	8,7	
≥5 лет <8 лет	12	6,9	21,9
≥8 лет <20 лет	26	15,0	
≥20 лет	39	22,5	22,5
Всего	173	100,0	100,0
Нет данных	5	–	–

повторных приступов у больных, получающих поддерживающую терапию активным препаратом. Из 26 пациентов, для которых был прослежен более длительный катамнез (в среднем 3,5 года), у 69,2% (18 чел.) отмечался повторный приступ, и 50,0% исходной выборки (14 из 28 чел.) перенесли три приступа (обострения) заболевания.

По данным D.H.Linszen и соавт. [19], 17% больных с недавно начавшейся шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (n=69) в течение 15 месяцев переносят повторное обострение. В ряде случаев указываются более высокие цифры: уровень обострений колеблется от 35% при 18-месячном катамнезе [32] до 70% [29] и даже 81,9% [27] при 5-летнем наблюдении. При этом следует учитывать, что во всех трех упомянутых работах обследовались больные, выписанные после их первой госпитализации, то есть более тяжелый контингент, чем вся выборка впервые заболевших, среди которых значительная часть получала лечение во внебольничных условиях и, соответственно, имела менее тяжелую психопатологическую симптоматику и, исходя из этого, большую вероятность благоприятного течения болезни.

Возвращаясь к результатам, полученным в данном исследовании, следует отметить, что дальнейшее течение заболевания у большинства пациентов было относительно благоприятным. Так, у 79,7% больных число повторных приступов (обострений) за весь катамнестический период не превышало 5 (включая 23,6% случаев единственного психотического эпизода); у 16,3% пациентов – составляло 6–10 и лишь для 4,0% исследуемых – было 11 и более. Более 1/3 больных за весь период от начала заболевания либо не госпитализировалось (5%)², либо госпитализация в течение всей жизни была единственной – 29% (рис. 2). Редкие поступления в стационар (2–5 раз) отмечались у 44% больных, и лишь 9% поступали в больницу 11 и более раз.

Полученные данные чрезвычайно близки представленным в работе L.Chompi и Ch.Muller [12]: 80% обследованной когорты больных поступали в

² При оценке данного показателя следует учитывать высокий (скорее всего, избыточный) уровень первой госпитализации.

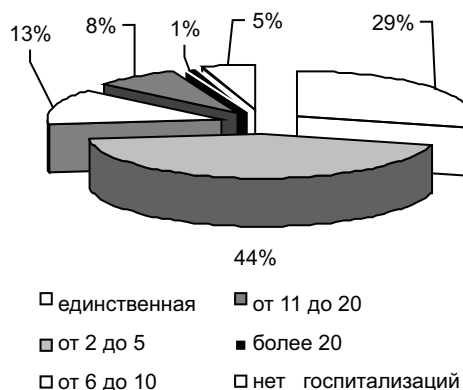


Рис. 2. Количество госпитализаций больных за период катамнеза

стационар на протяжении всего катamnестического наблюдения (30–50 лет) 1–3 раза и только 10% – 6 и более. Согласно результатам А.С.Киселева и З.Г.Сочневой [5], 3,8% больных за период болезни ни разу не госпитализировались, а 25,2% – лечились в больнице только 1 раз (для пациентов с длительностью заболевания 39 и более лет анализируемые показатели составляли 8,4% и 18,6% соответственно). По данным эпидемиологических исследований, проводившихся в СССР в 70-е годы [7], единственный приступ наблюдался у 29,7% пациентов, болевших свыше 15 лет, а 71,2% больных за этот период перенесли не более трех приступов.

Среди обследованных при проведении данной работы больных, только 41,6% имели группу инвалидности по психическому заболеванию. Это значение существенно ниже ($p < 0,001$), чем для лиц, продолжающих наблюдаться в ПНД – 67,1% (данный показатель для Российской Федерации в целом составляет 63,2%) [4]. Таким образом, несмотря на достаточно высокий уровень инвалидизации больных шизофренией, показатель, который обычно приводится в официальной отчетности, превышает рассчитанный на всех обратившихся за психиатрической помощью примерно в 1,5 раза за счет накопления в психиатрических учреждениях наиболее тяжелого контингента.

Из 178 человек, впервые обратившихся в ПНД в 1980–1985 годы, на конец 2010 года продолжали наблюдаться 89 пациентов (50,0%). Среди снятых с наблюдения у 52 человек (29,2%) отмечалось выздоровление или стойкое улучшение, включая 28 случаев (16,1%) единственного психотического эпизода; 8 пациентов (4,5%) сменили место жительства, 14 больных (7,8%) умерли и о 15 (8,4%) – сведения отсутствовали. Среди продолжающих наблюдаться в ПНД, 53 пациента (59,6%) принимали поддерживающую терапию, а 36 больных (40,4%) на момент обследования по разным причинам терапию не получали. Из последних, 28,1% больным терапия не осуществлялась на протяжении 5 и более лет (табл. 5), причем все эти пациенты продолжительное время находились в состоянии ремиссии (фак-

Таблица 5
Длительность отсутствия поддерживающей терапии у больных, продолжающих наблюдаться в ПНД

Срок, в течение которого больные не получают лечение	Число больных		
	Абс.	%	
До 1 года	4	4,5	10,1
От 1 года до 5 лет	5	5,6	
От 5 до 10 лет	6	6,7	28,1
От 10 до 20 лет	11	12,4	
Свыше 20 лет	8	9,0	
Итого	34	38,2	38,2
Не известно	2	2,2	2,2
Всего	36	40,4	40,4

тически длительность ремиссии у большинства из них (21 чел. или 23,6%) превышала 10 лет – табл. 6) с разной степенью выраженности остаточной психопатологической симптоматики (стабилизированные состояния); количество приступов (обострений) заболевания у них в основном было крайне невелико: менее 5 за весь период наблюдения у 22 человек (24,8%). Таким образом, с учетом лиц, снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или стойким улучшением, у 43,3% пациентов (77 чел.), которым была диагностирована шизофрения, отмечается достаточно благоприятный исход заболевания, как минимум, не требующий настоятельного осуществления регулярной психофармакотерапии на его отдаленных этапах.

Данные результаты, несмотря на определенное несоответствие с принятыми в последние годы, особенно среди западных психиатров, представлениями о преимущественно неблагоприятном исходе шизофрении [30], не являются неожиданными. Так, в свете проведенного исследования, значительный интерес вызывает опубликованная в 1966 году (т.е. на заре психофармакологической эры, что требует учета при анализе результатов) работа J. Stephens и соавт. [28], в которой прослежен 10-летний катamnез больных, выписанных с диагнозом шизофрения после, как минимум, трехнедельной первой в жизни психиатрической госпитализации. Из 472 изученных пациентов в 24% случаев было диагностировано полное выздоровление без наличия в течение указанного периода повторных приступов или обострений; у 46% больных отмечалось наличие повторных приступов, разделенных более или менее стойкими ремиссиями с той или иной степенью выраженности резидуальной симптоматики; и, наконец, в 30% наблюдений у пациентов сохранялась практически непрерывная психотическая симптоматика.

Еще одно изучение отдаленных исходов впервые возникших психотических состояний было осуществлено в госпитале канадской провинции Аль-

Таблица 6
Длительность ремиссии и количество приступов (обострений) заболевания у больных, состоящих под диспансерным наблюдением (n=89) и не получающих фармакотерапию на его отдаленных этапах (n=25)

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Длительность ремиссии		
5 лет	4	4,5
13 –19 лет	7	7,9
20 и более лет	14	15,7
Количество приступов (обострений)		
1	6	6,8
2–4	16	18,0
8	2	2,2
11	1	1,1

берта, в который поступали больные со всего региона, то есть выборка была репрезентативной с точки зрения заболеваемости. Из 92 пациентов, поступивших в больницу в 1963 году, через 10 лет было обследовано 88 человек с диагнозом шизофрения по DSM-II: в 58% случаев у больных не было выявлено какого-либо «социального дефицита» [9]. При использовании более строгих диагностических критериев, из 50 пациентов, которые соответствовали диагнозу шизофрении, 43 человека были обследованы через 14 лет после поступления: число случаев полного выздоровления составляло 21%, а еще у 30% больных симптоматика была выражена минимально, и они достаточно эффективно функционировали [10].

Наличие благоприятных исходов отмечалось даже у заведомо более тяжелого контингента больных. Например, в исследовании Т. McGlashah [20, 21] среди резистентных к терапии (!) больных шизофренией с «хроническим» течением, выписанных из стационара в период между 1950 и 1975 годами (532 чел.), при 15-летнем катамнезе 6% выздоровели (!), у 8% состояние было расценено как хорошее, и лишь 41% пациентов были стойко инвалидизированы.

Из больных шизофренией, выписанных из психиатрической больницы штата Айова (США) в

1934–1944 годы, при среднем 35-летнем катамнезе 20% пациентов были «свободны от симптоматики» [14, 31]. Больные шизофренией, выписанные из больницы штата Вермонт (США) в 1955–1960 годы, при обследовании через 20 лет в 60% случаев обнаруживали удовлетворительное функционирование [16, 17].

Таким образом, результаты проведенного исследования демонстрируют неоднородность исходов заболевания: наряду с тяжелыми, инвалидизирующими их вариантами, у значительной части больных прогноз болезни после ее дебюта оказывается достаточно благоприятным, включая единственный за всю жизнь приступ или малоприспособное течение без видимых социальных последствий, при хорошем функционировании в сообществе. Подобные различия указывают на неприемлемость рекомендаций строго унифицированных подходов и требуют выработки дифференцированной тактики ведения пациентов, начиная с первого обращения за психиатрической помощью. Определение критериев, на которых могло бы базироваться принятие решения о включении конкретного пациента в ту или иную программу психиатрического обслуживания, и разработка ее особенностей – задача дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессонова А.А. Первый эпизод шизофрении: клинико-социальный и фармакоэкономический аспекты: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 137 с.
2. 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.
3. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 гг.). М., 2000. 506 с.
4. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006). М., 2007. 572 с.
5. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. Рига, 1988. 236 с.
6. Штернберг Э.Я. (Ред.). Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. М., 1981. 192 с.
7. Храмулашвили В.В., Либерман Ю.И. К прогнозу частотности приступов шизофрении (по данным эпидемиологического исследования) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1976. Т. 76, № 5. С. 747–754.
8. Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L. et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. The OPUS Trial // Arch. Gen. Psychiatry. 2008. Vol. 65, N 7. P. 762–771.
9. Bland R., Parker J., Orn H. Prognosis in schizophrenia: a ten year follow-up of first admission // Arch. Gen. Psychiatry. 1976. Vol. 33. P. 949–954.
10. Bland R., Parker J., Orn H. Fourteen-year outcome in early schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. 1978. Vol. 58. P. 327–338.
11. Bleuler M. The Schizophrenic Disorders. New Haven: Yale University Press, 1972.
12. Ciompi L., Muller Ch. Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Berlin–Heidelberg–New York, 1976. 242 s.
13. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long term // Br. J. Psychiatry. 1980. Vol. 136. P. 413–420.
14. Clancy J., Tsuang M., Norton B., Winokur G. The Iowa 500: a comprehensive study of mania, depression and schizophrenia // J. Iowa Med. Soc. 1974. Vol. 64. P. 294–398.
15. Harding C., Zubin J., Strauss J.S. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? // Hosp. Com. Psychiatry. 1987. Vol. 38, N 5. P. 477–486.
16. Harding C., Brooks G., Ashikiga, Strauss J., Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later // Am. J. Psychiatry. 1987. Vol. 144. P. 718–726.
17. Harding C., Brooks G., Ashikiga, Strauss J., Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II. Long term outcomes of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 1987. Vol. 144. P. 727–735.
18. Kane J.M., Rifkin A., Quitkin F., Nayak D., Ramos-Lorenzi J. Fluphenazine vs placebo in patients with remitted, acute first-episode schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 1982. Vol. 39, N 1. P. 70–73.
19. Linszen D.H., Dingemans P.M., Lenior M.E. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders // Arch. Gen. Psychiatry. 1994. Vol. 51, N 4. P. 273–279.
20. McGlashah T. Chestnut Lodge Follow-up Study. I. Follow-up methodology and study sample // Arch. Gen. Psychiatry. 1984. Vol. 41. P. 573–585.
21. McGlashah T. Chestnut Lodge Follow-up Study. II. Long-term outcome of schizophrenia and affective disorders // Arch. Gen. Psychiatry. 1984. Vol. 41. P. 586–601.
22. McGorry P.D. Issues to DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry // Am. J. Psychiatry. 2007. Vol. 164. P. 859–860.
23. McGorry P.D. Back to the future: predicting and reshaping the course of psychotic disorder // Am. J. Psychiatry. 2008. Vol. 165. P. 25–27.
24. McGorry P.D., Hickie I.B., Yung A.R. et al. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier safer and more effective interventions // Aust. N. Z. J. Psychiatry. 2006. Vol. 40. P. 616–622.
25. McGorry P.D., Allot K., Jackson H.J. Diagnosis and the staging model of psychosis // The recognition and management of early psychosis / H.J. Jackson, P.D. McGorry (Eds.). Cambridge University Press, 2010. P. 17–27.
26. 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.
27. Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M.J. et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // Arch. Gen. Psychiatry. 1996. Vol. 56, N 3. P. 241–247.
28. Stephens J., Astrup C., Mangrum J. Prognostic factors in recovered and deteriorated schizophrenics // Am. J. Psychiatry. 1966. Vol. 122. P. 1116–1121.

29. The Scottish Schizophrenia Research Group. The Scottish first episode schizophrenia study. VIII. Five-year follow-up: clinical and psychosocial findings // Br. J. Psychiatry. 1992. Vol. 161. P. 496–500.
30. Tandon R., Keshavan M.S., Nasrallah H.A. Schizophrenia, “Just the facts”: What we know in 2008. Part 1: Overview // Schizophr. Res. 2008. Vol. 100. P. 4–19.
31. Tsuang M., Winokur G. The Iowa 500: field work in a 35-year follow-up of depression, mania and schizophrenia // Can. Psychiatr. Assoc. J. 1975. Vol. 20. P. 359–365.
32. Zhang M., Wang M., Li J., Phillips M.R. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. An 18-month study in Suzhou, Jiangsu // Br. J. Psychiatry. 1994. Suppl. 24. P. 96–102.

ОТДАЛЕННЫЙ КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПОСЛЕ ПЕРВОГО ОБРАЩЕНИЯ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

А. Б. Шмуклер, О. С. Бочкарева

В течение 2010 года сплошным не выборочным методом ретроспективно были изучены амбулаторные карты всех больных, впервые обратившихся в Московский психоневрологический диспансер №14 в 1980–1985 годы, которым была диагностирована шизофрения (по действующей в тот период МКБ-9) – 178 человек. У 79,7% больных число повторных приступов (обострений) за весь катamnестический период не превышало 5; у 16,3% пациентов – составляло 6–10 и лишь для 4,0% исследуемых было 11 и более. Более 1/3 больных за весь период от начала заболевания либо не госпитализировалось, либо госпитализация в течение всей жизни была единственной. Редкие поступления в стационар (2–5 раз) отмечались у 44% больных и лишь 9% поступали в больницу 11 и более раз. Только 41,6% больных имели группу инвалидности по психическому заболеванию. Из 178 человек, впервые обратив-

шихся в ПНД в 1980–1985 годы, на конец 2010 года продолжали наблюдаться 89 пациентов (50,0%). Среди снятых с наблюдения у 52 человек (29,2%) отмечалось выздоровление или стойкое улучшение, включая 28 случаев (16,1%) единственного психотического эпизода.

Таким образом, результаты проведенного исследования демонстрируют неоднородность исходов заболевания: наряду с тяжелыми, инвалидизирующими их вариантами, у значительной части больных прогноз болезни после ее дебюта оказывается достаточно благоприятным, включая единственный за всю жизнь приступ или малоприспособное течение без видимых социальных последствий, при хорошем функционировании в сообществе.

Ключевые слова: шизофрения, отдаленный катamnез, исход заболевания.

LONG-TERM FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS STARTING WITH THEIR FIRST VISIT TO THE PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY

A. B. Shmukler, O. S. Bochkareva

In the course of 2010, the researchers studied retrospectively the case histories of all the outpatients that initially had sought care in the Moscow Psychoneurological Dispensary Nr. 14, in the period 1980–1985, and who had been diagnosed as schizophrenics (according to the ICD-9). Total number of patients was 178. In 79.7% of patients, the frequency of repeated episodes (exacerbations) of the disease was 5 or less during the follow-up period; in 16.3% it reached 6 to 10, and only in 4% cases was 11 or more. More than 1/3 of patients had either single hospitalization during their lifetime or none at all. Infrequent admissions (2 to 5 times) were registered in 44%, and only 9% had been admitted to hospital 11 times or more. Only 41.6% of patients had the ‘disability degree’, i.e. formally recognized as

unemployable, because of a mental disorder. Of the initial 178 persons who had sought help in the dispensary in 1980–1985, 89 were still under observation in 2010 (50.0%). Among those off the observation list, 52 (29.2%) had recovery or stable improvement, including 28 cases (16.1%) of a single psychotic episode. The results of this investigation point to a variety of possible outcomes: along with severe and disabling variants, a significant part of patients show a rather positive prognosis after the manifestation of disease, i.e. it could be a single episode or a few episodes without noticeable social consequences and with good functioning in the community.

Key words: schizophrenia, long-term follow-up, outcome.

Шмуклер Александр Борисович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России, e-mail: ashmukler@yandex.ru

Бочкарева Оксана Сергеевна – врач-психиатр психоневрологического диспансера №14 Департамента здравоохранения города Москвы.