Штаньков С.И., Ширяев О.Ю.

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Россия, г. Воронеж

DOI: 10.18411/lj2015-10-45-46

Профилактика повторных приступов психических заболеваний

Проблема первого психотического эпизода привлекает все больше внимания исследователей. Раннее своевременно назначенное лечение, первых приступов шизофрении позволяет оказывать влияние на последующее течение заболевания, предотвратить рецидив болезни. В то же время сама диагностическая концепция первого психотического эпизода остается довольно неясной. Считается, что манифестные формы шизофрении обладают значительным разнообразием клинической картины, что обуславливает трудности их нозологической классификации, определение тактики лечения и прогноза. В МКБ-10 в случаях начальных проявлений заболевания диагностические критерии наиболее ясно и понятно представлены для параноидной шизофрении (F20.0). При данном типе заболевания в большинстве случаев подразумевается постепенное начало, хроническое течение с выраженными галлюцинаторно-бредовыми синдромами. На другом же полюсе расстройств шизофренического спектра находится группа состояний с острым внезапным началом – острые и преходящие психотические расстройства (F 23). Даже сами авторы МКБ-10 признают, что данная классификация не смогла четко определить и отграничить эти состояния. В качестве основных критериев отнесения психоза к данной группе в МКБ-10 указаны острое начало и быстро

меняющаяся и разнообразная («полиморфная») клиническая картина с наличием различных шизофренических симптомов. Также важным диагностическим моментом авторы считают связь возникновения психотических расстройств с острым стрессом, и, как правило, полное выздоровление. Принимая во внимание высокую частоту постановки данного диагноза в стационаре (4-5 человек из 10 первичных больных шизофренического спектра), с практической точки зрения кажется полезным разграничить эти состояния в зависимости от тяжести и прогноза.

Цель работы. С помощью катamnестического изучения архивных материалов разграничить группу первичных больных острыми психотическими расстройствами на формы с более тяжелым рецидивирующим течением и благоприятные формы с полным выздоровлением или значительным сохранением функционирования.

Объект и методы исследования. Всего случайным образом выбраны и изучены 200 архивных историй первичных больных шизофренического спектра с диагнозами острое полиморфное психотическое расстройство (ОППР, группа I) – F 23, и параноидная шизофрения (ПШ, группа II) – F 20. В каждой группе было по 100 больных. Для сбора данных был разработан специальный бланк, включающий 3 блока: общую часть, клинико-анамнестические сведения, социальные сведения. Общая часть представлена паспортными сведениями, клинико-анамнестические данные включали сведения о наследственности, времени от начала заболевания до обращения к психиатру, частоту госпитализации, синдром, отношение к лечению, длительность лечения, резистентность к терапии. Для оценки степени выраженности продуктивной психотической симптоматики при поступлении применялся модифицированный вариант шкалы PANSS в балльной оценке степени выраженности симптома от 0 до 3. Также оценивался нейролептик первого выбора в среднесуточных дозах. В блок социального статуса входили сведения об образовании, работе, семье, проживании. Результаты обрабатывались с помощью стандартных пакетов MsExcel 5.0, SPSS 13.0.

Результаты. Средний возраст в группе ОППР составил $22,43 \pm 2,56$ лет, средний возраст в группе ПШ составил $28,25 \pm 3,78$ лет. Средняя длительность заболевания (время от начала первых психопатологических проявлений до госпитализации) составила $0,24 \pm 0,11$ лет в I группе и $3,79 \pm 1,84$ лет во II группе. Только у 52% больных из группы ОППР заболевание развилось внезапно, т.е. в течение 48 часов отмечено появление острых психотических симптомов на фоне полного здоровья. В остальных случаях присутствовали продромальные явления в виде тревоги, сниженного настроения, бессонницы, астении в течение периода от нескольких дней до нескольких месяцев. Отягощенная наследственность со стороны обоих родителей отмечалась только в 3% случаев, отягощенная наследственность со стороны одного из родителей отмечалась у 16% в первой группе и 26% во второй группе.

Клиническая картина в группе больных с ОППР в 82% случаев характеризовалась острым чувственным бредом, что послужило основанием для отнесения данных больных в подгруппу F23.1 – ОППР с симптомами шизофрении. В целом, выраженность продуктивной симптоматики по шкале PANSS была более ярко представлена в группе больных ОППР. Уровень бредовой симптоматики в группе ОППР составил $2,24 \pm 0,34$ балла, в то время как в группе ПШ $1,35 \pm 0,75$ балла, $p < 0,05$.

Интенсивность слуховых галлюцинаций была ниже в группе ОППР ($0,76 \pm 0,11$ баллов против $2,46 \pm 1,12$ баллов в группе ПШ). Также больные из группы ОППР показали более высокие показатели по следующим показателям шкалы: двигательное возбуждение, враждебность (агрессивное поведение), расстройства мышления.

Средняя продолжительность лечения составила $28,22 \pm 4,36$ дней в I группе и $56,76 \pm 5,12$ дней во II группе. Большая продолжительность лечения отмечалась в группе больных с параноидной шизофренией, что обусловлено как большим количеством резистентных форм, так и, часто, необходимостью более длительного пребывания в соответствии со стандартами МСЭ. Так 9%

больных параноидной шизофренией нуждались в первичном выходе на инвалидность, в группе больных ОППР таких больных не было.

Плохой социальный статус коррелирует с большей длительностью заболевания в группе с параноидной шизофренией. Обращает на себя внимание большое количество пациентов, которые и не работают, и не имеют группы инвалидности – 71%. Только 14% пациентов в группе ПШ и 7% в группе ОППР состояли в официальном браке, 18% и 4%, соответственно, были разведены, остальные никогда не состояли в браке.

Во второй части исследования проведен анализ факторов, влияющих на вероятность рецидива болезни за двухлетний период. Для этого группа больных разделена на 2 подгруппы: с возникновением рецидива и без возникновения рецидива. Доля повторно госпитализированных составила 38%, не имевших рецидива 62%. Для определения признаков, позволяющих предсказать принадлежность объектов к той или иной группе, использован метод дискриминантного анализа. В качестве «зависимой» номинативной переменной послужили указанные группы пациентов, в качестве «независимых» - характеристики больных. Различия между группами по каждой переменной определялось по значениям F-критерия и его уровню значимости. Таким образом, были определены корреляции между каждым из предикторов и дискриминантной функцией. Признаками, оказывающими наибольшее влияние на вероятность повторного приступа в группе ОППР, были: аутоагрессивное поведение, низкая эффективность лечения, молодой возраст, выраженность галлюцинаторных переживаний, признаками, не оказывающими влияние, были признаки из группы социального, семейного и трудового статуса. Наиболее значимыми признаками, указывающими на неблагоприятное течение в группе ПШ, были плохие социальные и трудовые характеристики, низкий уровень образования, а из клинических факторов, так же, как и в группе ОППР – выраженность аутоагрессивного поведения. Остальные факторы были малозначимыми.

Выводы. Полученные данные в виде диагностических коэффициентов в уравнении дискриминантной функции можно будет реализовать в компьютерной программе, позволяющей прогнозировать течение заболевания и вероятность повторного приступа.

Список используемых источников информации

1. Бобровская Н.В. Прогнозирование устойчивости ремиссии при шизофрении // Бюллетень сибирской медицины.- 2004, №2, с 34-38.
2. Жариков Н.М. Влияние клинических и социальных факторов на распространенность и течение шизофрении / Н.М. Жариков, Е.Д. Соколова //Журнал неврологии и психиатрии им С.С.Корсакова.- 1989. – Т 89,№5. – С63-66.
3. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой [и др.].- М. ГЭОТАР – Медиа, 2009 – 1000 с.
4. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). –М.: Минздрав России. 1998 – 512 с.
5. Наследов А.Д. Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. Питерпресс. 2007, 409 с.