

Клинические предикторы десоциализации у больных параноидной шизофренией

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Проведён поиск клинических предикторов десоциализации у больных параноидной шизофренией. Рассмотрена прогностическая ценность семейной отягощенности по шизофрении, возраста манифестации заболевания, преморбидных личностных акцентуаций и синдромальных особенностей начала заболевания. По результатам проведённого исследования маркерами неблагоприятного социально-профессионального прогноза при параноидной шизофрении являются шизоидная, эпилептоидная, психастеническая и астено-невротическая акцентуации личности в преморбиде заболевания, начало психоза в возрасте до 17 лет включительно, галлюцинаторно-параноидный и параноидный клинические варианты манифестации параноидной шизофрении.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, десоциализация, прогноз

Введение

Во всем мире ежегодно регистрируется около 2 млн. новых случаев заболевания шизофренией [6]. Параноидная форма шизофрении является наиболее часто встречающейся клинической формой шизофрении [7]. Параноидная шизофрения чрезвычайно полиморфна по клиническим проявлениям, течению и исходу [4]. Сообщается о клинко-терапевтическом патоморфозе параноидной шизофрении [8]. Для шизофрении характерны хронический в большей части случаев характер заболевания или течение с частыми обострениями, нарастающие изменения личности и высокий уровень инвалидизации (до 40% больных шизофренией). Вместе с тем, до 20-30% больных при адекватной терапии достигают степени «социального выздоровления» или ремиссии с минимальной симптоматикой [5]. Исходы заболевания неоднородны: 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 [9].

Изучение вопросов, связанных с прогнозом активности и прогрессивности шизофрении, привлекает постоянное внимание психиатров многих стран [10,11,12]. От точности прогноза течения и исхода болезненного процесса зависят адекватность и своевременность терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: выявить клинические предикторы десоциализации у больных параноидной шизофренией.

Материал и методы

Было обследовано 206 больных параноидной шизофренией (97 женщин, 109 мужчин; возрастной диапазон – от 18 до 60 лет включительно; средний возраст в годах = $31,2 \pm 0,71$), русских по национальности, с различной продолжительностью заболевания, поступивших для лечения в психиатрические стационары Саратовской области по поводу обострения шизофренического процесса. Основными критериями отбора являлись верифицированный стационарным обследованием диагноз параноидной шизофрении «F20.0» (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10), соматическое благополучие. Критериями исключения являлись наличие сопутствующих психических расстройств, черепно-мозговая травма в анамнезе, отказ сотрудничать в ходе проведения интервьюирования.

Анамнез и демографические данные собирались в ходе клинического интервьюирования и во время работы с картами стационарного больного. Диагноз психического расстройства определялся с помощью диагностических критериев Международной классификации болезней десятого пересмотра МКБ-10. С целью выявления психопатологического состояния и отдельных психопатологических симптомов использовался «The evaluation list of symptoms and a glossary for mental disorders, ICD-10» [3]. Оценка и квалификация преморбидного склада личности больных проводилась на основании исследований Личко А.Е. [2]. С целью унифицированной количественной оценки социально-трудового снижения по причине шизофрении был применён показатель – индекс десоциализации (I_{des}): $I_{des} (\%) = \frac{\text{длительность десоциализации (в годах)} \times 100}{\text{длительность болезни (в годах)}}$. Показатель оценивает степень социального снижения по причине шизофрении в виде снижения социальной и профессиональной продуктивности.

Исследование было одобрено Этическим комитетом Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского (протокол № 2 от 13.10.2009 г). Все больные и лица контрольной группы дали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ данных выполнен в Центре «Биостатистика» (руководитель Леонов В.П.). Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистических пакетов SAS 9.3, STATISTICA 10 и IBM-SPSS-21. Критическое значение уровня статистической значимости (p) при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05. В случае превышения достигнутого уровня значимости статистического критерия этой величины принималась нулевая гипотеза. Для сравнения центральных параметров распределений признаков в группах сравнения использовались непараметрические методы: дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса с ранговыми метками Вилкоксона и критерий Ван дер Вардена [1]. Для всех количественных признаков в сравниваемых группах производилась оценка средних арифметических и среднеквадратических (стандартных) ошибок среднего. Эти дескриптивные статистики в тексте представлены как $M \pm m$, где M – среднее, а m – ошибка среднего.

Таблица 1. Средние значения индекса десоциализации у пациентов с различными клиническими характеристиками болезни

Клинические характеристики	I_{des} (%)
<i>Семейная отягощенность по шизофрении</i>	
Нет (n*=140)	78,7±32,4
Есть (n=36)	88,2±26,6
p-value***	0,74
<i>Преморбидные особенности личности</i>	
Неопределенный тип (n=76)	73,9±34,9
Гипертимный тип (n=4)	23,6±24,5
Лабильный тип (n=6)	81,8±32,9
Астено-невротический тип (n=7)	83,3±34,4
Сенситивный тип (n=10)	75,4±31,7
Психастенический тип (n=3)	86,8±22,5
Шизоидный тип (n=65)	93,4±16,9
Эпилептоидный тип (n=22)	88,9±22,7
Истероидный тип (n=4)	23,4±21,5
Конформный тип (n=9)	76,9±31,7
p-value	<0,0001
<i>Возраст начала шизофрении</i>	
Раннее начало (n=139)	84,7±29,1
Типичное начало (n=62)	73,2±33,2
Позднее начало (n=5)	59,4±34,0
p-value	0,007
<i>Клинический тип манифеста</i>	
Острый бред (n=21)	39,0±29,5
Галлюцинаторно-параноидный (n=122)	87,1±26,6
Параноидный (n=54)	86,9±23,2
Кататоно-параноидный (n=9)	52,4±42,1
p-value	<0,0001

Примечание: * - число наблюдений в группе; ** - данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее, а m – ошибка среднего; *** - p-value (критерий Ван дер Вардена)

Результаты

На первом этапе была оценена степень социально-профессионального снижения в группах пациентов с отсутствием и наличием семейной истории шизофрении. Различия в значениях индекса десоциализации между группами не достигало уровня статистической значимости. Соответственно, семейная отягощенность по шизофрении не оказывает существенного влияния на степень десоциализации по причине шизофренического процесса и не может быть использована в качестве прогностического маркера.

При сопоставлении средних значений индекса десоциализации групп с различными предболезненными особенностями личности было обнаружено, что наивысших значений изучаемый индекс достигал у пациентов с шизоидными, эпилептоидными, и психастеническими акцентуациями личности в преморбиде. Стоит отметить, что тяжесть социально-профессионального снижения была велика во всех обследованных группах за исключением лиц с гипертимными и истероидными чертами характера.

На следующем этапе исследования было проведено сопоставление значений индексов десоциализации в группах пациентов с ранним началом болезни (манифестация шизофрении до 17 лет включительно), типичным началом (с 18 до 35 лет включительно) и поздним началом (позднее 35 лет). Чем раньше манифестировала шизофрения, тем показатели степени социально-трудового снижения по причине заболевания среди обследованных были выше.

При сопоставлении средних значений изучаемого индекса в группах пациентов с различными синдромальными вариантами клинического манифеста болезни самые высокие значения были получены в группе пациентов с галлюцинаторно-параноидными вариантами манифеста шизофрении. Наименьшие значения индекса десоциализации были отмечены в группах пациентов с кататоно-параноидным вариантом манифеста и с симптоматикой острого бреда в начале болезни.

Числовые значения результатов исследования представлены в сводной таблице (табл. 1).

Выводы

По результатам проведенного исследования маркерами неблагоприятного социально-профессионального прогноза при параноидной шизофрении являются шизоидная, эпилептоидная, психастеническая и астено-невротическая акцентуации личности в преморбиде заболевания, начало психоза в возрасте до 17 лет включительно, галлюцинаторно-параноидный и параноидный клинические варианты манифестации параноидной шизофрении. Относительно благоприятный социально-трудовой прогноз у больных параноидной шизофренией отмечен в случае преобладания гипертимных и истероидных черт в характере до начала болезни, манифестации шизофрении в позднем возрасте, острой бредовой симптоматики в клинической картине манифеста психоза.

Литература

1. Леонов В.П. Обработка экспериментальных данных на программируемых микрокалькуляторах. Томск: Изд-во ТГУ. – 1990. – 376 с.
2. Личко А. Е. Шизофрения у подростков. – Л.: Медицина, Ленингр. отд., 1989. – 214 с.
3. МКБ-10. Оценочный перечень симптомов и глоссарий для психических расстройств. Подготовлено Janca A., Ustun T.B., J. Van Drimmelen, Dittmann V., Isaacs M. Отдел психического здоровья. Всемирная Организация Здравоохранения // СПб.: ИД «Оверлайд», 1994.
4. Петрюк П. Т. К изучению клиники параноидной формы шизофрении (обзор литературы) // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2010. – № 1–2. – С. 122–130.
5. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство (второе издание). Под редакцией В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М». – 2007. – 260 с.
6. Сэдок Б., Каплан Г.И. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина. – 2002. – С. 162.
7. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и соавт. Эндогенные психические заболевания/ Руководство по психиатрии. Под редакцией Тиганова А.С. Т.1. М.: ИД «Медицина», 1999 – 407 с.
8. Цыганков Б.Д., Вильянов В.Б. Клинико-терапевтический патоморфоз параноидной шизофрении. – Саратов: Изд-во Саратов. Ун-та, 2005. – 228 с.
9. Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С. Отдаленный катамнез больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра после первого обращения в психоневрологический диспансер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 2. – С. 10-15.
10. Juola P, Miettunen J, Veijola J, Isohanni M, Jääskeläinen E. Predictors of short- and long-term clinical outcome in schizophrenic psychosis – the Northern Finland 1966 Birth Cohort study// Eur Psychiatry. – 2013 Jun; 28(5). – p. 62-68.
11. Lang FU, Kösters M, Lang S, Becker T, Jäger M. Psychopathological long-term outcome of schizophrenia – a review// Acta Psychiatr Scand. – 2013 Mar; 127(3). – p. 173-182.
12. Stefanopoulou E, Lafuente AR, Fonseca AS, Keegan S, Vishnick C, Huxley A. Global assessment of psychosocial functioning and predictors of outcome in schizophrenia // Int J Psychiatry Clin Pract. – 2011 Mar;15(1). – p.62-68.