

ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ

Н.Г. Незнанов^{1,2}, А.Б. Шмуклер³, Г.П. Костюк⁴, Софронов А.Г.⁵
и исследовательская группа*

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М.Бехтерева» Минздрава России

²ФГБУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»

³Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

⁴ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы,

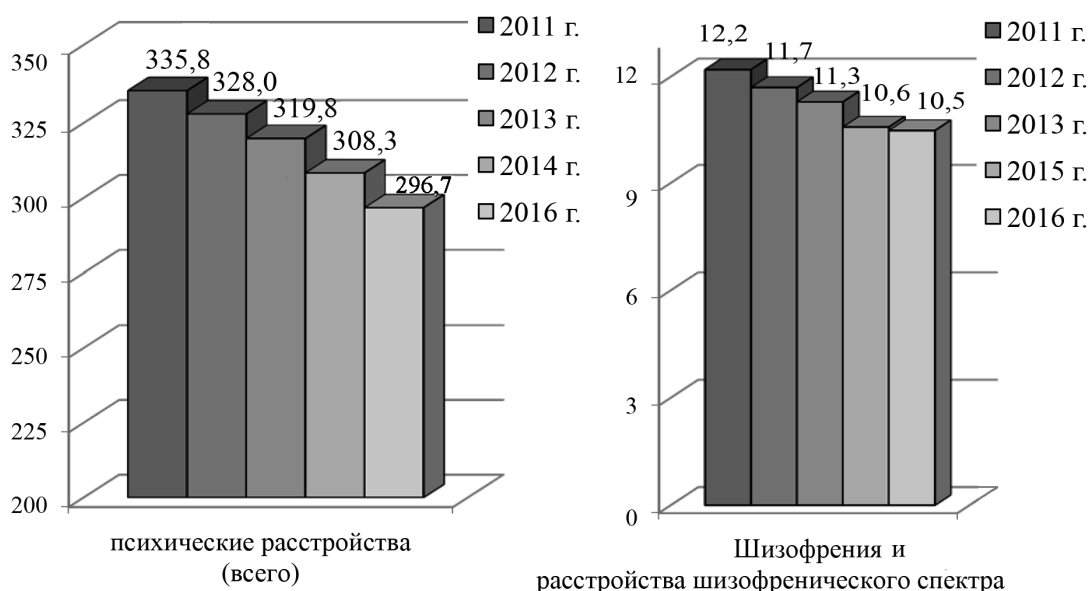
⁵Кафедра психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

В настоящее время значительное внимание уделяется организации помощи психически больным на начальных этапах заболевания. Раннее выявление психических расстройств способствует более благоприятному прогнозу как в клиническом, так и в социальных аспектах и, в конечном итоге, является ресурсосберегающим не только с точки зрения косвенных

расходов, но и имея в виду прямые медицинские затраты.

В то же время имеющиеся в настоящее время статистические данные указывают, что в Российской Федерации снижается выявляемость психических заболеваний, том числе расстройств психотического спектра. Как видно из рис. 1, первичное выяв-

Рис. 1. Первичное выявление лиц с психическими расстройствами (на 100 тыс. чел. населения)



*Абриталин Е.Ю. (Санкт-Петербург); Боев О.И. (Ставрополь); Бойко Е.О. (Краснодар); Валинуров Р.Г. (Уфа); Гордеев В.А. (Кемерово); Гурьянова Т.В. (Казань); Добровольская А.Е. (Санкт-Петербург); Зиганшин Ф.Г. (Казань); Зинина А.И. (Новосибирск); Крюкова Е.М. (Оренбург); Максимова Н.Е. (Тверь); Моросеева Е.А. (Тверь); Паляева С.В. (Оренбург); Петров А.В. (Ярославль); Петрова Г.В. (Тверь); Ракицкий Г.Ф. (Хабаровск); Сорокина В.А. (Кемерово); Сорокина В.И. (Нижний Новгород); Сучков Ю.А. (Нижний Новгород); Тубаева Н.Р. (Уфа), Чернохатова Т.М. (Оренбург); Шеллер А.Д. (Хабаровск); Шикин Ю.М. (Ставрополь); Шмарина Е.М. (Оренбург); Яровицкий В.Б. (Ставрополь).

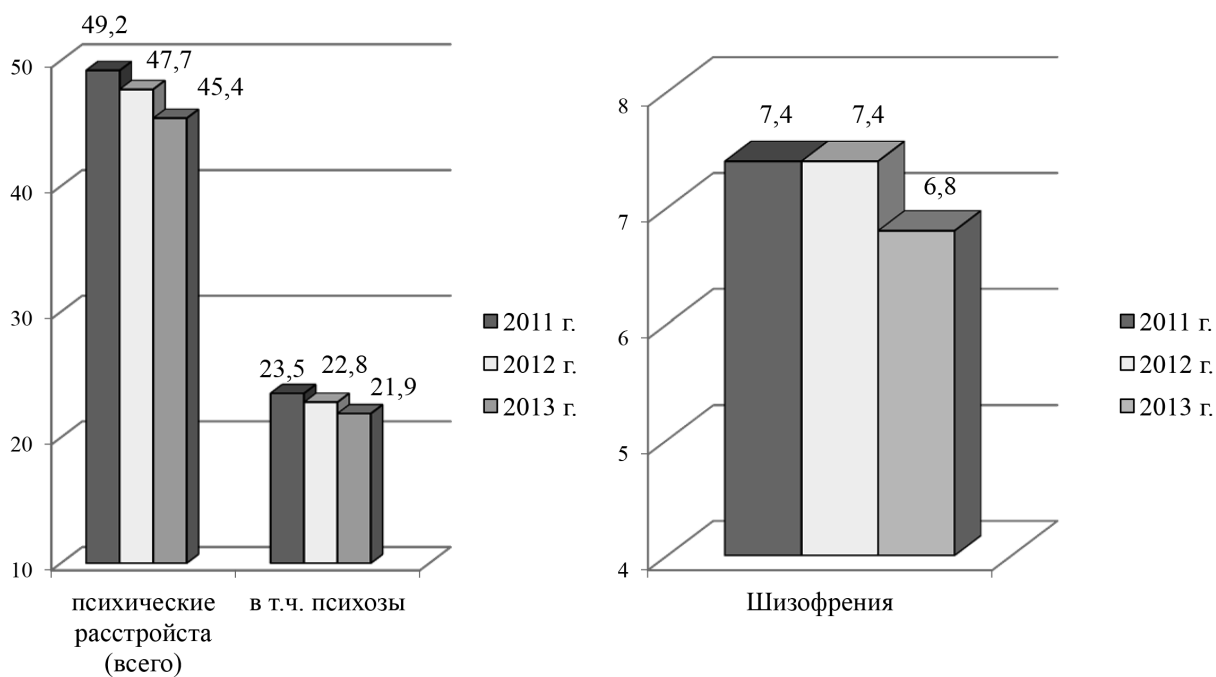


Рис. 2. Число больных с впервые установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение (на 100 тыс. чел. населения)

ление психических расстройств за период с 2011 по 2016 год снизилось на 11,6% (за последние 9 лет на 28,0%), шизофрении – на 13,9% [3–5]. Сокращается число больных с впервые установленным диагнозом психического расстройства, взятых под диспансерное наблюдение (рис. 2), что в значительной степени касается также больных шизофренией, которым диспансерное наблюдение устанавливается только в 60% случаев [2]. Одновременно отмечается рост числа больных-инвалидов по психическому заболеванию (рис. 3): с 2011 по 2016 год увеличение составило 1,8% (с 2005 г. – 4,8%). При этом имеет место утяжеление диспансерного контингента больных: число больных-инвалидов увеличилось с 55,5 (2005) до 66,7 (2014) на 100 диспансерных больных [3, 5].

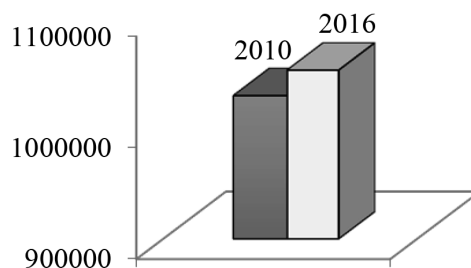


Рис. 3. Число больных-инвалидов по психическому заболеванию (2011 г. – 1 033 308 чел.; 2016 г. – 1 051 651 чел.)

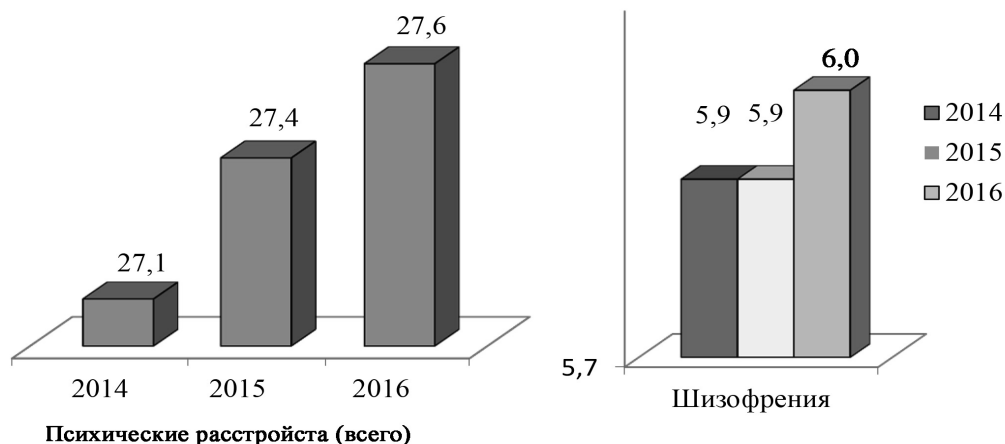


Рис. 4. Число больных, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств (на 10 тыс. чел. населения)

Также выросла и первичная инвалидность (рис. 4): увеличение для всех психических расстройств за период 2014–2016 годы составило 1,8%, для больных шизофренией – 1,0% [5].

Таким образом, в настоящее время остро стоит вопрос оценки оказания помощи больным с первыми психотическими эпизодами. С этой целью было проведено эпидемиологическое исследование системы помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания (первые 5 лет после установления диагноза).

Задачи исследования:

1. Оценить количество больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания в различных регионах Российской Федерации.

2. Определить демографические и социальные характеристики (включая трудовой статус и наличие группы инвалидности) выявленных больных.

3. Оценить сроки обращения за помощью при впервые возникших психотических состояниях.

4. Определить объем (обращаемость, количество дней госпитализации, ее частота) и условия оказания помощи выявленным больным (амбулаторные условия, дневной стационар, больница).

5. Выявить фармакоэпидемиологические особенности оказания помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания.

Материал и методы исследования

Осуществлялось невыборочное исследование в 14 территориях Российской Федерации: 1) Казань; 2) Кемерово; 3) Краснодар; 4) Москва; 5) Нижний Новгород; 6) Новосибирск; 7) Омск; 8) Оренбург; 9) Санкт-Петербург; 10) Ставрополь; 11) Тверь; 12) Уфа; 13) Хабаровск; 14) Ярославль.

Критерии включения:

1. Больные (муж. и жен.), у которых впервые были диагностированы шизофрения или расстройства шизофренического спектра.

2. Период диагностики указанных заболеваний 2013–2017 годы.

3. Возраст больных на момент диагностики указанных заболеваний 18 лет и старше.

Критерии исключения:

1. Другие психические заболевания (в т.ч. расстройства психотического спектра), не относящиеся к шизофрении и расстройствами шизофренического спектра.

2. Диагностика шизофрении или расстройств шизофренического спектра до 2013 года.

3. Возраст больных на момент диагностики указанных заболеваний заболевания менее 18 лет.

Обследование осуществлялось с помощью специально разработанной карты, в которой регистрировались следующие показатели: пол; возраст на

момент обследования; трудовой статус; наличие группы инвалидности; семейное положение; дата первого обращения к психиатру; дата постановки диагноза шизофрении или расстройства шизофренического спектра; период времени от момента первого обращения к психиатру до установления диагноза шизофрении или расстройства шизофренического спектра; диагноз (по МКБ-10); терапия за последние перед обследованием 12 месяцев; общее число госпитализаций за весь период болезни; количество госпитализаций и их длительность за последний год; количество поступлений в дневной стационар и амбулаторных обращений к психиатру за последние перед обследованием 12 месяцев.

Результаты

Всего были представлены данные на 13 748 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (таблица). Более 1/3 пациентов – из Москвы; значительное количество случаев представлены из Санкт-Петербурга (1 517 чел.), Краснодара (1 270 чел.), Кемерово (1 127 чел.), Уфы (1 059 чел.).

Клинико-демографические характеристики обследованных больных

Город	Число больных	Пол (муж./жен.)	Возраст (±СО)
Казань	963	46,0/54,0	40,5±14,3
Оренбург	366	48,1/51,9	36,1±11,9
Кемерово	1 127	50,1/49,9	40,1±13,8
Уфа	1 059	51,5/48,8	34,3±10,5
Москва	4 707	49,5/50,5	39,9±14,0
Краснодар	1 270	53,3/46,7	35,3±7,3
Ярославль	264	58,0/42,0	37,8±15,8
Хабаровск	260	49,6/50,4	37,3±12,0
Новосибирск	355	53,7/46,3	33,5±7,7
Санкт-Петербург	1 517	55,0/45,0	35,0±51,9
Нижний Новгород	571	55,5/44,5	28,7±4,9
Омск	661	48,0/52,0	35,8±9,5
Тверь	201	51,7/48,3	41,2±23,3
Ставрополь	427	46,8/53,2	33,8±11,0
Всего	13 748	50,8/49,2	37,0±12,1

Количество мужчин и женщин в выборке в целом было одинаковым (50,8% и 49,2% соответственно), за исключением преобладания мужчин в Ярославле (58,0%; $p < 0,05$), Нижнем Новгороде (55,5%; $p < 0,05$) и Санкт-Петербурге (55,0%; $p < 0,05$), а также тенденции к таковому в Краснодаре (53,3%; $p > 0,05$) и Новосибирске (53,3%; $p > 0,05$). Наоборот, в Ставрополе несколько преобладали женщины (53,2%; $p > 0,05$). Средний возраст на момент обследования составлял 37,0±12,1 лет. Отклонение от этого показателя отмечалось лишь в Нижнем Новгороде, где были более молодые пациенты (28,7±4,9 лет).

У больных в большинстве случаев диагностировалась шизофрения (82,7%), в том числе наиболее часто – параноидная (73%). Шизоаффективное расстройство устанавливалось только в 7% случаев, шизотипическое расстройство – также в 7%, острое полиморфное психотическое расстройство – в 3% и крайне редко – хроническое бредовое расстройство (0,3%). Более частая диагностика шизоаффективного расстройства отмечалась в Омске (16%), Оренбурге (14%), Хабаровске (12%). Более высокий, чем средний показатель в отношении диагностики шизотипического расстройства обнаруживался в Нижнем Новгороде (35%), Твери (14%) и Москве (10%). Острое полиморфное психотическое расстройство часто диагностировалось в Ставрополе (18%).

Время от обращения к психиатру до установления диагноза шизофрении или расстройства шизофренического спектра существенно различалось в обследованных территориях: в шести из них оно составляло около 3 месяцев, в двух – порядка 6 месяцев и, наконец, еще в шести – 8–14 месяцев.

Обследованные больные за весь период наблюдения у психиатра (≤ 5 лет) госпитализировались в среднем $2,67 \pm 2,24$ раз с колебаниями от $1,09 \pm 1,14$ до $4,53 \pm 3,15$. В среднем 58,9% больных за последний перед обследованием год ни разу не лечились в психиатрической больнице (в различных территориях этот показатель составлял от 90,7% до 31,2%).

Среднее число госпитализаций за последние перед обследованием 12 месяцев – $0,54 \pm 2,27$ (с суще-

ственным колебаниями по регионам: от $0,13 \pm 0,39$ до $1,20 \pm 7,17$). Значительные цифры стандартного отклонения указывают на существенный разброс данного показателя даже внутри территорий: за указанный период большая часть пациентов не госпитализировалась, однако ряд больных обнаруживал высокую частоту госпитализаций. Соответственно, это сказывалось на длительности стационарного лечения, которое в среднем составляло $25,33 \pm 45,90$ дней за последние перед поступлением 12 месяцев, обнаруживая большие отклонения по территориям (от $6,20 \pm 18,61$ до $45,91 \pm 40,15$ дней).

Среднее число поступлений в дневной стационар в год было относительно невысоким, при этом со значительным стандартным отклонением – $0,28 \pm 2,07$ (колебания от $0,05 \pm 0,25$ до $0,67 \pm 9,20$), что указывает (как и в случаях с госпитализациями) на большой разброс данного показателя у отдельных больных. Количество амбулаторных посещений психоневрологического диспансера составляло в среднем $6,15 \pm 5,3$ (от $1,5 \pm 1,3$ до $10,4 \pm 3,5$) в год.

Число больных, которые на момент обследования работали или учились, едва превышало $\frac{1}{4}$ (27,3%) от общего числа обследованных при значительных колебаниях этого показателя в рассматриваемых территориях (от 14,4% до 64,6%). При этом наблюдалось различное соотношение пациентов, имеющих группу инвалидности (в среднем 22,7%; максимальное значение – 66,5%) и безработных (39,6%, колебания от 6,1% до 55,0%). Следует отметить, что в случаях высоких показателей инвалид-

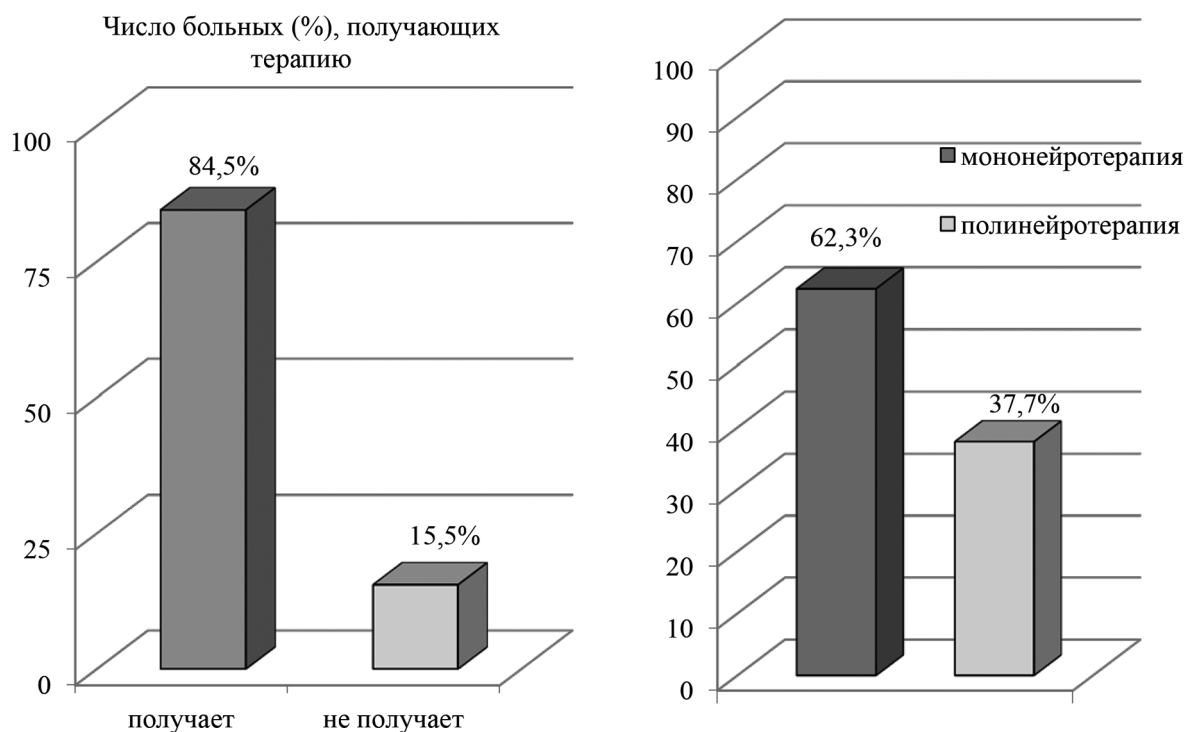


Рис. 5. Психофармакотерапия обследованных больных

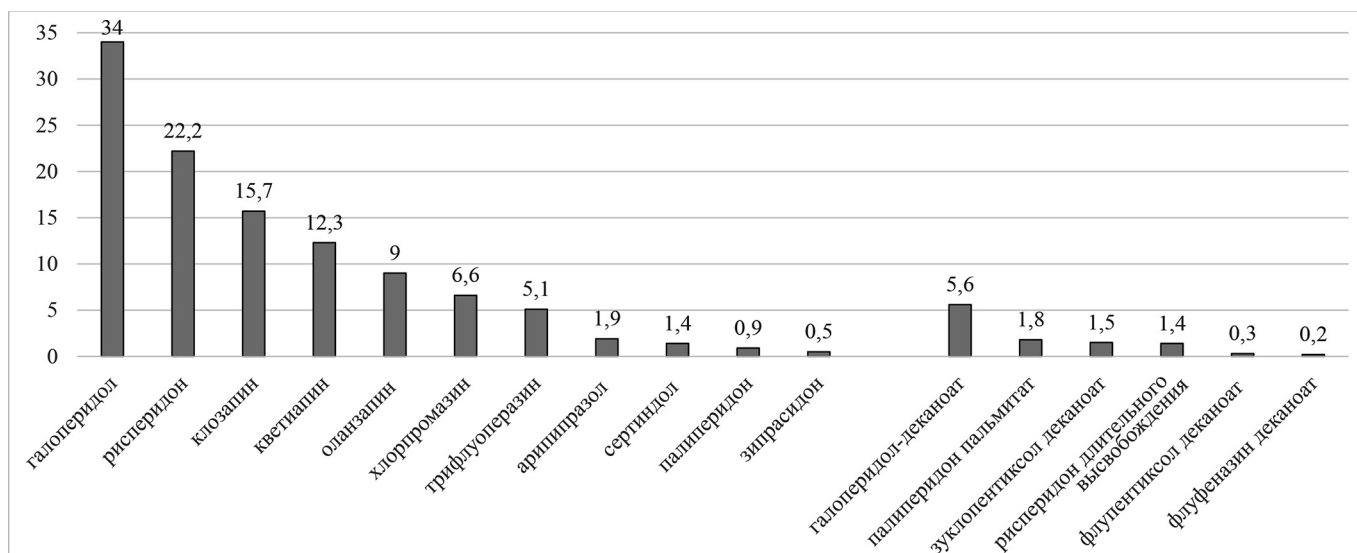


Рис. 6. Структура психофармакотерапии обследованных пациентов

ности зачастую имели место полярные (низкие) значения количества безработных и наоборот. То есть в ряде территорий имелась тенденция к раннему оформлению группы инвалидности (в этих случаях показатели приближались к таковым на отдаленных этапах заболевания), в других – наоборот, чрезмерно большое количество пациентов были безработными, не имея группы инвалидности, при низких значениях числа больных-инвалидов. Число пациентов, которые на момент обследования были холосты (и никогда не состояли в браке), в среднем – 57,9% с колебаниями по территориям: от 41,3% до 70,8%. Количество одиноких пациентов составляло 13,4% от всех обследованных; 64,5% проживали с родителями (колебания от 23,9% до 84,6%).

Большинство обследованных больных (84,5%) получали психофармакотерапию (рис. 5); из них у 62,3% антипсихотическая терапия ограничивалась одним препаратом (в 37,7% случаев имела место полипрагмазия). Более 1/3 пациентам назначался галоперидол (рис. 6). Атипичные антипсихотики (исключая клозапин) принимали около половины больных. Из них чаще всего назначаемым препаратом был рисперидон (22,2% пациентов); кветиапин принимали 12,3% пациентов, оланзапин – 9,0%. Дюрантные антипсихотики назначались лишь 10,8% больных, из них атипичные – 3,2% (30% всех назначений пролонгов), в том числе палиперидона пальмитат 1,8% (второй по частоте использования после галоперидола деканоата) и рисперидон длительного высвобождения 1,4%.

Обсуждение

Полученные результаты согласуются с данными других исследований [6] о поздней выявляемости шизофрении, причем речь идет о нарастании данной тенденции в течение последних лет [5]. Несмотря

на относительно быструю диагностику заболевания после первого обращения к психиатру (как правило, в течение года), накопленные за период без специализированной помощи клинические и социальные проблемы, обусловленные поздней обращаемостью и прогрессивным течением болезни, приводят к значительной дезадаптации больных и выраженному ухудшению социального функционирования (высокие показатели инвалидизации, ухудшение трудового и семейного функционирования).

Следует также обратить внимание на значительное разнообразие подходов к организации психиатрической помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями в рамках расстройств шизофренического спектра (первые 5 лет болезни). Наряду с соблюдением принципов ведения таких больных, подразумевающих раннее выявление заболевания, осуществление помощи в наименее ограничительных условиях – предпочтительно амбулаторно и в дневном стационаре, а также выбор атипичных антипсихотиков в качестве препаратов первой линии [1], в ряде регионов по-прежнему значительная часть пациентов довольно часто госпитализируется, не в полной мере соблюдается кратность диспансерного наблюдения, а уровень применения традиционных антипсихотиков (главным образом галоперидола) достаточно высок (использование препаратов последнего поколения составляет около 50% и, безусловно, имеет ресурс к росту, в том числе имея в виду пролонгированные антипсихотики). При этом отмечается определенная зависимость качества оказываемой помощи от особенностей ее организации: так, в регионах, в которых акцент помощи (при ее достаточной интенсивности) смещен во внебольничные условия, удается минимизировать неблагоприятные последствия заболевания, а в случаях работы в пара-

дигме «традиционной» больничной психиатрии, негативные эффекты накапливаются и усиливают дезадаптацию больных.

Таким образом, проблема оказания помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями остается достаточно актуальной как

в организационном, так и клинико-социальном аспектах [7]. Развитие специальных программ для данной категории пациентов позволит получить очевидный клинический, социальный и экономический эффект уже на начальных этапах заболевания и, особенно, в долгосрочной перспективе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М., 2010. 544 с.
2. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–9.
3. Гурович И.Я., Краснов В.Н., Шмуклер А.Б. Современное состояние психиатрической помощи: неотложные меры и долговременные задачи // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 3. С. 5–9.
4. Кекелидзе З.И., Казаковцев Б.А. (ред.). Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005–2013 гг.): Статистический справочник. М., 2015. 572 с.
5. Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Сидорюк О.В., Николаева Т.А., Яздовская А.В., Творогова Н.А. Реформирование психиатрических служб и показатели заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2014–2014 гг. // Психическое здоровье. 2017. № 10. С. 15–26.
6. Костюк Г.П., Шмуклер А.Б., Голубев С.А. и соавт. Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 3. С. 5–9.
7. Незнанов Н.Г., Лиманкин О.В. Резолюция главных специалистов по психиатрии Северо-Западного федерального округа РФ с участием главного внештатного эксперта-специалиста по психиатрии Росздрава 9 июня 2016 года // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 4. С. 110–112.

ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ

Н.Г. Незнанов, А.Б. Шмуклер, Г.П. Костюк, А.Г. Софронов и исследовательская группа

Было проведено эпидемиологическое исследование системы помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания (первые 5 лет после установления диагноза), осуществленное в 14 территориях Российской Федерации. Общее количество обследованных пациентов составило 13 748 человек; средний возраст – 37,0±12,1 лет (муж. – 50,8%; жен. – 49,2%). Шизофрения диагностировалась у 82,7% больных (параноидная – 73% случаев). Число госпитализаций за весь период наблюдения – 2,67±2,24; за последние перед обследованием 12 месяцев – 0,54±2,27; длительность стационарного лечения – 25,33±45,90 дней; среднее число поступлений в дневной стационар – 0,28±2,07; количество амбулаторных посещений психоневрологического диспансера – 6,15±5,30. Количество больных, которые на момент обследования работали или учились, составляло 27,3%, группу инвалидности имели 22,7% пациентов.

Большинство обследованных больных (84,5%) получали психофармакотерапию; из них у 62,3% антипсихотическая терапия ограничива-

лась одним препаратом. Более 1/3 пациентам назначался галоперидол. Атипичные антипсихотики (исключая клозапин) принимали около половины больных. Из них чаще всего назначаемым препаратом был рисперидон (22,2% пациентов). Дюрантные антипсихотики назначались 10,8% больных, из них атипичные – 3,2% (30% всех назначений пролонгов), в том числе палиперидона пальмитат 1,8% (второй по частоте использования после галоперидола деканоата) и рисперидон длительного высвобождения 1,4%.

Таким образом, изучение особенностей помощи больным с первыми психотическими эпизодами позволило выявить ряд проблем ее организации. Развитие специальных программ для данной категории пациентов позволит получить очевидный клинический, социальный и экономический эффект уже на начальных этапах заболевания и, особенно, в долгосрочной перспективе.

Ключевые слова: шизофрения, расстройства шизофренического спектра, первый психотический эпизод, организация психиатрической помощи.

THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CARE PROVISION

N.G. Neznanov, A.B. Shmukler, G.P. Kostyuk, A.G. Sofronov and Study Group

This article reports about an epidemiological study of psychiatric care system for patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorder at initial stage of the disease (during five years following the diagnosis) in 14 territories of the Russian Federation. Total number of patients involved: 13,748 persons; mean age: 37,0±12,1 years (males: 50,8%; females: 49,2%). Schizophrenia was diagnosed in 82,7% of cases (paranoid schizophrenia in 73%). Total number of hospitalizations during the studied period: 2,67±2,24, and during recent 12 months: 0,54±2,27; duration of inpatient treatment: 25,33±45,90 days; average admission rate to the day hospital: 0,28±2,07; number of outpatient visits to a psychoneurological dispensary: 6,15±5,30. At the moment of investigation, 27,3% of patients did not work or study, and 22,7% had a disability status.

Majority of patients (84,5%) received psychopharmacological therapy, and in 62,3% of cases it was one antipsychotic medication. In

more than one third of cases the doctors prescribed haloperidol. About half of all patients received atypical antipsychotics (except clozapine). The most common atypical antipsychotic was risperidone (22,2% of patients). Long-acting antipsychotics were prescribed in 10,8% cases, of them atypical ones in 3,2% (30% of all long-acting antipsychotic prescriptions), including paliperidone palmitate (1,8%, second most prescribed long-acting antipsychotic after haloperidol decanoate) and long acting injectable risperidone (1,4%).

The findings of this study have revealed problems in organization of care for patients with first psychotic episode. Development of special programs could open the way for obvious clinical, social and economic effect both at initial stage of the disorder and in long-term perspective.

Key words: schizophrenia, schizophrenia spectrum disorder, first psychotic episode, organization of psychiatric care.

Незнов Николай Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М.Бехтерева» Минздрава России, Президент Российского общества психиатров, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии; e-mail: spbinstb@bekhterev.ru

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

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

Софронов Александр Генрихович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова), главный врач Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения здравоохранения «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова» (СПбГКУЗ «ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова»).