

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

БОЧКАРЁВА Оксана Сергеевна

**ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
СПЕКТРА ПОСЛЕ ПЕРВОГО ОБРАЩЕНИЯ В
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР**

14.01.06 – психиатрия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Шмуклер Александр Борисович

Москва – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (обзор литературы)	7
1.1. Катамнестические исследования на описательном этапе психиатрии	7
1.2. Исследования длительных катамнезов пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра	9
1.2.1 Зарубежные катамнестические исследования	11
1.2.2. Катамнестические исследования в России	19
1.3. Амбулаторные варианты течения шизофрении и расстройств шизофренического спектра	25
1.4. Исследования катамнезов пациентов после первого психотического эпизода	28
1.4.1. Зарубежный опыт изучения катамнезов пациентов после первого психотического эпизода.....	29
1.4.2. Катамнестические исследования в российских клиниках первого эпизода.....	31
1.5. Современные лонгитудинальные исследования	34
1.6. Заключение обзора	35
Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	38
Глава 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	46
Глава 4. ДИНАМИКА И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПОДГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	73
ВЫВОДЫ	88
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	90
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	91

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и степень разработанности темы исследования

Течение шизофрении и отдаленные исходы шизофренического процесса издавна привлекали внимание исследователей. На сегодняшний день 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. McGorry и соавт. (2006–2010). При этом, несмотря на признание возможности развития стойкого улучшения [Birchwood M. et al., 1998; Boydell J. et al., 2001; Breier A. et al., 1991; Bustillo J. R. et al., 2001; Carpenter W. T. et al., 1995–2005; Ciompi L. et al., 1976–1980; Clancy J. et al., 1974, Cullberg J., 2000] или выздоровления больных на любом этапе течения процесса [Naro J. M. et al., 2003], шизофрения рассматривается как преимущественно прогрессивное заболевание с неуклонным ухудшением социального функционирования. Е. Краепелин (1911) выделил шизофрению как заболевание с исключительно неблагоприятным исходом. Однако в дальнейшем данная точка зрения была в значительной степени пересмотрена. Так, Е. Bleuler (1920) говорил о существовании мягких форм течения болезни. А. К. Ануфриев (1974) указывал на возможность выздоровления при шизофрении с различной глубиной сохраняющейся дефицитарной симптоматики, причем отмечалось, что у части больных имеют место лишь минимальные изменения личности и хороший уровень социальной адаптации.

В когортных исследованиях, осуществленных М. Bleuler (1972, 1974), по результатам 20-летнего катамнеза пациентов стационара, выявлен широкий спектр возможных вариантов состояния больных: у 20% отмечалась полная ремиссия, в то время как 24% пациентов обнаруживали крайне неблагоприятные отдаленные исходы заболевания. Согласно данным L. Ciompi (1980), у больных шизофренией, наблюдавшихся в Лозанне, начиная с начала XX века до 1962 года, со средней длительностью катамнеза 37 лет, наряду с вариантами с высокой степенью прогресси-

ентности болезни и выраженным социальным снижением, в одной трети случаев выявлен хороший или удовлетворительный уровень социальной адаптации.

Наличие благоприятных исходов отмечалось и у заведомо более тяжелого контингента. Например, в исследовании Т. McGlashan (1984) среди резистентных к терапии больных шизофренией с «хроническим» течением, выписанных из стационара в период между 1950 и 1975 гг. (532 чел.), при 15-летнем катамнезе 6% выздоровели, у 8% состояние было расценено как хорошее, и лишь 41% пациентов были стойко инвалидизированы. С этими данными согласуются полученные при изучении отдаленных исходов впервые возникших психотических состояний в канадской провинции Альберта: по данным 10-летнего катамнеза у 58% больных отмечалось относительно удовлетворительное социальное функционирование [Bland R. et al., 1976].

Специального внимания заслуживают результаты масштабного исследования, проведенного в СССР Э. Я. Штернбергом и соавт. (1981), осуществившими сплошное ретроспективное изучение наблюдающихся в психоневрологическом диспансере (ПНД) больных шизофренией пожилого возраста. Согласно результатам этого исследования, тяжесть выявленных нарушений варьирует в широких пределах, обнаруживая широкий спектр проявлений и уровня дезадаптации, начиная с весьма легких и заканчивая чрезвычайно глубокими. Уникальность данного исследования, практически недоступного зарубежным авторам, состоит в высокой репрезентативности материала, обусловленного наличием системы диспансерного психиатрического обслуживания населения. Однако в данной работе изучались только пациенты, находящиеся на момент обследования под наблюдением ПНД. Соответственно, в изучаемый контингент не вошли больные, ранее обращавшиеся в диспансер, но в период осуществления работы уже не находящиеся под наблюдением: умершие, сменившие место жительства, а также снятые с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или стойким улучшением. Еще одна особенность изученной выборки состояла в том, что у тех больных, у которых заболевание дебютировало в позднем возрасте, длительность изученного периода болезни могла оказаться не очень большой.

Таким образом, на сегодняшний день практически отсутствуют исследования, касающиеся особенностей течения и отдаленных исходов шизофрении и расстройств шизофренического спектра, основанных на эпидемиологических данных. Такое исследование могло бы основываться на изучении обращаемости в психоневрологический диспансер, поскольку, как было показано ранее, относительное число пациентов, обратившихся в ПНД с впервые возникшими психотическими состояниями [Киселев А. С., 1986; Дороднова А. С., 2006; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2010], в целом, соответствует выявленной в ряде отечественных и зарубежных исследований заболеваемости шизофренией и расстройствами шизофренического спектра [Гурович И. Я., 2000, 2007; Tandon R. et al., 2009].

Цель исследования: определить особенности отдаленных исходов шизофрении и расстройств шизофренического спектра после первого обращения в психоневрологический диспансер.

Задачи исследования

1. Изучить клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, впервые, обратившихся в ПНД.
2. Определить особенности проявлений заболевания на различных его этапах у изученного контингента больных.
3. Выделить варианты отдаленных (25-30 лет) исходов заболевания и определить факторы, с ними связанные.
4. На основе полученных данных разработать рекомендации, направленные на улучшение качества наблюдения больных в психоневрологическом диспансере.

Научная новизна. Впервые на эпидемиологическом материале изучена динамика течения шизофрении и расстройств шизофренического спектра на протяжении длительного временного промежутка (25–30 лет), на основе чего выделены варианты течения заболевания после первого обращения за психиатрической помощью, определена их распространенность, описаны различные варианты отдаленных исходов, их клинические и социальные характеристики. Разработаны научно обоснованные предложения по совершенствованию оказания помощи данному контингенту.

Положения, выносимые на защиту

1. Шизофрения является неоднородным заболеванием по возрасту начала, течению и исходам, как в клиническом, так и в социальном отношениях.

2. После дебюта шизофрении у значительного числа пациентов наблюдается длительная ремиссия, а в ряде случаев психотический приступ является единственным. Частые повторные обострения заболевания имеют место лишь у меньшей части больных.

3. Отдаленный катамнез пациентов с шизофренией различается по активности процесса, представляющего собой спектр состояний, начиная со стойкой и длительной ремиссии и заканчивая случаями с частыми и длительными госпитализациями.

4. Неблагоприятными факторами прогноза заболевания являются нарушения социального функционирования в преморбиде, продромальный период без отчетливой аффективной симптоматики, ранний возраст дебюта болезни, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами (ПАВ).

Публикации. По теме диссертации опубликованы 3 печатные работы в изданиях, рекомендованных ВАК.

Степень достоверности результатов. Достоверность полученных результатов обеспечивается изучением литературных источников по теме исследования, репрезентативностью выборки, использованием методов статистического анализа полученных данных.

Глава 1. ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (обзор литературы)

Заболеваемость шизофренией и расстройствами шизофренического спектра до-статочно велика и составляет от 4 до 7 человек на 1000 человек населения [McGrath J., Saha S., Welham J. et al., 2004]. Эти заболевания являются одними из наиболее дорогостоящих из всех психических расстройств с учетом расходов на лечение, потерю трудоспособности и общественных трат на содержание пациентов [Любов Е. Б. и др., 2012]. Определение прогноза исходов данной группы расстройств остается важнейшей задачей психиатрии [Осколкова С. Н., Львова С. В., 2013; Modestin J. et al., 2003; Narrow M. et al., 2013]. Очевидна необходимость изучения особенностей их течения в длительном временном промежутке. Такие исследования способны выявить факторы, влияющие на течение процесса, определить диапазон оптимального терапевтического воздействия, что, в свою очередь, позволит уменьшить социальную дезадаптацию пациентов, количество госпитализаций, и тем самым уменьшить экономическое бремя.

1.1. Катамнестические исследования на описательном этапе психиатрии

На сегодняшний день наиболее распространено представление о шизофрении и расстройствах шизофренического спектра как о преимущественно прогрессирующем процессе с неблагоприятным прогнозом. В то же время на возможность длительных ремиссий при шизофрении указывали еще в 19-м столетии как отечественные [Малиновский П. П., 1855; 1860; Корсаков С. С., 1893], так и зарубежные ученые [Pinel Ph., 1809; Esquirol E., 1838; Morel B., 1860; Kahlbaum K., 1874; Krafft-Ebing R., 1897]. В частности, E. Esquirol (1838) полагал, что после острого периода психоза возможно «неполное выздоровление» и «выздоровление только до определенной степени» (*la querison relative*). П. П. Малиновский (1855, 1860) выделял выздоровление «совершенное», то есть полное и «несовершенное». С. С. Корсаков (1893) при описании острого галлюцинаторного помешательства указывал на возможность «неполного выздоровления» и «выздоровления с дефек-

том». Следует отметить, что в указанный период времени к ремиссии предъявлялись достаточно высокие диагностические критерии – обычно имелся в виду полный возврат к допсихотическому уровню функционирования.

Возможность регрессиентного течения шизофрении вплоть до полной остановки патологического процесса допускали многие классики психиатрии. Так, Е. Краепелин (1910, 1913) описывал периоды ослабления и даже полного исчезновения психопатологической симптоматики, он же впервые употребил понятие «социального выздоровления» при заболеваниях шизофренического круга. Е. Краепелин также говорил, что «при шизофрении состояние затишья может наступать в любой стадии процесса. ... Позднее излечение не является доказательством ошибочного диагноза». К «конечному состоянию» шизофрении он относил «период, когда болезнь не может двигаться или иметь обратное развитие».

Исход заболевания – это главный признак, по которому Е. Краепелин различал маниакально-депрессивный психоз и «раннее слабоумие» (*dementia praecox*). «Раннее слабоумие», по его мнению, лишь изредка заканчивается выздоровлением. Однако Е. Краепелин все же отметил (1919), что у его больных из клиники Гейдельберга в 17% случаев *dementia praecox* можно говорить о выздоровлении. В 1932 году W. Mayer-Gross, обследовав пациентов той же клиники, сообщил о хорошем уровне социального функционирования через 16 лет у 30% пациентов. А.С. Brown и соавторы (1966) опубликовали данные о социальном выздоровлении через пять лет 56% больных. Е. Bleuler (1929) также допускал остановку шизофренического процесса, причем на любом этапе заболевания. Он считал, что возможны различные варианты течения, исхода и прогноза шизофрении, но все же отрицал возможность возвращения личности к допсихотическому уровню функционирования (*restitutio ad integrum*). Указания на прекращение регрессиентности при шизофрении имеются в работах J. Berze (1929), K. Kolle (1961). Отрицал обязательный неблагоприятный исход шизофрении и K. Kleist (1925).

K. Schneider в нескольких своих исследованиях (1925, 1930, 1934) приводил описания пациентов с длительными спонтанными ремиссиями после однократного развернутого шизофренического приступа. Длительность таких ремиссий со-

ставляла от 30 до 50 лет, пациенты при этом сохраняли хороший уровень социальной приспособленности. Схожие результаты получил F. Mauz (1929). Отмечали случаи удовлетворительной социальной адаптации пациентов после перенесенного психотического приступа и отечественные психиатры – М. П. Кутанин (1927), А. Н. Молохов (1948).

1.2. Исследования длительных катамнезов пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

По мере того, как психиатрическая наука накапливала сведения о душевных заболеваниях, и описательный этап близился к завершению [Каннабих Ю. В., 1929], все более возрастал интерес к изучению длительных катамнезов. Используя данные, полученные в результате катамнестических исследований, на практике стало возможно разграничить острые и хронические психозы, функциональные и органические процессы, а также установить различные формы течения психических болезней, в частности шизофрении и заболеваний шизофренического спектра – непрерывное, приступообразно-прогредиентное, ремиттирующее; определить основные различия течения и прогноза эндогенных психозов [Амбрумова А. Г., 1962; Штернберг Э. Я. и др., 1981; Красик Е. Д. и др., 1993; Niskanen P., Achte K. A., 1972; Watts C., 1985; Steinmeyer E. A. et al., 1989; Munk-Jorgensen P., Mortensen P. B., 1989; Marneros A. et al., 1989]. Катамнестический метод исследования позволяет описать различные типы исхода психических болезней и разные по своей структуре исходные (конечные) состояния, дает материалы для оценки трудоспособности психически больных [Серебрякова З. Н., 1975; Сарсембаев К. Т., 1985; Буркин М. М., 1986; Аграновский М. Л., Сарсембаев К. Т., 1986; Запускалов С. В. и др., 1991; Ушаков Ю. В. и др., 1992; Иванов Н. Я. и др., 1999]. Сведения о динамике трудоспособности и социальной адаптации пациентов, полученные клинико-катамнестическим методом, позволяют врачам амбулаторной сети организовать меры реабилитации после выписки пациента из психиатрической больницы. Д. Е. Мелехов (1963), проведя катамнестическую проверку решений врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК), признал, что 30–35% па-

циентов с шизофренией, находящихся на диспансерном наблюдении, способны к профессиональному труду. Проанализировав данные различных катамнестических исследований, Д. Е. Мелехов подтвердил достоверность процента трудоспособных пациентов с шизофренией (Таблица 1).

Таблица 1 – Состояние и трудоспособность больных шизофренией по данным отдаленного катамнеза [Мелехов Д. Е., 1963]

Автор	Годы исследования	Число больных	Длительность, годы	Больные с легким дефектом и излечением, %	Социальная ремиссия	Больные, способные к работе
Kraepelin При гебефрении	1913	300		25	–	–
				40	–	–
При кататонии						
Evensen	1904	183	6–15	–	–	31
Evensen	1936	815	8–23	–	–	30
Zablocka	1908	515	42	60	–	–
Schmid	1911	455		–	–	31,7
Stern	1912	–	–	36,7	–	–
Mayer-Gross	1932	294	16–17	Практически здоровые		30
Lemke	1935	126	12–17	–	–	34
Bratou	1936	–	7–10	20	–	–
Gerloff	1936	82	7–11	–	–	25–29
Fromenty	1937	371	6–7	15	15	–
Langfeld	1937–1939	200	10–12	23	17	–
Renie	1939	222	–	27	–	3
Hutter	1940	229	35–36	7,9	–	11,9
Bleuler	1941	316	10–15	25	23	–
Штернберг	1948	1553	5	18	13,1	–
Holmboe, Astrup	1953	–	16–18	39	–	–

Благодаря широкому внедрению эпидемиологического метода изучения психических заболеваний появилась возможность проведения катамнестических исследований популяций пациентов с шизофренией и расстройствами шизофре-

нического спектра. Интересные и неоднозначные результаты получены при исследовании катamnестических данных, как за рубежом, так и в России.

1.2.1 Зарубежные катamnестические исследования

Норвежский психиатр Q. Langfeld (1939) сделал попытку разделить dementia praecox и шизофреноподобные психозы. Основной его мыслью было то, что существующая классификация шизофрении некорректна, так как объединяет пациентов с ядерной (истинной) шизофренией и пациентов с шизофреноподобными заболеваниями. Q. Langfeld полагал, что при ядерной форме возможен только неблагоприятный прогноз, в то время как у пациентов с шизофреноподобными психозами есть шанс на благоприятный исход. Такие психозы имеют некоторые особенности клинической картины: острое начало, хорошие показатели психических функций до первого приступа, депрессивная симптоматика. Он сравнил 100 случаев «достоверной» шизофрении со 100 случаями «шизофреноподобных» состояний с катamnестическим периодом от 6 до 12 лет (в этой последней группе более частым было острое начало). Результаты представлены в Таблице 2.

Таблица 2 – Исходы шизофрении по Лангфельду (1939)

<i>Исходы</i>	<i>1-я группа (достоверные шизофрении)</i>	<i>2-я группа (шизофреноподобные состояния)</i>
Выздоровление	16%	32%
Улучшение	13%	25%
Хроничность	66%	43%

Данные M. Sakel о выздоровлении 88% больных шизофренией Langfeldt (1961) считал результатом диагностической ошибки, при которой к группе больных шизофренией относили больных с реактивными психозами, обычно проходящими самостоятельно. Эту точку зрения разделяли и другие ученые: L. Stephens писал, что «шизофрения с благоприятным прогнозом – это не легкая форма шизофрении, а другое заболевание» (1978). J. Wyrsh (1941) наблюдая ремиссии длительностью более 15 лет с полным возвращением в социум и маловыраженным

дефектом, не называет такой результат выздоровлением, полагая, что «исход заболевания можно ожидать всю жизнь».

В середине 1950-х годов, то есть до психофармакологической эры, O. Arnold описал результаты наблюдений 500 больных шизофренией в течение от 3 до 30 лет. По его данным:

- у 15,6% отмечалось приступообразное течение с полным восстановлением после приступов;

- у 4% – приступообразное течение с переходом в шубообразное (восстановление неполное, каждый новый приступ сопровождается новой симптоматикой);

- у 0,4% – приступообразное течение с формированием тяжелого дефекта;

- у 3,4% – приступообразное течение с формированием тяжелого дефекта и последующими обострениями;

- у 9,6% – шубообразное течение с остаточной симптоматикой;

- у 3,6% – шубообразное течение с формированием тяжелого дефекта;

- у 14% – шубообразное течение с формированием тяжелого дефекта и последующими обострениями;

- у 7,2% – непрерывно прогрессирующее течение;

- у 38% – непрерывно прогрессирующее течение с последующими обострениями;

- у 6,6% – смешанный тип течения.

Важный вывод из этого исследования заключался в том, что лишь 16% больных выздоравливали, а у 67% наблюдалось хроническое или прогрессирующее течение, прогноз при котором без лечения нейролептиками обычно неблагоприятный.

M. Bleuler, анализируя свое исследование 1941 г., в котором участвовало 500 пациентов, выделил 7 вариантов течения и исхода шизофрении [Bleuler M., 1978]:

- 1) острое начало с последующим тяжелым хроническим психозом;

- 2) постепенное начало с медленным развитием тяжелого хронического психоза;

- 3) острое начало с последующим легким хроническим психозом;

- 4) постепенное начало с медленным развитием легкого хронического психоза;
- 5) несколько приступов с острым началом с последующим тяжелым хроническим психозом;
- 6) несколько приступов с острым началом с последующим легким хроническим психозом;
- 7) один или несколько приступов с последующим выздоровлением.

Четыре первых варианта представляют собой непрерывное течение, а остальные – приступообразное. Наблюдая этих пациентов на протяжении 23 лет, М. Bleuler утверждал, что к описанным вариантам относится 90% всех случаев шизофрении. Однако вероятны и модификации, например, постепенное начало и последующим выздоровлением, хронический психоз с острыми приступами в дальнейшем и т. д.

В 1942 г. М. Bleuler начал обследование 208 пациентов, лечившихся стационарно в 1942–1943 гг. [Bleuler M., 1978]. Через 26 лет он описал результаты их 23-летнего наблюдения. Выяснилось, что вариант острого начала с последующим тяжелым хроническим психозом почти исчез, хронических психозов стало больше, но тяжелых хронических психозов – меньше. По прошествии 20 лет после лечения в больнице у 20% пациентов описана полная ремиссия, у 24% пациентов выявлены серьезные психические нарушения. При исследовании социальной адаптации выявлено, что случаи с благоприятным исходом составляют около 30% от общей численности исследуемой группы, а среди впервые госпитализированных пациентов – 40%. В случаях, когда заболевание заканчивалась полной ремиссией, она чаще наступала на протяжении первых двух лет и изредка – после пяти и более лет непрерывного течения шизофрении. В то же время в своем исследовании М. Bleuler говорил, что «...острая форма шизофрении сегодня лечится, этого нельзя сказать о большинстве хронических форм. Процент вариантов с постепенным началом и последующим медленным развитием тяжелого хронического психоза практически не изменился за последние 25 лет... Разочаровывает также то, что не удается добиться выздоровления более чем в 30% всех случаев».

М. Bleuler пользовался строгими диагностическими критериями шизофрении, и полученные им результаты говорят о том, что общепринятый взгляд на шизофрению как на заболевание, преимущественно прогрессирующее и приводящее к инвалидизации, должен быть пересмотрен.

Выводы М. Bleuler о том, что особенности течения шизофрении включают случаи как полного выздоровления, так и злокачественного течения, подтверждаются результатами исследования долгосрочного исхода шизофрении, выполненного в Лозанне L. Ciompi (1980). Это исследование основывалось на записях историй болезни 1642 пациентов с диагнозом шизофрении, поставленным в период от начала 20-го века до 1962 года. Средняя длительность наблюдения составила 37 лет. У трети больных выявлен хороший или удовлетворительный уровень социальной адаптации, т. е. имели место либо благоприятное течение с выздоровлением (при этом у пациента с шизофреническим психозом в анамнезе в дальнейшем не было причин для обращения к психиатрам), либо менее благоприятный вариант заболевания, подразумевающий единичные обращения за психиатрической помощью. Схожие результаты получены G. Huber и соавт. (1975) в результате 22-летнего наблюдения 502 больных в Бонне. С. Harding и соавт. (1987) предоставили результаты долгосрочного катамнестического исследования 118 пациентов больницы штата Вермонт (США), проходивших курс лечения в 1955–1960 гг. с диагнозом шизофрении по критериям DSM-III. Вопреки неблагоприятному прогнозу, принятому в концепции DSM-III, 60% пациентов при обследовании через 20 лет имели сохраненные психосоциальные характеристики, а в некоторых случаях даже отмечалось более успешное социальное функционирование, чем в преморбиде.

Значительный интерес вызывает опубликованная в 1966 году (то есть на заре психофармакологической эры, что требует учета при анализе результатов) работа J. Stephens и соавт. (1966), в которой прослежен 10-летний катамнез 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.

J. Morrison и соавт. (1973) отследили обширную когорту больных шизофренией на протяжении более 20–35 лет, констатировав полное выздоровление у 8%. В этой работе обследовались не только пациенты с шизофренией, но также и поступившие в психиатрическую клинику штата Айовы лица с аффективными расстройствами различной тяжести.

Наличие благоприятных исходов отмечалось и у заведомо более тяжелого контингента больных. Например, в исследовании Т. McGlashan (1984) среди резистентных к терапии (!) больных шизофренией с «хроническим» течением, выписанных из стационара в период между 1950 и 1975 гг. (532 чел.), при 15-летнем катамнезе 6% выздоровели, у 8% состояние было расценено как хорошее, и лишь 41% пациентов были стойко инвалидизированы.

C. A. Watts (1985) при анализе отдаленных исходов шизофрении выявил практическое выздоровление у 28% пациентов, минимальную инвалидизацию – у 27%, и полную инвалидизацию – у 45% обследуемых. Таким образом, почти в половине случаев заболевания прогноз был вполне благоприятным.

R. Ram и соавт. (1992) представили обзор катамнестических работ (длительность наблюдения от 5 до 30 лет) и проспективных исследований (наблюдение больных от 1 до 5 лет), в которых не сообщалось о благоприятном исходе после одного или нескольких психотических эпизодов, но ремиссии низкого качества все же были у 28% больных, среднее по благоприятности течение с выходом в неполную ремиссию отмечалось у 50% пациентов и неблагоприятный исход с хронификацией процесса отмечен в 22% случаев.

J. F. Westermeyer и соавт. (1988) установили, что практически у четверти пациентов с диагнозом шизофрении и расстройствами шизофренического спектра констатируется практическое выздоровление. Достоверность этих данных была

подтверждена Ch. Eggers с соавт. (1997), представившими результаты 42-летнего катамнеза шизофрении, диагностированной у детей в возрасте от 6 до 14 лет. У 25% констатирована полная ремиссия, еще у 25% – частичная, наконец, 50% пациентов имели ремиссии низкого качества либо хроническое течение. Схожие результаты получили J. R. Asarnow и S. Ben-Meir (1994). Исследователи сообщили о «выздоровлении» в 22% случаев шизофрении у детей. При более мягких критериях понятия «выздоровление» соответствующие показатели благоприятного течения болезни наблюдались в 50% случаев [Harding C. M. et al., 1987; Shepherd M. et al., 1989; Mason P. et al., 1995].

О распространенности благоприятного отдаленного исхода шизофренического процесса говорится в работе G. Harrison (2001). 50% пациентов признаны свободными от психопатологической симптоматики, а также описаны 16% случаев безремиссионного течения в первые годы заболевания, закончившиеся полным восстановлением.

A. Breier и соавт. (1991) провели катамнестическое обследование пациентов с шизофренией, которые были госпитализированы в период с 1970 по начало 80-х гг. прошлого века. Наблюдение показало, что 20% пациентов имели благоприятный исход заболевания. При этом уровни позитивных и негативных расстройств и факт приема или отсутствия терапии в постгоспитализационном периоде не продемонстрировали корреляцию с уровнем социального функционирования.

M. Narrow (2005, 2010, 2012, 2013) считает течение шизофрении в целом менее благоприятным, чем течение других психических расстройств, однако подчеркивает, что в катамнестических исследованиях нередко описываются случаи практического выздоровления пациентов, причем без значимого терапевтического вмешательства, в связи с этим ставится вопрос о целесообразности длительной (часто пожизненной) терапии антипсихотическими препаратами, как это часто принято в клинической практике.

Интересны также и интерпретации приводимых исследователями данных. P. Mason и соавт. (1996) проанализировали показатели, полученные в результате проведения международного исследования, инициатором которого стала ВОЗ в

рамках проекта «Длительное течение и исходы шизофрении». В исследовании участвовали 20 медицинских центров из 15 стран. Проведен анализ течения шизофрении, диагностированной по МКБ-9. Было показано, что первый эпизод болезни и первое обострение происходят в течение 5 после манифестации процесса. Время, приходящееся на психозы и периоды госпитализации, является наибольшим в первый год болезни, а затем идет на убыль и стабилизируется. В течение 13 лет у 18% пациентов после первого эпизода болезни не было рецидивов и 25% не госпитализировались. Сделан общий вывод, что течение шизофрении, наиболее бурное в ее начале заболевания, со временем достигает уровня «плато», при этом в клинической картине преобладают изменения личности, а течение болезни в целом стабильно. Полученные результаты, по мнению исследователей, не доказывают ни прогрессирующего утяжеления процесса, ни прогрессирующего уменьшения его тяжести; они также говорят о том, что при шизофрении не наблюдается «позднего выздоровления».

W. T. Carpenter и R. W. Buchanan (1995) при анализе некоторых проведенных под эгидой ВОЗ исследований течения шизофрении сделали вывод, что улучшение психического состояния отмечается у 55% пациентов и отсутствие положительной динамики – в 45% случаев. После введения нейролептиков в схемы лечения в 50-х годах прошлого века доля злокачественных, высокопрогредиентных форм болезни значительно снизилась. Рассматривая проведенные в начале 21-го века исследования, W. T. Carpenter и соавт. (2005) установили, что после первого психоза, порядка 30% пациентов больше не госпитализировались на протяжении десяти и более лет, а безремиссионный, непрерывный тип течения наблюдается у 16–25% больных.

В исследовании J. Modestin и соавт. (2003) тяжелые конечные состояния формируются лишь у 1/3 больных шизофренией с катamnестически подтвержденным диагнозом; в 50% случаев течение заболевания носит ремитирующий характер, а у 15% пациентов исход процесса классифицируется как «практическое выздоровление».

В 2004–2005 гг. в 10 странах Евросоюза было проведено международное проспективное наблюдательное исследование SOHO. В нем были задействованы 1 096 психиатров, каждый из которых представил, как минимум, одного пациента. Основной целью SOHO являлось сравнение оланзапина с другими нейролептиками, а также изучение влияния психофармакотерапии на исходы шизофрении. Психический статус пациентов оценивали с помощью Шкалы общего клинического впечатления – CGI [Guy W., 1976], по которой измеряли позитивные, негативные, депрессивные и общих психопатологические симптомы во время визита к врачу. В дальнейшем шкала валидизирована как Шкала общего клинического впечатления – Шизофрения [CGI-SCH; Haro J. M. et al., 2003] для оценки тяжести симптомов за неделю до дня измерения. Критерии ремиссии определялись по N. С. Andreasen и соавт. (2005), в соответствии с которыми ремиссией признается период длительностью не менее полугодия с минимальной тяжестью по каждой из основных категорий симптоматики шизофрении (позитивные или психотизм, негативные и дезорганизация) и по показателям шкал (например, PANSS или BPRS). В данном исследовании ремиссию определяли как < 3 баллов (легкая степень) из возможных 1–7 баллов по каждой из шкал CGI, включая CGI – общая тяжесть, CGI – позитивные симптомы, CGI – негативные симптомы и CGI – когнитивные симптомы, стойко сохраняющиеся в течение 6 месяцев и более. Дополнительным условием было отсутствие госпитализаций по поводу шизофрении. В течение первого года исследования SOHO доля пациентов, находящихся в ремиссии, составила 38,2%, а на некоторых этапах исследования этот показатель достигал 64,6%, что значительно превышает аналогичные показатели, рассчитанные в других работах. Например, в выборке амбулаторных пациентов с шизофренией, которые осматривались психиатром на протяжении года, 31,8% пациентов находились в ремиссии изначально, а 20,8% достигли ремиссии в течение минимум 6 месяцев терапии [Lasser R. A. et al., 2005]. Частота рецидивов в исследовании SOHO также оказалась ниже, чем в других исследованиях [Ohmori T., et al., 1999; Schooler N. R., 2003; Uçok A. et al., 2006]. Разногласия могут быть обусловлены особенностями выборки, состоящей из амбулаторных пациентов и меньшей тяжестью заболевания в сравнении с пациентами, учтенных в других исследованиях.

Отмечено, что риск рецидивов остается неизменным в течение трех лет катamnестического наблюдения, при этом увеличение продолжительности заболевания коррелирует со снижением риска ремиссии и рецидива. Эти данные подтверждают, что течение шизофрении имеет прогрессирующий характер, вероятность ремиссии неуклонно снижается по мере увеличения длительности заболевания, но в то же время снижается частота и тяжесть рецидивов [Huber G., 1997].

В 2007 году М. De Hert и соавт. провели обследование пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получавших лечение в различных психиатрических учреждениях в Бельгии. Примерно 29% пациентов находились в состоянии ремиссии (критерии ремиссии в этой работе определялись отсутствием выраженных позитивных расстройств в течение, как минимум, полугода).

В недавнем исследовании пациентов с расстройствами шизофренического спектра показано, что в 15-летнем катamnезе у 34,5% больных отмечался благоприятный исход, а в 27,3% наблюдений – неблагоприятный [Peritogiannis V. et al., 2019]. Выводы обзорной работы А. Vita и S. Barlati (2018) указывают, что примерно в половине случаев у больных шизофренией на отдаленных этапах заболевания отмечается функциональная ремиссия. Ее развитие связано с различными факторами, такими как социально-демографические характеристики и терапевтические подходы, включая психофармакотерапию и психосоциальные вмешательства.

В целом обзорные публикации демонстрируют широкий спектр отдаленных клинических и функциональных исходов шизофрении – от выздоровления до тяжелого хронического статуса с выраженной психопатологической симптоматикой и существенным социальным снижением [Lang F. U. et al., 2013].

1.2.2. Катamnестические исследования в России

Катamnестические исследования всегда интересовали отечественных психиатров, т. к. клинико-катamnестический метод в медицине, и в первую очередь в психиатрии, является одним из надежных инструментов изучения патокинеза хронических заболеваний, эффективности терапевтических мероприятий, динамики социальной адаптированности психических больных, их качества жизни и

социального функционирования [Гурович И. Я., 1998, Шмуклер А. Б., 1998–2000]. Все сказанное в полной мере относится и к больным шизофренией. Однако в рамках клинико-социального анализа отдаленного катамнеза шизофрении и расстройств шизофренического спектра проводилось не так много исследований. В частности, в судебной психиатрии этим занималась Л. Е. Еремина (1984), Ю. О. Мусаев (1985), М. М. Мальцева (1988) и другие. Исходы шизофрении на основании изучения контингента стационара описаны в работах Т. И. Юдина и И. В. Лазарева (1941). Они обследовали 190 пациентов Харьковской психиатрической больницы, которые поступили туда с диагнозом «шизофрения» в 1907 году. При обследовании в 1912 году выздоровевших оказалось 32 человека, «относительно здоровых» – 17, пациентов с активной симптоматикой, но удерживающихся дома – 25 человек. При проверке этой же группы в 1934 году: выздоровели 29 человек, к относительно здоровым отнесено 18 человек, признаны больными, но могли содержаться дома – 29 человек. Из числа выздоровевших при первой катамнестической проверке заболели 5 человек. Затем были обследованы только заболевшие в 1907 году – их оказалось 86 человек. Из них выздоровели 29,5%, а относительно здоровы на момент обследования были 12,8% пациентов.

В исследовании Г. В. Зеневича (1964) практически у половины пациентов с шизофренией, наблюдались в одинаковых соотношениях выздоровление и небольшой дефект. Под выздоровлением автор понимал отсутствие симптомов болезни (даже резидуального характера) при сохранной критике и социально-трудовом статусе.

Значительный интерес представляет обширная работа А. Г. Абрумовой (1962), в которой обследовано 1000 пациентов с диагнозом шизофрении, а длительность катамнестического периода составляла от 5 до 25 лет. Несомненными преимуществами этого исследования перед зарубежными аналогами являются личное обследование пациентов (а не по данным медицинской документации и среднего медперсонала), включение в выборку пациентов одной клиники, что снижает возможность разногласий в диагностике. Автор достаточно осторожно отнеслась к возможности благоприятного прогноза при шизофрении, т. к. по по-

лученным данным количество выздоровевших снижалось по мере возрастания ка-тамнестического периода. Но, тем не менее, у 2% пациентов констатировано «полное выздоровление», то есть стойкие длительные ремиссионные состояния без указаний на наличие какого-либо дефекта. Следует учесть, что большинство обследованных в этой работе пациентов заболели до внедрения в практическую психиатрию антипсихотических препаратов и получали лечение нелекарственными методами либо неспецифическими препаратами.

В монографии Э. Я. Штернберга «Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте» (1981) выводы были сделаны на основании изучения длительных ка-тамнезов диспансерных пациентов. В зарубежной литературе трудно найти аналог этому исследованию, так как в связи с отсутствием диспансерной системы наблюдения не удастся получить биографические истории болезни пациентов. Согласно результатам этой работы, прогрессивность шизофрении неоднородна на протяжении заболевания. Описаны этапы в динамике заболевания в зависимости от активности процесса (инициальный, активный, период стабилизации и исходный этап). Также показано, что практически все формы шизофрении имеют периоды обострений и ремиссий. Т. А. Дружининой (1981) и Э. Я. Штернбергом (1981) определена закономерность в течении параноидной формы шизофрении со средней прогрессивностью процесса: время активного развития психопатологического процесса ограничено и коррелирует с общей прогрессивностью заболевания. Впоследствии этот период сменяется стабилизацией и затем редукцией болезненных расстройств, то есть при непрерывно протекающем шизофреническом процессе имеется тенденция к регрессивности на поздних этапах течения. Более 50% пациентов с параноидной шизофренией доживают до старости, большую часть времени проводят вне стационаров, довольно неплохо адаптированы к повседневности. Часто госпитализации таких пациентов связаны с социальными причинами. По утверждению Э. Я. Штернберга (1981), на поздних этапах прогрессивной шизофрении, то есть при признаках стабилизации и редукции патологических расстройств, проявляются компенсаторные возможности больных, кото-

рые следует максимально использовать при ресоциализации пациентов с привлечением их к посильному труду.

Ранее Д. Е. Мелехов (1963) дифференцировал стадии течения шизофренического процесса, выделяя продромальный период, период полного развития болезни, повторные приступы при ремитирующем и приступообразном течении, длительные приступы с подострым течением, период затихания подострых явлений, стабилизация ремиссии, формирование и консолидация дефекта, ремиссию, выздоровление, постпроцессуальный дефект и, наконец, исходные состояния. «Можно считать окончательно опровергнутым тезис о будто бы роковом неблагоприятном течении шизофрении с исходом в слабоумие и распад личности» (Д.Е. Мелехов, 1963).

В своей докторской диссертации Ю. И. Либерман (1971) указывал, что при непрерывно протекающей прогрессивной форме шизофрении психодеструктивный процесс наиболее активен в начале болезни, а затем в течении начинают преобладать более благоприятные в прогностическом плане симптомы (аффективные). Со временем, вероятность утяжеления клинических проявлений заболевания снижается. При приступообразно-прогрессивном течении шизофрении также наибольшая прогрессивность наблюдается в первые годы, затем наступает этап стабилизации, параллельно снижается продолжительность приступов. С этими данными перекликаются и результаты, полученные Я. С. Оруджевым и соавт. (1999) при обследовании пациентов с шизофренией, наблюдавшихся в амбулаторных условиях. На отдалённых этапах заболевания наблюдалась более частое восстановление трудоспособности и семейных отношений по сравнению с общей выборкой.

Е. Б. Любов провел невыборочное обследование пациентов с шизофренией, находящихся на диспансерном наблюдении ПНД (1987). Ретроспективно были изучены амбулаторные карты и другая медицинская документация пациентов, снятых с наблюдения психиатра в 1971–1981 гг. с формулировкой «практическое выздоровление». Проводилась катамнестическая оценка этой группы обследуемых (116 человек) в 1982 и 1985 гг.: в результате лишь 2 пациента были возвра-

щены под наблюдение психиатров. На 2-м этапе были обследованы 2163 пациента нескольких ПНД с диагнозом шизофрении, которые числились на диспансерном наблюдении. Обнаружено, что 5% этих больных соответствовали критериям «практическое выздоровление» и подлежали снятию с диспансерного наблюдения. В данном исследовании использовались строгие диагностические критерии: под выздоровлением понималось «длительное ремиссионное состояние без остаточной продуктивной симптоматики при относительно невыраженных дефицитарных личностных изменениях, не препятствующих высокому и стойкому уровню социально-трудовой приспособляемости пациентов». Полученные результаты, по мнению автора, свидетельствуют о том, что в практике амбулаторных психиатрических заведений обычно не принято проявлять инициативу в случае снятия с наблюдения пациента, даже при наличии явных показаний к этому. Обычно вопрос о прекращении посещения диспансера ставится самим пациентом. А между тем, как отмечал Е. Б. Любов, прекращение диспансерного наблюдения является заключительным актом психосоциальной реабилитации.

А. С. Киселев, З. Г. Сочнева (1988) провели трудоемкую статистическую работу по изучению закономерностей течения психических заболеваний, в том числе и шизофренического спектра. Было подтверждено, что прогрессивность шизофрении неоднородна, прогрессирование может быть прекращено на любой стадии заболевания. Установлено, что:

- 4% больных ни разу не госпитализируются;
- 17% имеют лишь 1 госпитализацию в психиатрический стационар;
- 10% пациентов с подтвержденным диагнозом шизофрении или расстройств шизофренического спектра снимаются с наблюдения с формулировкой «выздоровление»;
- 35% пациентов сохраняют работоспособность по прошествии 38 лет и более после начала заболевания.

Тяжелые варианты исхода шизофрении, то есть, по сути, конечные состояния, описаны А. О. Эдельштейном (1938). Л. Я. Успенская (1987) показала, что более чем у половины больных шизофренией наиболее тяжелый дефект формиру-

ется уже в первые 10 лет болезни. Но наряду с этим в отечественной литературе при изучении довольно больших когорт больных шизофренией на протяжении более 20–30 лет имеются и указания на благоприятное развитие процесса, завершающегося формированием резидуальных состояний наиболее легкого уровня при достаточно сохранных адаптационных возможностях [Нефедьев О. П., 1983; Цуцуйковская М. Я., Бильжо А. Г., 1987]. А. А. Коробов (1982), рассмотрев пациентов ПНД с диагнозом шизофрении, находящихся в длительной ремиссии, описывал состояния практического выздоровления почти в четверти случаев. В клинико-катамнестических исследованиях отдаленных исходов, выполненных Е. Д. Красиком и Г. В. Логвинович (1985) говорится о значительной доле качественных ремиссий, длительностью более 10–12 лет, а в 14,3% отмечается полное выздоровление.

В. Н. Фаворина (1965) описала клинику и типологию конечных состояний при шизофрении, используя клинико-катамнестический метод. Оказалось, что не все варианты заболевания приводят к неблагоприятному исходу. Среди 320 обследованных с неблагоприятным исходом процесса не встречались пациенты с периодической формой заболевания, а по статистическим данным того периода на долю этого варианта заболевания приходилось порядка 30%.

Г. П. Костюк (1999) по данным отдаленного катамнеза пациентов, уволенных из Вооруженных Сил с диагнозом «Шизофрения», установил, что среди обследуемых 30,6% пациентов перенесли только один приступ заболевания и в последующем были сняты с диспансерного наблюдения, в том числе с заключением о практическом выздоровлении – 9,8%, с состоянием устойчивой ремиссии – 20,8%. В Таблице 3 приведены данные о инвалидизации и прекращении диспансерного наблюдения пациентов с различными формами манифеста шизофрении.

А. Г. Мкртчян (2012) обследовал 243 больных шизофренией, получавших лечение в Севанской психиатрической больнице, основным контингентом которой, являются пациенты с хроническими тяжело протекающими формами психических заболеваний. Критериями включения в материал исследования являлись манифестные прогрессивные формы шизофрении, обнаруживающие при этом

стойкие признаки неблагоприятного течения процесса, а также сформировавшееся стойкое резидуальное состояние с длительностью не менее 1 года до момента обследования, соответствующее критериям резидуальной шизофрении по МКБ-10 (F20.5). В ходе исследования было обнаружено, что при неблагоприятно протекающих манифестных прогрессивных формах шизофрении могут формироваться как различные типы тяжелых резидуальных состояний, так и исход в клиническое выздоровление в 12,8% случаев.

Таблица 3 – Отдаленный катамнез при шизофрении [Костюк Г. П., 1999]

<i>Манифестный синдром</i>	<i>Инвалидизация (%)</i>	<i>Срок наступления инвалидности (лет)</i>	<i>Сняты с диспансерного наблюдения (%)</i>
Галлюцинаторно-параноидный	57,5	3,9	15,0
Параноидный	31,8	13,8	40,9
Аффективно-бредовый	61,1	9,5	22,2
Кататонический	57,2	1,3	28,6
Неврозоподобный	75,0	8,5	12,5
Психопатоподобный	50,0	9,8	–

С. Н. Осколкова и С. В. Львова (2013) рассмотрели истории болезни пожилых пациентов с диагнозом параноидной шизофренией и провели сравнительный системный анализ (при этом учитывая динамику ведущего синдрома, личностных и ситуационных особенностей) отдаленного катамнеза (катамнестический период составлял 20–30 лет) этого контингента. Обнаружены две противоположные тенденции в течении заболевания: тенденция к ослаблению вплоть до остановки прогрессивности с последующей стабилизацией психического состояния и редукцией психопатологических расстройств и тенденция сохранения активности и прогрессивности шизофренического процесса.

1.3. Амбулаторные варианты течения шизофрении и расстройств шизофренического спектра

В работах Л. М. Шмаоновой (1968) и В. С. Ястребова (1987) говорится о том, что от 10% до 20% пациентов с диагнозом шизофрении никогда не пользова-

лись стационарной психиатрической помощью. Среднее число госпитализаций при шизофрении длительностью от 15 лет составляет в среднем не более 3,0–5,1 [Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., 1982]. Длительность пребывания пациента с шизофренией в психиатрическом стационаре сократилась на 23% за период с 1985 по 2006 годы [Гурович И.Я. и др., 2007]. По результатам исследований L. Chopri и Ch. Muller (1976) 80% учитываемой когорты пациентов поступали в стационар на протяжении всего катamnестического наблюдения (30–50 лет) 1–3 раза и только 10% – 6 раз и более. Согласно результатам А. С. Киселева и З. Г. Сочневой, 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). В связи с этим на сегодняшний день в России отмечается рост объемов амбулаторной и, соответственно, снижение стационарной помощи психически больным [Краснов В. Н., 2001; Ястребов В. С., 1998, 2001; Гурович И. Я. и др., 2004, 2007, 2012; Кекелидзе З. И., Казаковцев Б. А., 2015]. Тенденции к деинституционализации в психиатрии (то есть смещение акцента оказания психиатрической помощи от больниц к различным вариантам терапии в социуме и образование внебольничных служб психиатрического профиля) наблюдаются и за границей [Шмуклер А. Б. и др., 2016; Bachrach L. L., 1976, 1978, 1986, 1987; Aldrich C. K., 1985; Thornicroft G., Bebbington P., 1989; Vogel W., 1991; Witkin M. J. et al., 1993; Geller J. L., 2000]. Причем помощь вне стен психиатрического стационара рекомендуется и пациентам с неблагоприятным течением заболевания. В этом случае имеются в виду «бригады настойчивого лечения в сообществе», основным преимуществом которых является профилактика госпитализма [Степанова О. Н., 2009, Гурович И. Я., Ньюфельдт О. Г., 2007; Lehman A. F. et al., 1999; Bustillo J. R. et al., 2001]. Данные М. Marshall (2003) показывают, что, не прибегая к госпитализации, можно купировать обострения у 23–38% пациентов. В Англии в пределах исследования результатов перевода больных из госпиталя длительного пребывания в условия общественной помощи было выполнено длительное катamnестическое исследование [Renshaw J. et al., 1988]. Выяснилось, что 39% обследованных проживали

в специализированных домах или домах с сестринским уходом, 17% – в условиях меньшего надзора, 34% – в условиях минимальной формальной поддержки. Лишь 9% пациентов находились в условиях психиатрического стационара.

В России внебольничная помощь осуществляется в дневных стационарах [Саркисян В. В., 1979, 1983]. С 2012 г. организуются отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП), предназначенные для пациентов, чье состояние требует более глубокого терапевтического вмешательства при отсутствии показаний для неотложной госпитализации. Впервые подобный вид организации внебольничной психиатрической помощи был организован в Омске – на базе психиатрической больницы выделен «стационар на дому», который в 2005 г. был реформирован в отделение настойчивого лечения [Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. и др., 2007; Степанова О. Н., 2009; Уткин А. А., 2009; Шендеров К. В., 2011].

Также приводятся данные об увеличении доли одноприступных форм заболевания [Абрамова Л. И., 1991]. По данным эпидемиологических исследований, проводившихся в СССР в 1970-е годы [Храмелашвили В. В., Либерман Ю. И., 1976] единственный приступ наблюдался у 29,7% пациентов, болевших свыше 15 лет, а 71,2% больных за этот период перенесли не более трех приступов. Сведения о снижении прогрессивности шизофрении и смягчению остроты приступов приводят А. Ю. Магалиф (1975), Е. Д. Красик, И. Р. Семин (1982), М. Л. Аграновский (1992), С. Н. Мосолов (1996), А. П. Коцюбинский и др. (2004), А. И. Колчев (2005), Н. Г. Незнанов (2009). В своих работах Ю. В. Попов и К. Н. Шумская (1999), В. Д. Вид (2000) отмечают рост вариантов заболеваний шизофренического спектра, никогда не достигающих психотического уровня, а также высокий удельный вес аффективных нарушений, что, как принято считать, является предиктором благоприятного течения процесса. Г. Ф. Колотилин и М. В. Яковлева (2008) отмечают, что увеличение удельного веса аффективных расстройств сопровождается снижением уровня деструктивных психопатологических синдромов, что свидетельствует о переходе процесса на более доброкачественный уровень. Об увеличении количества благоприятно протекающих вариантов шизофрении с трансформацией клинических проявлений заболевания и изменением симп-

томатики в сторону менее глубоких регистров психических расстройств, а также сдвиге течения процесса к приступообразности и фазности сообщали В. М. Морковкин с соавт. (1980), М. Л. Аграновский, А. А. Мирзаев (2008, 2009, 2010).

Причины таких благоприятных тенденций исследователи видят в широком осуществлении психофармакотерапии, так называемом «лекарственном патоморфозе» [Авруцкий Г. Я., 1974, 1977, 1988; Недува А. А., 1988; Вильянов В. Б., 2004], развитии мер психосоциальной реабилитации и профилактики, а также бригадного полипрофессионального подхода при оказании психиатрической помощи [Гурович И. Я., 1990, 2007, 2011; Пивень Б. Н., Голдобина О. А., 2000; Бурьгина Л. А., 2013; Папсуев О. О. и др., 2015; Семенова Н. Д., Гурович И. Я., 2015; Чуканова Е. К., 2018].

I. R. H. Fallon и соавт. (1998) утверждают, что отмечающийся за последние 40 лет положительный патоморфоз шизофрении обусловлен не только успехами психофармакотерапии, но и комплексным применением мер психосоциального воздействия – индивидуальное ведение случая, психообразовательная работа, тренинг социальных навыков. Об ограничении прогрессивности процесса и возможной обратимости негативных расстройств имеются сведения в работах Ю. И. Либермана (1983), Е. Н. Хохлова (1982). Статистическое обоснование возможности прекращения приступов на любом этапе шизофренического процесса можно увидеть в диссертации Е. Б. Прытовой (1990). Я. О. Федоров (2010) в выводах из клинико-катамнестического исследования современной патофизиологии шизофрении также подтверждает изменчивость течения психопатологического процесса в благоприятную сторону, а именно, к участвующему переходу заболевания на амбулаторный уровень.

1.4. Исследования катамнезов пациентов после первого психотического эпизода

Отдельно стоит выделить исследования катамнезов пациентов после первого психотического эпизода. Многими исследователями отмечается зависимость дальнейшего течения и исхода заболевания от качества и своевременности ока-

занной помощи при первом психотическом эпизоде [Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2010]. В то же время, сама идея о том, что быстрое терапевтическое вмешательство значительно улучшает прогноз заболевания, не нова. Так, еще в 1900 г. П. П. Якобий писал, что «излечивая свежих больных можно уменьшить появление хроников», отмечая также, что чем дольше существует психиатрическая лечебница, оказывающая адекватную и доступную помощь населению, тем меньше пациентов переводятся в заведения для «психохроников». На сегодняшний день уже не вызывает сомнений, что раннее обнаружение заболевания и последующее незамедлительное начало его терапии ведут к сокращению рисков тяжелого и хронического течения шизофрении и расстройств шизофренического спектра [Гурович И. Я. и др., 2003, 2007, 2010; Birchwood M. et al., 1998; Cullberg J., 2000; Sanbrook M. et al., 2003; Malla A. et al., 2005; McGorry P. et al., 2008].

1.4.1. Зарубежный опыт изучения катамнезов пациентов после первого психотического эпизода

D. Wiersma и соавт. (1997) провели обследование пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра по истечении от 15 до 17 лет от первого эпизода психоза. Варианты долгосрочных исходов варьировались от полной ремиссии до хронических психозов с длительным нахождением в психиатрическом стационаре. Ремиссионные состояния различного уровня были определены у 21% обследуемых, хроническое течение выявлено в 10% случаев, 11% пациентов совершили суициды; 87% имели 1 обострение болезни в течение всего катамнестического срока, 49% – 2 обострения, 37% – три и 20% пациентов 4 обострения процесса. У 1 обследуемого из 6 после каждого рецидива ни разу не наблюдалось качественной ремиссии. D. Wiersma обращает внимание на исследование R. Taga и соавт. (1944), которые отследили 10-летние катамнезы 90 пациентов после первого эпизода шизофрении и обнаружили, что у 53% обследуемых была достаточно глубокая ремиссия; в 6% случаев больные оставались в психотическом состоянии, то есть у них течение болезни стало хроническим. В 18,3% случаев пациенты перенесли единственный психотический приступ (в том числе 12,2%

больных в последующем достигли полной ремиссии). Относительно благоприятное приступообразное течение с полными и неполными ремиссиями без дефицитарных явлений описано у 34% пациентов, выраженные изменения личности и периодические рецидивы процесса наблюдались в 33% случаев.

Еще одно изучение отдаленных исходов впервые возникших психотических состояний было осуществлено в госпитале канадской провинции Альберта [Bland R. et al., 1976]. В данный стационар направлялись пациенты со всего региона, таким образом, выборка была репрезентативной с точки зрения заболеваемости. Из 92 человек, поступивших в больницу в 1963 году, через 10 лет было обследовано 88 чел. с диагнозом шизофрении по DSM-II: в 58% случаев у пациентов не было обнаружено какого-либо «социального дефицита», не удалось выявить признаки дефекта личности, а длительность заболевания при этом составляла более 10 лет. При использовании более строгих диагностических критериев, из 50 пациентов, которые соответствовали диагнозу шизофрении, 43 чел. 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. В этом исследовании высказано предположение, что благоприятному течению шизофрении способствуют применение нейролептиков на ранних стадиях болезни и социальная помощь пациентам.

Из больных шизофренией, выписанных из психиатрической больницы штата Айова (США) в 1934–1944 гг., при среднем 35-летнем катамнезе 20% пациентов были «свободны от симптоматики» [Clancy J. et al., 1975].

Также о благоприятном влиянии на течение шизофрении раннего лечения нейролептиками говорится в работе J. M. Kane и соавт. (1982), которая представляет собой выводы из результатов двойного слепого исследования эффективности раннего применения флуфеназина по сравнению с плацебо у пациента с первым психотическим эпизодом. Уровень обострений в течение первого года после первого психотического эпизода составил 25%, достигая при приеме плацебо 41% (n = 17), при отсутствии 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.

Пример значительного улучшения прогноза заболевания при интенсивном раннем терапевтическом вмешательстве при первом психотическом эпизоде заболевания опубликовали D. Robinson и соавт. (1999), проведя 5-летнее обследование пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра после первого приступа заболевания. Выявлено, что риск рецидива существенно снижается при регулярном приеме антипсихотических препаратов после купирования острого периода.

M. Bertelsen и соавт. (2008) провели 5-летнее наблюдение за пациентами, выписанных из психиатрического стационара в Дании после первого эпизода заболевания, и статистически достоверно обосновали пользу интенсивного раннего терапевтического вмешательства.

В катамнестическом исследовании N. S. Tirupati (2004) были изучены исходы длительно нелеченных психозов. При этом в конце первого года наблюдения благоприятные клинические исходы наблюдались в 29% случаев, социальные – в 35%, профессиональные – в 51%.

Оценка исходов пациентов с первым психотическим эпизодом, осуществленная в недавней работе датских авторов, продемонстрировала, что, несмотря на то, что диагноз шизофрении или шизоаффективного расстройства был подтвержден в 80% случаев, в 53% наблюдений отмечалась ремиссия симптомов и/или функциональная ремиссия; у 17% пациентов было диагностировано полное выздоровление [Klærke L. R. et al., 2019].

1.4.2. Катамнестические исследования в российских клиниках первого эпизода

В России более чем в 30 регионах имеются специализированные отделения, рассчитанные на оказание помощи пациентам с первым психотическим эпизодом. На базе таких клиник также проводятся исследования течения и исходов шизо-

френии и расстройств шизофренического спектра. Катамнестические исследования, проводимые на базе таких отделений, направлены на изучение возможности предупреждения неблагоприятного течения болезни с помощью комплексной терапии, включающей в себя современные антипсихотические препараты и психосоциальное воздействие [Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2010].

Л. Г. Мовина (2005) в своей диссертации показала, что на ранних этапах терапии для пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра является благоприятным комплексное долговременное психосоциальное и медикаментозное вмешательство, основанное на индивидуальном подходе с учетом особенностей социального и клинического статуса пациентов. По данным 2-летних катамнезов пациентов клиники первого психотического эпизода, внедрение психосоциального компонента «повышает качество ремиссий ($p < 0,001$), улучшает комплаенс ($p < 0,0001$), снижает число повторных госпитализаций ($p < 0,01$), положительно влияет на социальные исходы, способствует достижению более высокого уровня социального функционирования и качества жизни ($p < 0,05$), обеспечивает рост доверительности взаимоотношений с окружающими ($p < 0,001$), усиливает чувство поддержки референтной группы ($p < 0,05$), уменьшает бремя семьи ($p < 0,05$)».

А. С. Дороднова (2006) выявила, что практически половина пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (48,83%) могут получать помощь вне стационара. Анализируя краткосрочные исходы, выяснилось, что пациенты, получавшие программно-целевую помощь на начальных этапах процесса в условиях клиники первого психотического эпизода, показали более благоприятные результаты (в плане качества ремиссионных состояний, комплаентности, уровня госпитализации, тяжести обострений, социальных показателей).

А. А. Бессонова (2006), изучив сплошным невыборочным методом пациентов двух ПНД г. Москвы, выделила когорту из 156 пациентов, впервые обратившихся к психиатру в течение 2000 г., которым на тот момент был выставлен диагноз шизофрении, шизотипического или бредового расстройства (по МКБ-10, F20-29). Данная когорта была оценена ретроспективно и частично (68 пациентов, или 43,6%) про-

спективно. Доказано, что раннее выявление заболевания и комплексные терапевтические мероприятия улучшают клинико-социальный прогноз шизофрении.

А. А. Уткин (2009) в своей диссертации, посвященной новым формам оказания психиатрической помощи в системе комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, установил, что при терапии впервые возникших психотических состояний кроме отделения первого психотического эпизода целесообразно включать «систему преемственных компонентов на различных этапах (больничный, полустационарный, амбулаторный) с широким использованием, наряду с поддерживающей психофармакотерапией, психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, дифференцированной в зависимости от особенностей психического состояния пациента и имеющихся психосоциальных проблем». Такой подход позволяет добиться более качественного купирования психопатологической симптоматики, снижения госпитализации, сохранения социальных показателей.

И. П. Волкова (2011) выполнила обследование 42 пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе клиники первого психотического эпизода (КППЭ) г. Твери. За период катamnестического наблюдения (24–36 месяцев) отмечался высокий процент посещаемости психоневрологического диспансера, большинство пациентов были комплаентны, терапия последующих обострений в основном осуществлялось в полустационарных и амбулаторных условиях. Уровень социального функционирования пациентов, получавших лечение в КППЭ, практически не изменился. Уровень инвалидизации у обследуемых оказался невысок: только двум пациентам (4,8%) оформлена третья группа инвалидности на 3-м и 5-м годах от начала заболевания.

Результаты исследований первого эпизода заболевания свидетельствуют о том, что вопреки устоявшемуся пессимистичному взгляду прогноз шизофрении и заболеваний шизофренического спектра, течение заболевания отличается значительным разнообразием и во многом определяется терапевтическим подходом. Благодаря широкому внедрению психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации прогноз заболевания (как клинический, так и социальный) стано-

вится более благоприятным – повышается качество ремиссий, улучшается compliance пациентов, повышается уровень социального функционирования и качества жизни [Гурович И. Я. и др. 2004; Коцюбинский А. П. и др., 2004; Мовина Л. Г., 2007; Lieberman R., 1994; Lehman A. et al., 1999; Bustillo J. R. et al., 2001].

1.5. Современные лонгитудинальные исследования

Несмотря на актуальность проблемы, на сегодняшний день катамнестических исследований шизофрении и расстройств шизофренического спектра немного, и проводятся они в основном за рубежом. Стоит отметить обзор последних данных об отдаленных исходах этих заболеваний (2008–2017 гг.), проведенный чешскими исследователями J. Volavka и J. Vevera (2018) с целью определения факторов, влияющих на долгосрочный прогноз. При периоде наблюдения более 5 лет процент пациентов в ремиссии составил от 16,4% у никогда не лечившихся ранее до 37,5% у пациентов, которые регулярно получали антипсихотики. Показана эффективность низких доз антипсихотиков при проведении длительной поддерживающей терапии. Авторы пришли к выводу, что отдаленный исход шизофрении весьма разнообразен и зависит от доступности психиатрической помощи, ранней диагностики и адекватности психофармакотерапии. Авторы допускают, что порядка 20% пациентов не нуждается в постоянном длительном приеме поддерживающей терапии, но это предположение требует дополнительного исследования.

Описание функциональных исходов и предикторов течения шизофрении представлены в работе D. Kebede и соавт. (2019). Были обследованы 316 человек, страдающих шизофренией в течение 10 лет. В целом, когорта показала более низкий, чем в популяции уровень социального функционирования, причем степень снижения не была связана с клиническими характеристиками процесса (возраст манифеста, прогрессивность, длительность заболевания, особенности психофармакотерапии). Улучшение социального статуса коррелировало с меньшей выраженностью симптоматики у пациентов.

Интерес представляют работы азиатских авторов, в результатах которых можно найти существенные различия по сравнению с западными исследования-

ми. M. Ran и соавт. (2015) сравнивали отдаленные исходы (катамнестический период 14 лет) пациентов с шизофренией, которые не получали психофармакотерапию (в основном, это были жители сельской местности). У 29,8% обследуемых была установлена частичная либо полная ремиссия. Проводилось сравнение с пациентами, постоянно принимающими поддерживающую терапию, уровень ремиссий у которых составил 57,3%. В исследовании С. Kang и соавт. (2019) рассмотрены пациенты психиатрической клиники Куньминского медицинского университета (Китай), проходившие лечение в период с января 2011 по июль 2015 года с диагнозом шизофрении по МКБ-10. Процент неблагоприятных исходов составил 7,9%.

1.6. Заключение обзора

Результаты проведенных исследований демонстрируют неоднородность исходов шизофрении: наряду с тяжелыми, инвалидизирующими вариантами, у значительной части пациентов прогноз после дебюта болезни оказывается достаточно благоприятным, возможен единственный за всю жизнь приступ или малоприсупное течение без видимых социальных последствий, при хорошем функционировании в обществе, достаточно распространены длительные ремиссии [Boydell J. et al., 2001]. Как видно из результатов лонгитудинальных исследований шизофрении и расстройств шизофренического спектра, описанных в отечественной и зарубежной литературе, несмотря на методологические различия в подходах и частую несогласованность в интерпретации клинических данных, «общий прогноз заболевания и его отдаленное течение бывают, в целом, значительно более благоприятными, чем полагали представители классической психиатрии» [Штернберг Э. Я., 1981]. Подчеркивается необходимость учитывать этап процесса при назначении терапии. В настоящее время стадийный подход, предложенный Р. McGorry и соавт. набирает популярность [McGorry P. D. et al., 2007–2010]. Однако большинство работ все же рассматривает шизофрению как заболевание с высоким риском инвалидизации пациентов и с преимущественным преобладанием неблагоприятных исходов. Например, Р. McGorry и соавт. говорят только о неблаго-

приятных исходах – неполная ремиссия после первого психотического эпизода (стадия 3а), повторные приступы с различной выраженности симптоматики (стадии 3б и 3с) или безремиссионное течение (стадия 4). Такая позиция исследователей объясняется, скорее всего, тем, что в психиатрической службе «оседает» наиболее тяжелый контингент, а благоприятные варианты течения заболевания (в том числе и случаи полного выздоровления), как правило, выпадают из поля зрения психиатров. Как показывают результаты исследований контингента психиатрического стационара [Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. и др., 2013], неоднократно госпитализируется в основном тяжелая группа пациентов. Установлено, что только 15% пациентов, наблюдающихся в психоневрологическом диспансере с диагнозом из категории F20–F29, госпитализировались в течение 5 лет не менее 3 раз, а почти четверть пациентов имели за этот период единичные поступления в больницу [Чуканова Е. К., 2017].

Исследования благоприятных исходов шизофрении в большинстве своем носят выборочный характер, нет точных данных об их частоте и распространенности. Выборочность длительных катамнестических исследований обуславливает и большой разброс результатов. Также в связи с отсутствием диспансерной системы наблюдения психически больных, работы зарубежных авторов строятся в основном на данных, полученных при обследовании пациентов, пользовавшихся стационарной психиатрической помощью, таким образом, не учитываются пациенты с малопрогрессирующими формами заболевания, а также те, кто не госпитализировались. При этом нередко получаются противоречивые данные о частоте благоприятных исходов, что связано с неоднородностью исследовательского подхода к диагностике и оценке ремиссий. Кроме того, некоторые авторы считают, что сложности в определении прогноза заболевания обусловлены односторонней нозоцентрической направленностью исследователей, при котором не учитывается саногенное влияние здоровой, интактной в отношении психопатологического процесса «части личности» пациента [Котов В. П., Мальцева М. М., 1989; Семке В. Я., 1989; Точилов В. А., 1992; Курпатов В. И., 1994].

Таким образом, обзор литературы, посвященной анализу течения и исхода шизофрении и расстройств шизофренического спектра, показывает, что на сегодняшний день недостаточно оснований для признания отдаленного прогноза при этих состояниях в целом неблагоприятным. В катamnестических исследованиях (как отечественных, так и зарубежных) описываются различные варианты исхода шизофренического процесса, в том числе и не редкие случаи практического выздоровления с высоким уровнем социальной адаптации. Это противоречит распространенному представлению о шизофрении как о преимущественно прогрессирующем деструктивном для психики процессе. Более того, многие современные исследователи приходят к мысли, что тяжелое течение шизофрении в настоящее время представляет собой больше исключение, чем закономерность. Приводятся примеры практического выздоровления и удовлетворительной социальной реабилитации после стабилизации патологического процесса. В целом в настоящее время имеется дефицит эпидемиологических исследований, посвященных изучению различных аспектов течения шизофрении и расстройств шизофренического спектра на протяжении длительного временного промежутка от момента первого обращения за психиатрической помощью, и включающих в том числе пациентов, прекративших наблюдение в ПНД. Существует необходимость описания вариантов клинического состояния больных на различных этапах наблюдения в ПНД, которые могли бы служить основой для разработки предложений по совершенствованию оказания им психиатрической помощи.

Наиболее объективную картину течения и исхода шизофрении и расстройств шизофренического спектра продемонстрирует невыборочное исследование пациентов вне дифференцировки по возрасту, количества госпитализаций, тяжести течения, что дает возможность применения эпидемиологического метода для анализа полученных результатов.

Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование проводилось на базе ПНД № 14 г. Москвы (в настоящее время реорганизован), который оказывал амбулаторную, лечебную и консультативно-диагностическую психиатрическую помощь населению Центрального Административного округа г. Москвы (районы «Тверской» и «Пресненский»). В рамках данного исследования в течение 2010 года сплошным невыборочным методом ретроспективно были изучены амбулаторные карты всех пациентов, впервые обратившихся к участковому психиатру в период с 1980 по 1985 гг., которым была диагностирована шизофрения или расстройства шизофренического спектра (по действующей в тот период МКБ-9). Таким образом, катамнестический период исследования составил 25–30 лет. Кроме изучения медицинской документации, пациенты, продолжающие на момент обследования наблюдаться в ПНД, изучены клинико-психопатологически при очередных обращениях в диспансер в течение 2010–2011 гг., что позволило оценить их текущий клинический статус. При очной оценке психического статуса пациентов психометрические шкалы не использовались, поскольку полученные с их помощью результаты весьма динамичны и могут отличаться даже на протяжении нескольких недель, не говоря уже о более длительном временном промежутке в течение исследовательского периода, поэтому их применение, тем более при отсутствии полученных с их помощью показателей на ранних этапах заболевания (1980–1985 гг.), мало что привносит в анализ изучаемой проблемы. На основе рассмотренных анамнестических и текущих клинических данных определены демографические и клинико-социальные особенности изученного контингента, прослежено течение, проанализированы варианты исходов заболеваний у различных групп пациентов.

Таким образом, в данной работе использовались клинико-анамнестический, клинико-динамический и клинико-психопатологические методы обследования больных. Статистический анализ данных выполнен с использованием программного пакета Statistica 6.0. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Достоверность полученных результатов обеспечена репрезентативностью материала,

достаточным количеством исследованных случаев, корректностью методики исследования и проведенного статистического анализа полученных данных.

Всего за изучаемый период в ПНД № 14 (далее – ПНД) впервые обратилось 189 человек, которым впоследствии был выставлен диагноз шизофрении или расстройств шизофренического круга (рубрика F 20 по МКБ-10) – т. е. 17,51 на 100 тысяч населения. Этот показатель близок к полученному при мета-анализе, включавшем все опубликованные в течение 1965–2001 гг. англоязычные эпидемиологические исследования (55 исследований из 33 стран): 15,2 на 100 тыс. населения [175]. По данным отечественных авторов, заболеваемость шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (по МКБ-10) в Москве составляет 13–20 на 100 тыс. населения [11; 32], в среднем по России – 13–14, в Центральном Федеральном округе – 14–15 случаев на 100 тыс. населения [23]. Таким образом, данную выборку можно признать репрезентативной.

В настоящем исследовании не рассматривались пациенты, чьи карты были утеряны из архива ($n = 11$), но достоверно известно (по спискам регистратуры), что эти пациенты впервые обратились в ПНД № 14 в указанный промежуток времени, имели диагноз шизофрении и расстройств шизофренического спектра, а затем были сняты с наблюдения в связи со смертью. Таким образом, имеются 178 амбулаторных карт, которые изучены в данной работе.

Среди 178 пациентов, включенных в данное исследование, обнаруживается практически равномерное распределение по полу – на 91 женщину приходится 87 мужчин (51,12% и 48,88 % соответственно – Рисунок 1). Такой гендерный состав пациентов выборки соответствует общепринятой на сегодняшнее время точкой зрения об одинаковой распространенности шизофрении как у мужчин, так и у женщин [Wyatt R. J. et al., 1998].

Средний возраст пациентов исследования на момент первого обращения в ПНД составлял $33,7 \pm 0,18$ лет. Распределение по возрасту пациентов соответствуют W -критерию Шапиро – Уилка, ($Shapiro - Wilk W = 0,97$; $p = 0,001$), что подтверждает нормальность распределения данных (Рисунок 2).

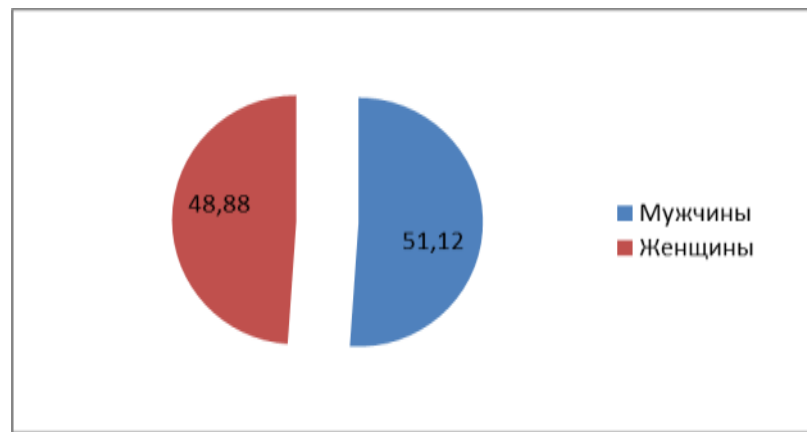


Рисунок 1 – Распределение обследованных больных по полу

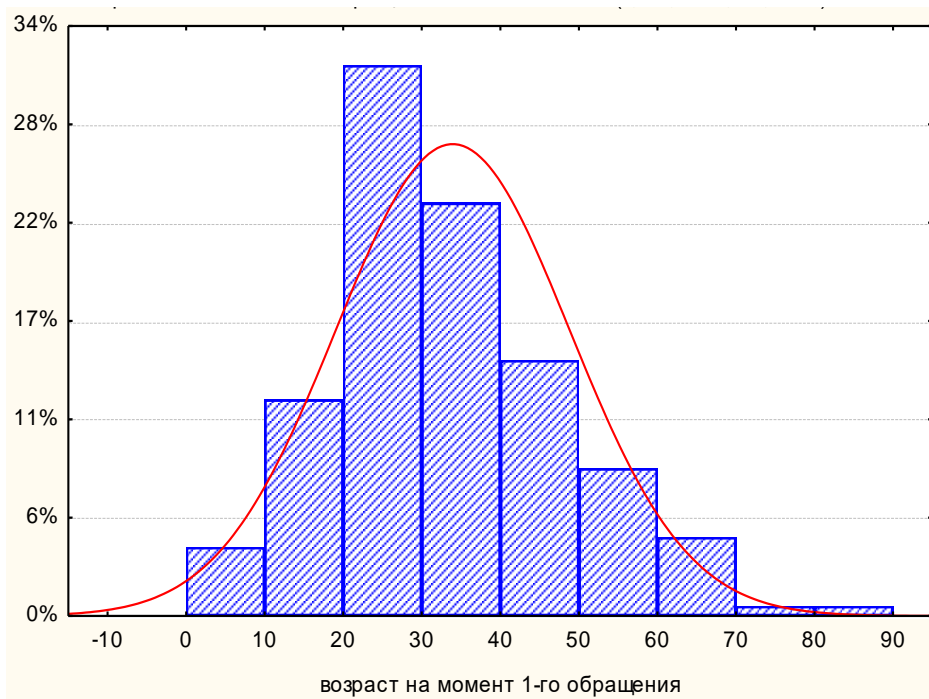


Рисунок 2 – Возраст на момент первого обращения в диспансер

Преобладающая часть пациентов исследования обращались в ПНД в молодом возрасте: почти половина (47,8%) – до 30 лет (см. Рисунок 2, Таблицу 4).

Как видно из Таблицы 4, возраст 30,3% пациентов на момент первого контакта с психиатром ПНД был в пределах 30–45 лет, а 20,9% пациентов впервые обратились в ПНД в возрасте 45 лет и старше. Эти результаты вполне согласуются с полученными в эпидемиологическом исследовании А. С. Киселева и З. Г. Сочневой (1988), согласно которым 44,9% пациентов, состоящих под наблюдением в ПНД, впервые 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 (1981), примерно

32% пациентов с шизофренией в возрасте старше 60 лет, состоящих под наблюдением ПНД, заболели после 40 лет.

Таблица 4 – Распределение больных по возрасту на момент первого обращения в ПНД

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

Таким образом, значительная часть лиц, впервые обратившихся в ПНД, относится к возрастной группе старше 45 лет, что требует учета при создании программ для пациентов с впервые возникшими психотическими состояниями, критерии включения в которые не должны иметь ограничения для больных старших возрастных групп, как это иногда встречается в зарубежных исследованиях [Vertelsen M. et al., 2008].

В исследуемом контингенте пациентов преобладали люди с полным средним образованием ($n = 102$, 57,3%). Только 15 пациентам не удалось получить полное среднее образование (8,4%) и 1 человек окончил лишь 4 класса вспомогательной школы (Рисунок 3). Высшее образование было у 55 обследуемых (30,9%), у 4 из них – ученая степень, а у одного пациента 2 высших образования. Неполное высшее образование имеется у 7 пациентов.

Таким образом, образовательная планка в изучаемой выборке достаточно высока, особенно среди лиц, перенесших единичный приступ заболевания (больше половины из них – 55,2%, $n = 16$ – окончили вузы).

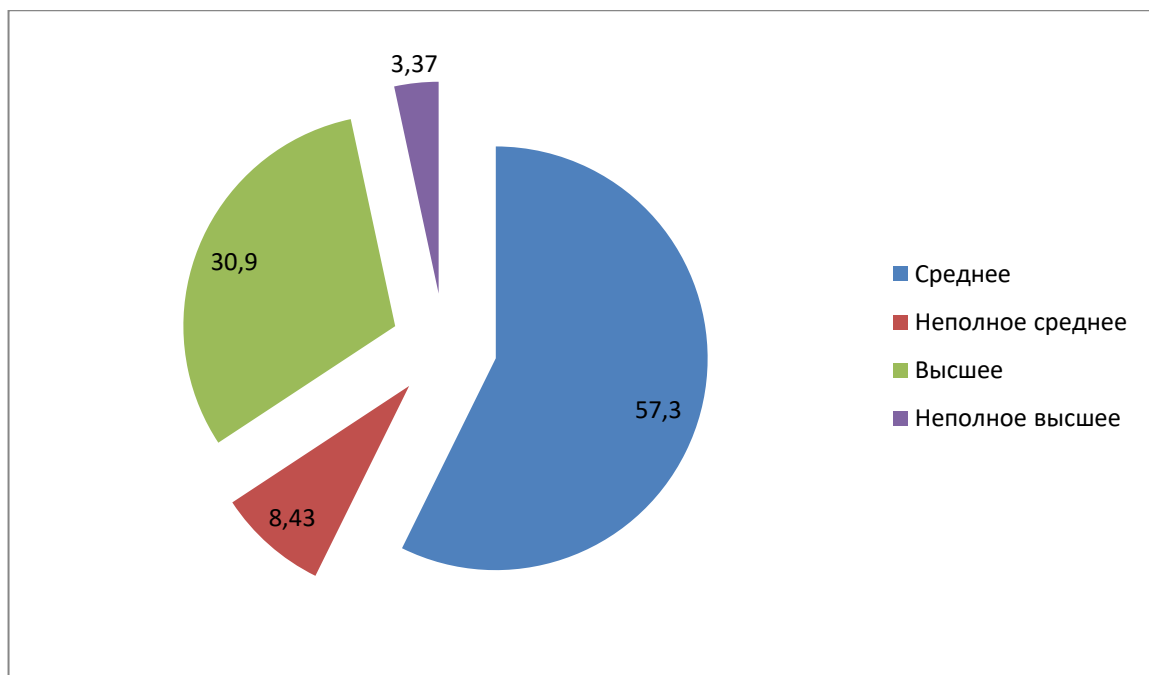


Рисунок 3 – Уровень образования пациентов (%)

Практически все обследуемые когда-либо работали ($n = 172$; 96,6%). Только 6 пациентов (3,4% от общего числа обследуемых) на протяжении жизни не имели опыта работы, в том числе женщина-домохозяйка, находящаяся на иждивении мужа, и 5 человек, которым достаточно рано была установлена инвалидность по психическому заболеванию.

Из пациентов с трудовым анамнезом в период трудовой деятельности в соответствии с полученным образованием и квалификацией работали 103 пациента (59,9% от всех, когда-либо работавших). У 45 пациентов (26,2%) имело место профессиональное снижение. В 22 случаях (12,7%), напротив, выявлен карьерный рост. В двух случаях в течение жизни отмечались колебания как в сторону карьерного роста, так и снижения (Рисунок 4).

Трудовая деятельность пациентов тесно связана с уровнем инвалидизации. Инвалидность по психическому заболеванию имели 88 человек (49,4% от всех обследованных больных или 73,7% продолжающих наблюдаться в ПНД), что отражает накопление в психиатрических учреждениях наиболее тяжелого контингента. Инвалидность по психическому заболеванию первой группы была установлена 3 пациентам. Вторая группа инвалидности по психическому заболеванию была у 68 больных. Из них 6 пациентов продолжали трудиться, несмотря на инвалид-

ность, а 2 пациента никогда не работали и до получения группы инвалидности находились на иждивении родственников. В 4 случаях врачами ПНД предпринималась попытка снизить группу инвалидности по психическому заболеванию со 2-й на 3-ю (учитывая пожелания пациента и улучшение психического состояния), но в дальнейшем пришлось снова вернуться ко 2-й группе инвалидности в связи с неудачными попытками найти работу, а также ухудшением течения заболевания. Третья группа инвалидности по психическому заболеванию на момент обследования имелась у 11 пациентов; из них 3 пациента работали, несмотря на группу инвалидности, до пенсионного возраста, один пациент работал на момент обследования со снижением квалификации.

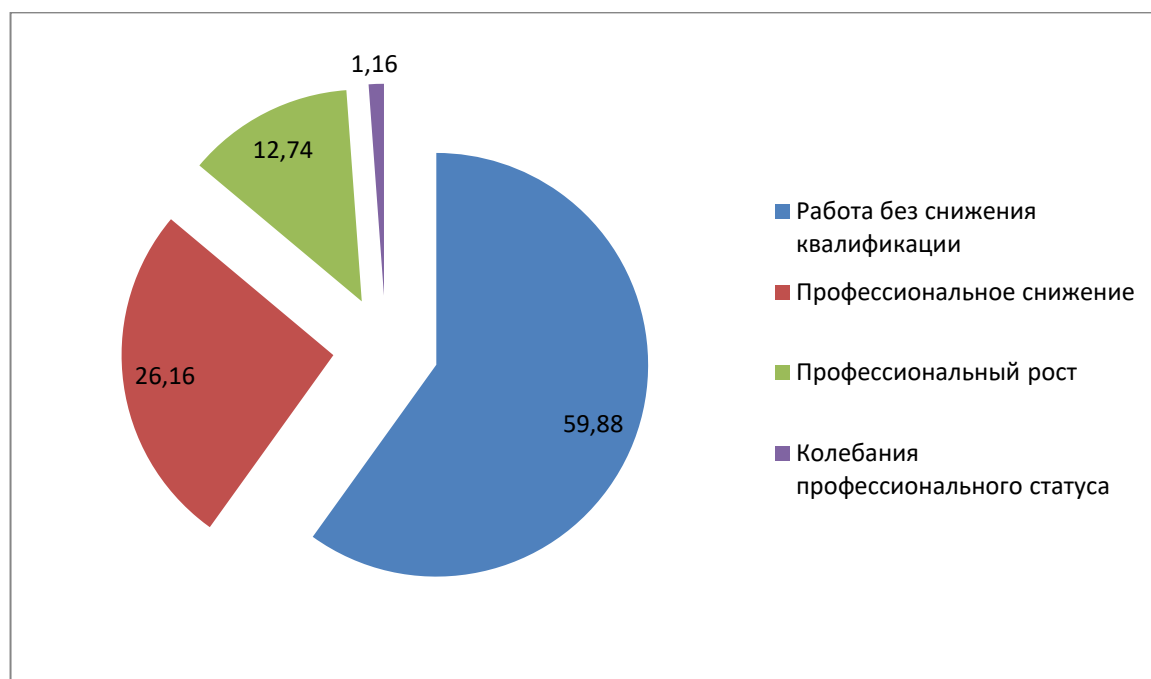


Рисунок 4 – Трудовой анамнез пациентов (% от общего числа работавших когда-либо на протяжении жизни)

В 6 случаях пациентам была снята группа инвалидности по психическому заболеванию (Рисунок 5). У трех из них инвалидность 2-й группы была снята решением врачебной комиссии в связи с улучшением психического состояния и реальной возможностью трудоустройства. Впоследствии пациенты работали по специальности без снижения квалификации и были сняты с наблюдения ПНД. Еще у двух пациентов инвалидность 2-й группы по психическому заболеванию была прекращена в связи с получением инвалидности по соматическому профилю

(с целью уменьшения стигматизации по просьбе самих пациентов), но наблюдение в ПНД сохранено. При этом в профессиональном плане пациенты росли и прекратили работать только в связи с выходом на пенсию по возрасту. Наконец, 1 пациентка не приходила на очередные освидетельствования, таким образом, потеряв 3-ю группу по психическому заболеванию. Работала эта пациентка не постоянно, но без снижения квалификации.

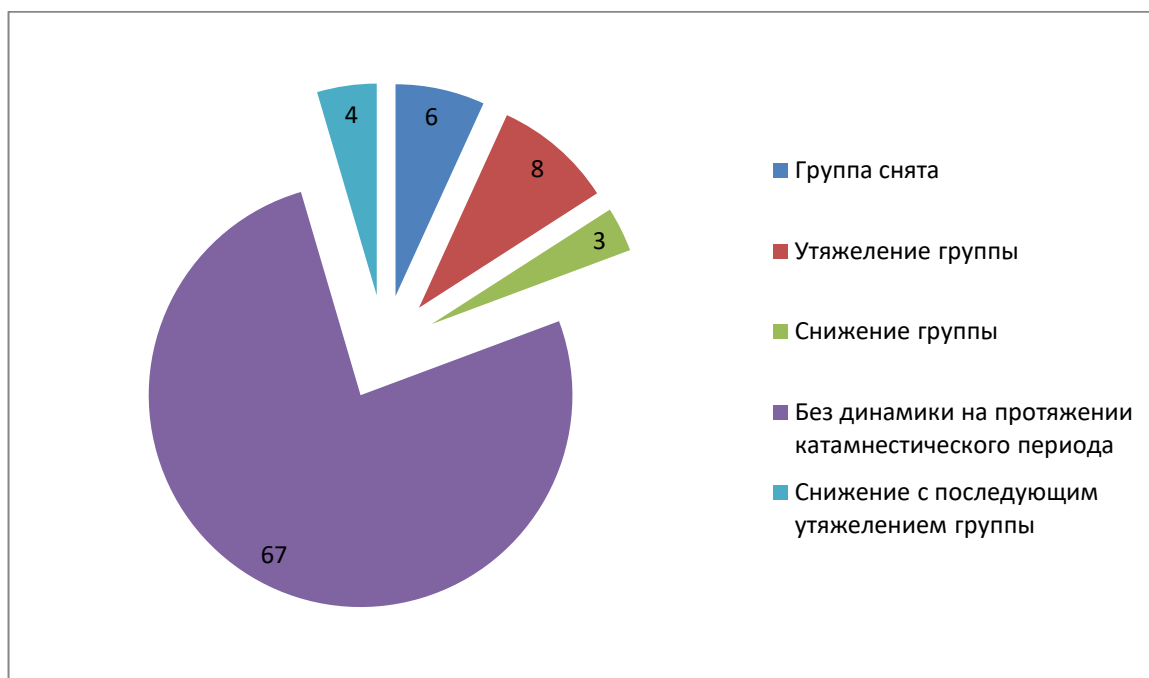


Рисунок 5 – Динамика инвалидности по психическому заболеванию у обследованных больных

На момент обследования 5 человек имели инвалидность по соматическому заболеванию. Один пациент настоял на снятии группы инвалидности по соматическому заболеванию и продолжает работать в соответствии с полученным образованием.

Значительная часть пациентов (128 чел.; 71,9%) на момент обследования или когда-либо ранее состояли в браке (Таблица 5). Из них 26 человек вступали в неоднократные брачные отношения, 6 пациентов имели опыт только незарегистрированных отношений. В одном случае брак пациента признан недействительным судом – по инициативе супруги пациента, так как имело место сокрытие психического заболевания при регистрации. В 9 случаях супруги пациентов лечи-

лись у психиатра. Супруги 10 обследуемых злоупотребляли алкоголем, а в 2 случаях – наркотиками.

Дети имелись у 91 пациента (51,1%), причем в 28 случаях детей двое, у 2 пациентов – трое. Психические заболевания выявлены у детей 7 пациентов.

Не создали собственной семьи 50 пациентов, но из них действительно одиноки лишь 11 чел. В одном случае пациент опекается рентодателем. Остальные постоянно проживают в семье родителей или других родственников, либо опекаются ими. Одинокие пациенты исследуемой группы самостоятельны в быту, обходятся без помощи соцработников, при этом поддерживая приемлемый образ жизни.

Таблица 5 – Семейный статус пациентов

<i>Пациенты</i>	<i>Число пациентов</i>	
	<i>Абс.</i>	<i>%</i>
Состоявшие когда-либо в браке на момент исследования из них:	128	71,9 (от общего числа пациентов)
– неоднократно	26	20,3 (от количества состоявших в браке)
– брак не зарегистрирован	6	4,7 (от количества состоявших в браке)
– признание брака недействительным	1	0,8 (от количества состоявших в браке)
– психическое заболевание у супруга	9	7,0 (от количества состоявших в браке)
– злоупотребление супруга алкоголем или ПАВ	12	9,4 (от количества состоявших в браке)
Пациенты, имеющие детей из них:	91	51,1 (от общего числа пациентов)
– несколько детей	30	33,0 (от числа пациентов, имеющих детей)
– психические заболевания у детей	7	7,0 (от числа пациентов, имеющих детей)
Пациенты, не создавшие своей семьи из них:	50	28,1 (от общего числа пациентов)
– одиноки	11	22,0 (от числа пациентов, не состоящих в браке)

Глава 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

При изучении по имеющимся анамнестическим данным раннего онтогенеза пациентов было выявлено, что уровень патологии беременности у их матерей составлял 3,4% (6 чел.). Сюда входят 2 случая многоплодной беременности, 1 беременность с угрозой прерывания, 2 беременности с токсикозом, а также случай сочетания токсикоза с травмой живота в последнем триместре беременности и внутриутробной инфекцией плода. Пять патологических беременностей закончились родами с различными отклонениями. Несколько чаще встречается патология родовой деятельности ($n = 21$; 11,8%). Сюда относятся: 7 случаев стремительных родов, при этом 2 пациента родились недоношенными, а 3 пациента получили в результате стремительной родовой деятельности кефалогематому, в одном случае, осложненную явлениями асфиксии. Всего же недоношенными родились 7 пациентов, все на акушерском сроке 8 месяцев.

Таблица 6 – Перинатальная и пренатальная патология в анамнезе

Пациенты	Число пациентов	
	Абс.	%
Патология беременности, из них:	6	3,4*
– многоплодная беременность	2	33,3**
– угроза прерывания	1	16,7**
– токсикоз	2	33,3**
– сочетанная патология	1	16,7**
Патология родов из них:	21	11,8*
– стремительные роды с осложнениями	7	33,3**
– недоношенность	5	23,8**
– оперативное родовспоможение	3	14,3**
– затяжные роды	2	9,5**
– эклампсия в родах	2	9,5**
– прочие патологии	3	14,3**
<i>Примечание:</i> * – расчет от общего числа пациентов; ** – расчет от числа патологически протекавших родов		

В 3 случаях родовспоможение матерям пациентов осуществлялось оперативно: путем наложения акушерских щипцов, с помощью вакуум-экстракции плода и с помощью экстренного кесарева сечения. Затяжные роды имели место в

2 случая. Еще в одном случае при рождении пациента из двойни произошла перинатальная гибель близнеца. Роды с явлениями эклампсии протекали у матерей 2 пациентов. Три пациента перенесли асфиксию в родах, при этом в одном случае также наблюдалось обвитие пуповины. У пациентов с осложненным перинатальным периодом был выявлен большой процент неврологической и «мягкой» психопатологической симптоматики в детстве.

В дошкольном периоде детства 14 пациентов перенесли тяжелые соматические заболевания. Это инфекции в младенческом возрасте: дифтерия (имела место в трех случаях), сепсис в период новорожденности, грипп с осложнениями в виде тугоухости, полиомиелит, сыпной тиф, скарлатина с осложнением в виде практически полной потери слуха и скарлатина с осложнениями на почки. Частые простудные заболевания с выраженными клиническими проявлениями наблюдались у трех пациентов. Неоднократные ангины и тонзиллиты в детстве отмечены в двух наблюдениях. Один из больных перенес рахит в раннем возрасте. Бронхиальной астмой страдал 1 пациент (Рисунок 6).

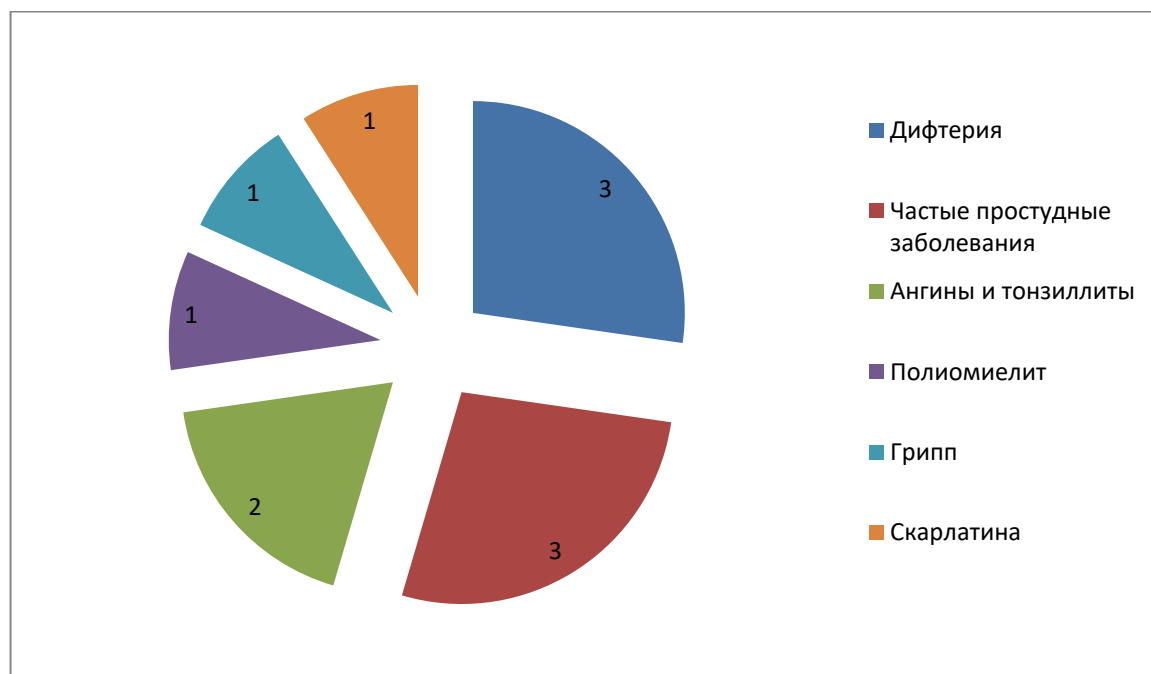


Рисунок 6 – Соматическое неблагополучие в раннем дошкольном периоде

В развитии психомоторных навыков у пациентов в 6 случаях отмечались явления раннего дизонтогенеза (в виде сочетания задержанного развития одних

функций и навыков с ускоренным развитием других), а в 10 случаях – отставания в психомоторном развитии. Один пациент имел черты общего инфантилизма.

Неврологическая патология в виде явлений перинатальной энцефалопатии имела место у 6 больных (Рисунок 7). Один из пациентов с детства имел диагноз вегетососудистая дистония (часто наблюдались головные боли, непереносимость духоты). Шесть респондентов страдали энурезом в дошкольном и младшем школьном возрасте, два – страдали логоневрозом с дошкольного возраста, один – энкопрезом в раннем возрасте. В одном случае в дошкольном возрасте отмечались эпизоды сногворения, снохождения. Один из пациентов наблюдался неврологом с раннего возраста, точный диагноз установить не удалось, по-видимому, в связи с родовой травмой. Эпилептиформные приступы имели место у двух обследуемых: в одном из них описаны фебрильные судороги, в другом – аффективно-респираторные приступы.

Тринадцать пациентов исследования обнаруживали в детстве те или иные психопатологические нарушения: в 12 случаях отмечались фобические расстройства, а в 2 наблюдениях – галлюцинации и идеи преследования.

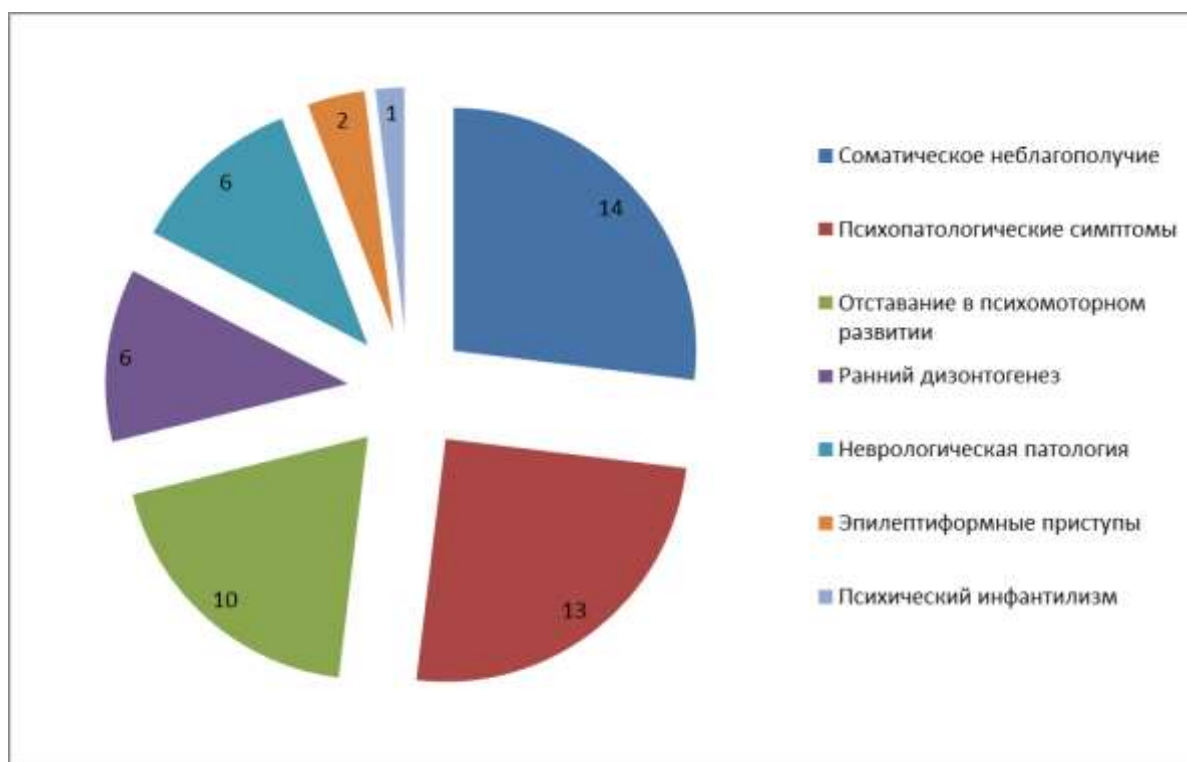


Рисунок 7 – Патология раннего развития

Таким образом, в выборке выявлен небольшой уровень пренатальной и перинатальной патологии, коррелирующий с отклонениями раннего онтогенеза.

Согласно имеющимся в медицинской документации анамнестическим данным до обращения за медицинской помощью более половины обследуемых (56,2%; $n = 100$) выявлялись характерологические изменения. Также у большинства пациентов ($n = 126$; 70,8%) удалось выявить продромальный период различной протяженности. Острое начало заболевания отмечалось у 37,7% больных; еще у 13,8% пациентов длительность продромального периода не превышала 12 месяцев (Таблица 7).

Таблица 7 – Длительность продромального периода у больных с впервые диагностированной шизофренией

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

Как видно из Таблицы 7, 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, согласно которым, 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 [Еремина Л. Е., 1984]. Таким образом, даже при рутинном сборе анамнеза в повседневной психи-

атрической практике выявляется достаточно длительный период, предшествующий манифестации заболевания, когда у пациентов отмечается «неспецифическая» психопатологическая симптоматика (аффективные и неврозоподобные расстройства, нарушения поведения, социальное снижение, транзиторные субпсихотические состояния и др.); а 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 Таблицы 6, срок от момента появления первых признаков болезни до обращения в ПНД мало отличался от длительности продромального периода.

Таблица 8 – Время между первыми проявлениями болезни и обращением пациентов в ПНД

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

Чаще всего пациенты впервые попадали в поле зрения врача-психиатра в состоянии психоза ($n = 67\%$; $37,64\%$), преимущественно галлюцинаторно-параноидной структуры, либо в состоянии лекарственной ремиссии ($n = 43$; $24,2\%$), как правило, после выписки из психиатрического стационара, куда пациенты были госпитализированы по неотложным показаниям. Также нередко поводом для первого обращения служили аффективные или неврозоподобные проявления ($n = 43$; $24,2\%$). В среднем, промежуток между первыми проявлениями психического отклонения и началом наблюдения в ПНД составляет $49,9 \pm 2,0$ месяцев

(4,15 лет). Наиболее быстро попадали в поле зрения психиатров пациенты с тяжелым течением болезни ($3,4 \pm 1,0$ лет, стандартное отклонение (СО) = 4,48 лет), как правило, в результате высокой прогрессивности 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 первого года после первого обращения в ПНД). Раньше всех госпитализировались после первого обращения пациенты с единичным эпизодом (среднее время составило $0,03 \pm 0,18$ мес.). В этих случаях заболевание начиналось остро, имела место типичная симптоматика, соответственно у врачей не возникало трудностей при определении характера заболевания.

По диагностическим категориям (в соответствии с МКБ 10) пациенты исследования распределились следующим образом (Таблица 9):

Таблица 9 – Частота встречаемости диагнозов в исследовании на 178 чел.

<i>Диагноз (МКБ 10)</i>	<i>Количество пациентов</i>	
	<i>Абс.</i>	<i>%</i>
Шизофрения	122	68,5
Шизофрения параноидная, эпизодическое течение (F 20.01)	91	51,1
Шизофрения параноидная, непрерывное течение (F20.00)	22	12,4
Шизофрения недифференцированная (F20.3)	2	1,1
Шизофрения остаточная (F20.5)	1	0,6
Шизофрения простая (F20.6)	4	2,2
Шизофрения ипохондрическая (F20.8)	2	1,1
Шизотипическое расстройство (F 21)	48	27,0
Хроническое бредовое расстройство (F 22)	2	1,1
Шизоаффективное расстройство (F 25)	6	3,4
Всего	178	100,0

1) наиболее часто пациентам была диагностирована шизофрения (68,5% случаев), как правило, параноидная форма, с преобладанием эпизодического течения;

2) шизотипическое расстройство является вторым по распространенности диагнозом, его частота составляет 27%;

3) шизоаффективные и бредовые расстройства встречаются нечасто, на их долю приходится 4,5%.

При рассмотрении диагнозов пациентов, продолжающих и прекративших наблюдение в ПНД (Таблица 10), выяснилось, что диагноз шизофрении был преобладающим в обеих группах, несколько чаще он встречался в группе пациентов, продолжающих посещать диспансер (различия статистически не значимы).

Таблица 10 – Распределение пациентов исследования по диагностическим категориям МКБ 10

Диагноз (МКБ 10)	Количество пациентов					
	Продолжают наблюдаться		Сняты с наблюдения		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Шизофрения	66	74,2	56	62,9	122	68,5
Шизофрения параноидная, эпизодическое течение (F20.01)	45	50,6	46	51,7	91	51,1
Шизофрения параноидная, непрерывное течение (F20.00)	14	15,7	8	9,0	22	12,4
Шизофрения недифференцированная (F20.3)	2	2,2	0	0	2	1,1
Шизофрения остаточная (F20.5)	1	1,1	0	0	1	0,6
Шизофрения простая (F20.6)	2	2,2	2	2,2	4	2,2
Шизофрения ипохондрическая (F20.8)	2	2,2	0	0	2	1,1
Шизотипическое расстройство (F 21)	20	22,5	28	31,5	48	27,0
Хроническое бредовое расстройство (F 22)	1	1,1	1	1,1	2	1,1
Шизоаффективное расстройство (F 25)	2	2,2	4	4,5	6	3,4
Всего	89	100,0	89	100,0	178	100,0

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. Ремиссия менее 1 года отмечалась у 22,50% пациентов; общее количество больных с длительностью ремиссионного состояния до 2 лет составляло 37,0% (Таблица 11). В то же время

у 44,4% продолжительность ремиссии была 5 и более лет, в том числе у 22,5% – свыше 20 лет.

Таблица 11 – Длительность первой ремиссии

Длительность ремиссии (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	–	–

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. (2019) 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 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. (1994), 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 [M. Zhang et al., 1994] до 70% (The Scottish Schizophrenia Research Group. The Scottish first episode schizophrenia study. VIII. Five-year follow-up: clinical and psychosocial findings, 1992) и даже 81,9% [D. Robinson et al., 1996] 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, можно 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 госпитализировались (5%)¹, либо госпитализация в течение всей жизни была единственной – 29% (Рисунок 8). Редкие поступления в стационар (2–5 раз) отмечались у 44,0% больных и лишь 9,0% поступали в больницу 11 и более раз. Среднее значение коэффициента частоты госпитализаций (рассчитывался как отношение числа госпитализаций по клиническим показаниям к длительности катамнестического периода в годах) составило 0,21; в группе пациентов, снятых с наблюдения, он был выше, чем в группе, продолжающих посещение ПНД (0,24 и 0,17 соответственно), что связано с более длительным периодом наблюдения.

Полученные данные чрезвычайно близки представленным в работе L. Chompi и Ch. Muller (1976): 80% обследованной когорты больных поступали в стационар на протяжении всего катамнестического наблюдения (30–50 лет) 1–3 раза и только 10% – 6 и более.

¹ При оценке данного показателя следует учитывать высокий (скорее всего, избыточный) уровень первой госпитализации.

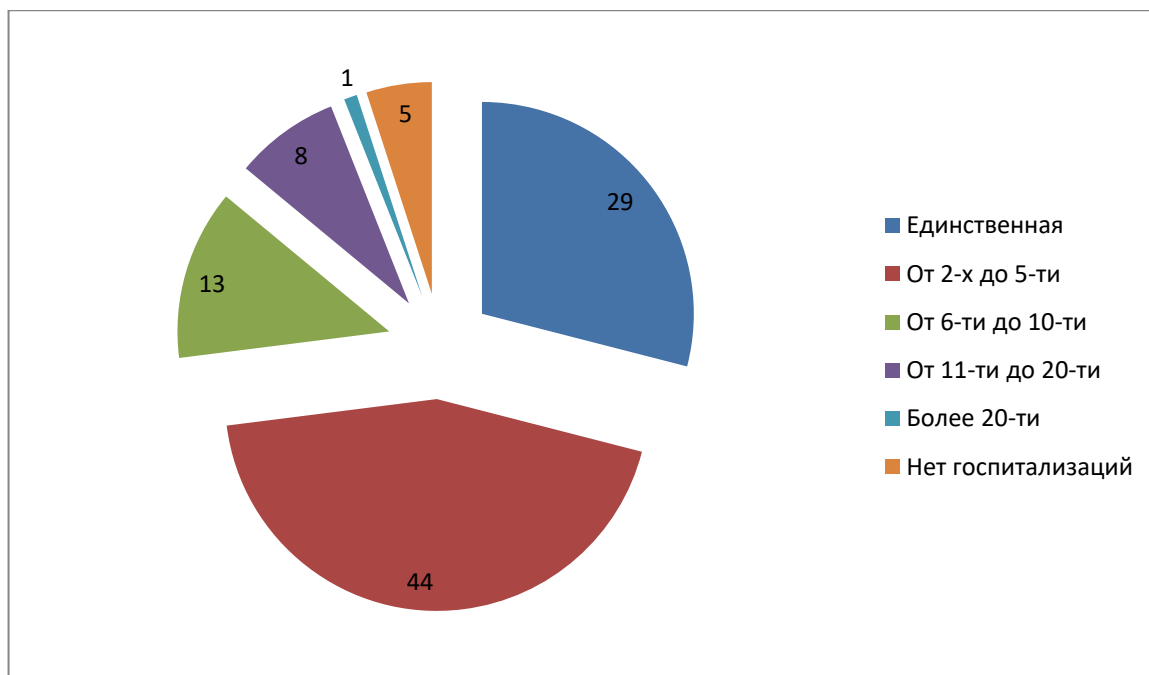


Рисунок 8 – Количество госпитализаций больных за период катамнеза

Согласно результатам А. С. Киселева и З. Г. Сочневой (1988), 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 [Храме-лашвили В. В., Либерман Ю. И., 1976], единственный приступ наблюдался у 29,7% пациентов, болевших свыше 15 лет, а 71,2% больных за этот период перенесли не более трех приступов. Из 178 человек, впервые обратившихся в ПНД в 1980–1985 гг., на декабрь 2010 г. продолжали наблюдаться 89 пациентов (50,0%). Среди снятых с наблюдения у 52 чел. (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 чел. (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 (Таблица 12), причем все эти пациенты продолжительное время находились в состоянии ремиссии (фактически дли-

тельность ремиссии у большинства из них (21 чел. или 23,6%) превышала 10 лет – Таблица 13) 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 чел. (24,8%).

Таблица 12 – Длительность отсутствия поддерживающей терапии у больных, продолжающих наблюдаться в ПНД

<i>Срок в течение, которого больные не получают лечение</i>	<i>Число больных</i>		
	<i>Абс.</i>	<i>%</i>	
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

Таблица 13 – Длительность ремиссии и количество приступов (обострений) заболевания у больных, состоящих под диспансерным наблюдением и не получающих фармакотерапию на его отдаленных этапах

<i>Показатель</i>	<i>Число больных (n = 25)</i>	
	<i>Абс.</i>	<i>%</i>
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

Данные результаты, несмотря на определенное несоответствие с принятыми в последние годы, особенно среди западных психиатров, представлениями о преимущественно неблагоприятном исходе шизофрении [Tandon R. et al., 2008], не являются неожиданными [Bland R. et al., 1976–1978, Stephens J. et al., 1966].

Среди исходов заболевания наиболее часто встречались эмоционально-волевые расстройства ($n = 94$; 52,8%) различной степени выраженности – от небольшого уплощения аффекта, выявляемого при направленном патопсихологическом обследовании, до эмоциональной выхолощенности и абулии. У части пациентов ($n = 39$; 21,9%) не было выявлено грубых изменений личности, что было подтверждено данными экспериментально-психологического обследования. Неблагоприятные исходы заболевания (а именно, конечные состояния, хронические бредовые и галлюцинаторные расстройства, выраженные эмоционально-волевые нарушения) были больше характерны для пациентов с изначально тяжелым течением процесса. Реже они встречались среди пациентов с заболеванием в активной стадии на момент обследования и совсем редко – у лиц, перенесших несколько приступов и находящихся в длительной ремиссии (по состоянию на момент осмотра).

Таким образом, с учетом лиц, снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или стойким улучшением, у 43,3% пациентов ($n = 77$), которым была диагностирована шизофрения, отмечается достаточно благоприятный исход заболевания, как минимум, не требующий обязательного осуществления регулярной психофармакотерапии на отдаленных этапах заболевания. Тяжелое течение и неблагоприятные исходы шизофрении и расстройств шизофренического спектра составили небольшую часть от всех рассмотренных случаев – 12,4% ($n = 22$). Часть больных ($n = 29$, 16,3%) перенесли единичный приступ заболевания в анамнезе с последовавшей за ним длительной ремиссией (период времени продолжительностью от 10 лет без продуктивной симптоматики психотического уровня).

Глава 4. ДИНАМИКА И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПОДГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Клинико-психопатологический анализ позволил осуществить оценку клинического и социального статуса обследованных больных. Для выявления закономерностей в течении и исходах заболевания после анализа клинико-анамнестических данных пациенты исследования были разделены на подгруппы. На этом этапе из исследования была исключена 1 пациентка, снятая с наблюдения в ПНД в связи с отсутствием сведений более двух лет. Итак, 177 пациентов были разделены на 5 подгрупп.

1. Единственный эпизод ($n = 31$; 17,5%; 19 женщин и 12 мужчин). В данную подгруппу вошли пациенты, перенесшие единственный за весь катamnестический период очерченный приступ заболевания, после которого возникла ремиссия (лекарственная или спонтанная). Основная часть пациентов данной подгруппы ($n = 28$; 15,8% всех обследованных больных) прекратила наблюдение ПНД, 2 продолжают наблюдаться в ПНД, однако сняты с диспансерного наблюдения и 1 пациентка по-прежнему находится на диспансерном наблюдении. Свыше трети пациентов имели отягощенную наследственность (34,5%, $n = 11$). Пренатальный и перинатальный периоды протекали без патологии. В раннем развитии у 4 (12,9%) пациентов был выявлен дизонтогенез в виде неравномерности развития психомоторных навыков; 4 чел. в раннем детстве перенесли тяжелые соматические заболевания, в том числе с хирургическими вмешательствами.

Уровень социального функционирования этих больных после перенесенного приступа заболевания либо не изменился, либо имело место лишь небольшое снижение. Почти половина получила высшее образование ($n = 15$, 48,4%), большинство состояли в браке ($n = 25$, 80,7%) и имели здоровых в психическом плане детей ($n = 18$, 58,1%). Противоправные поступки были отмечены лишь в 1 наблюдении.

Шестнадцать пациентов (51,6%) до начала заболевания имели специфические особенности характера, чаще шизоидного круга. Более чем в половине случаев отмечался очерченный продромальный период ($n = 18$, 58,1%), средняя про-

должительность которого составила 109,45 мес. (стандартное отклонение (СО) = 6,6 мес.). Наиболее часто в продроме встречалась аффективная симптоматика (38,9%). Средний возраст манифестации составил $35,7 \pm 1,2$ лет, средний возраст первого обращения – $40,39 \pm 1,2$ лет. Непосредственно перед первым приступом заболевания у 12 пациентов (38,7%) были выявлены психотравмирующие ситуации либо значимые изменения соматического состояния. Как правило, поводом для первого обращения являлась галлюцинаторно-параноидная симптоматика ($n = 20$; 66,7%); 7 пациентов (22,6%) впервые обратились в ПНД в состоянии ремиссии после выписки из психиатрической больницы. Так как речь идет только об одном эпизоде заболевания, пациенты в большинстве случаев имели единственную госпитализацию, за исключением двух наблюдений:

1) пациент с длительным приступом, на протяжении которого он 6 раз госпитализировался в психиатрический стационар

2) случай с затяжным приступом галлюцинаторно-параноидной структуры, когда повторная госпитализация последовала через 1,5 месяца после выписки и принудительного стационарного лечения в связи с правонарушением.

Ни у кого из пациентов на момент обследования не было инвалидности по психическому заболеванию. Максимальная продолжительность ремиссии по ка-тамнестическим данным составила около 33 лет. В 19,3% случаев ($n = 6$) отмечались злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) и алкоголем. Таким образом, в клиническом плане эта подгруппа обнаруживает благоприятные характеристики, больные в основном не нуждаются в диспансерном наблюдении, приеме поддерживающей психофармакотерапии и не имеют выраженных проблем социального функционирования.

2. Пациенты с несколькими приступами в анамнезе и длительной (не менее двух лет) ремиссией ($n = 48$; 27,1%; женщин – 27 чел., мужчин – 21 чел.). У пациентов этой подгруппы в части случаев отмечалось наличие резидуальной психопатологической симптоматики, однако имело место адекватное поведение и удовлетворительный уровень социального функционирования. Количество продолжающихся и прекративших наблюдение у психиатра пациентов примерно оди-

наковое (26 и 22 чел. соответственно). Максимальное число приступов составило 11, последняя ремиссия в этом случае длилась 6 лет на момент обследования. А самая длительная на момент осмотра ремиссия составила 348 месяцев (в данном случае заболевание было представлено 2 приступами шизоаффективной структуры, в дальнейшем отмечались личностные изменения без выраженного эмоционально-волевого снижения).

Наследственная отягощенность имела место у 19 больных (39,6%). Период раннего онтогенеза у пациентов протекал благоприятно – патология беременности и родов у матерей встречалась менее, чем в 7% наблюдений, только у 16,67% пациентов наблюдалась неврологическая симптоматика в дошкольном и младшем школьном возрасте, 12,5% перенесли инфекционные заболевания, протекавшие тяжело (дифтерия, грипп, сепсис), у 14,6% пациентов в анамнезе были черепно-мозговые травмы. В основном обследуемые имели среднее образование ($n = 35$, 72,9%), в браке когда-либо было большинство пациентов ($n = 34$, 70,8%), при этом в 20% случаев у супругов пациентов также имелось психическое заболевание. 58,3% имели детей. Уровень инвалидизации составил 39,6%. В доманифестном периоде в 22 случаях (45,8%) обнаруживались ярко выраженные личностные особенности чаще в виде аутизации, упрямства, склонности к конфликтам. У половины пациентов описан продромальный период, представленный полиморфными психопатологическими проявлениями, выявить четкое преобладание какой-либо определенной симптоматики не удалось. Средняя продолжительность продромального периода составила $63,8 \pm 7,8$ мес. Средний возраст на момент начала заболевания в данной подгруппе – $31,8 \pm 1,1$ лет, первого обращения в ПНД – $34,0 \pm 1,1$ лет. Восемь чел. (16,7%) впервые попали под наблюдение ПНД после выписки из больницы. У 37,5% пациентов первому приступу предшествовали психоэмоциональные перегрузки, а у 25% отмечены резкие изменения соматического статуса, у женщин, как правило, связанные с репродуктивной системой (беременность, роды, климактерический период). В среднем за катамнестический период пациенты госпитализировались $3,9 \pm 0,4$ раза. Один пациент ни разу не лечился в психиатрической больнице, так как обострения галлюцинаторной симп-

томатики купировались в условиях дневного стационара. Семнадцать чел. (35,4%) злоупотребляли алкоголем либо ПАВ, девять (18,7%) – когда-либо высказывали суицидальные мысли. Из пациентов, продолжающих наблюдаться в ПНД, менее половины ($n = 12$) принимали поддерживающую терапию, все они находились на диспансерном наблюдении. В психическом статусе этих пациентов на момент осмотра преобладали различной выраженности негативные проявления: от выраженной дефицитарной симптоматики (7 чел.) до едва заметных изменений мышления и эмоционально-волевой сферы, определяющихся при экспериментально-психологическом исследовании. В одном из наблюдений у пациентки преобладали стеничные черты характера, на работе она пользовалась авторитетом, в течение катамнестического периода получила повышение. Ремиссия длилась 18 лет, лекарственная терапия была направлена на коррекцию нарушений сна и нестабильность в аффективной сфере.

Таким образом, в данной подгруппе представлены довольно разнообразные по социально-демографическим и клиническим характеристикам случаи; объединяет их стабильное психическое состояние пациентов на протяжении длительного периода времени, которому предшествовал этап активного течения заболевания.

3. Пациенты с затухающей активностью процесса ($n = 51$, 28,8%; мужчины – 32 чел., женщины – 19 чел.). В этой группе заболевание со временем приняло регрессиентное течение; был характерен переход имеющихся психопатологических расстройств на аффективный и неврозоподобный уровень, а также преобладание в статусе дефицитарной симптоматики. Двадцати восьми пациентам (54,9%) данной подгруппы диспансерное наблюдение было прекращено в связи с улучшением психического состояния.

Чаще всего пациенты данной подгруппы имели среднее образование, большинство состояли когда-либо в браке (64,7%, $n = 33$), у 39,2% пациентов имелись дети. В 33,33% случаев прослеживалась наследственная отягощенность ($n = 17$). На протяжении онтогенеза увеличивается доля патологических состояний и отклонений в развитии: так, в пренатальном периоде уровень патологии составил менее 6%, в перинатальном уже 17,6%, а в раннем детстве – 47,1%. Черепно-мозговые травмы

перенесли 29,4% пациентов ($n = 15$). Более половины пациентов (66,7%, $n = 34$) имели особенности преморбида в виде специфических характерологических особенностей – замкнутости, пассивности, подозрительности, мнительности. Очерченный продромальный период выделен в 43,1% случаев ($n = 22$), его средняя продолжительность составила $51,4 \pm 7,9$ мес. Средний возраст на момент начала заболевания в данной подгруппе – $24,5 \pm 1,1$ лет, первого обращения в ПНД – $31,4 \pm 1,1$ лет. Среднее количество госпитализаций за катамнестический период составило $2,8 \pm 0,4$; число инвалидов по психическому заболеванию – 14 чел. (27,4%). У 33,3% пациентов ($n = 17$) обнаруживалась разного рода наркологическая отягощенность. Суицидальные тенденции были редки ($n = 4$; 7,8%). На момент обследования все пациенты находились в ремиссии, продолжал наблюдение в ПНД 21 чел., из них только 9 принимали поддерживающую терапию. В структуре ремиссий отмечались умеренно выраженные негативные изменения личности и снижение социального функционирования. У 5 пациентов сохранялся доболезненный уровень социального функционирования. У 1 больного отмечалась выраженная дефицитарная симптоматика на фоне регрессиентной динамики на уровень психопатоподобного поведения при отсутствии расстройств психотического уровня.

4. Пациенты с умеренной прогрессиентностью процесса, редкими и непродолжительными госпитализациями ($n = 31$; 17,5%; 18 женщин и 13 мужчин). В данной подгруппе развивающиеся обострения заболевания, как правило, купируются большей частью амбулаторно, либо в условиях дневного стационара. Госпитализации были редки (не более 1-2 раз за 5 лет) и непродолжительны. Среднее количество госпитализаций за весь период катамнестического наблюдения в данной подгруппе составило $4,6 \pm 0,3$. Большинство пациентов данной подгруппы ($n = 27$, 87,1%) на момент исследования продолжали диспансерное наблюдение. Только 4 больных не принимали поддерживающую терапию (в 2 наблюдениях по бредовым мотивам). В 3 случаях наблюдение было прекращено в связи со смертью и в 1 случае в связи с отсутствием сведений.

Неблагополучная наследственность выявилась в 35,48% ($n = 11$). Преморбид был отягощен у 64,5% обследуемых ($n = 20$), при этом отчетливого преобла-

дания специфических шизоидных черт у большинства пациентов не выявлено. Практически с одинаковой частотой встречались гипертимные, стеничные, ананкастные акцентуации. Отчетливый продромальный период выявлен у 19 пациентов (61,3%), его средняя продолжительность составляла $60,5 \pm 6,9$ мес., преобладали аффективные и неврозоподобные симптомы. Средний возраст на момент начала заболевания в данной подгруппе – $29,7 \pm 9,6$ лет, первого обращения в ПНД – $33,3 \pm 9,8$ лет. Одинаковое количество пациентов этой подгруппы ($n = 8$) впервые попали в поле зрения диспансера в связи с острым галлюцинаторно-параноидным приступом и в состоянии ремиссии после выписки из психиатрической больницы. Манифестации заболевания довольно часто предшествовали психоэмоциональные перегрузки или изменения физического статуса ($n = 19$; 61,3%).

В данной группе нестабильное психическое состояние, как правило, влекло за собой неустойчивую социальную адаптацию: 48,4% ($n = 15$) пациентов имели длительные перерывы в работе или учёбе, снижали свой профессиональный уровень, часто меняли места работы, 19 человек (61,3%) на момент обследования являлись инвалидами по психическому заболеванию. 29,0% пациентов ($n = 9$) злоупотребляли алкоголем. Большинство пациентов (77,4%) имели опыт брачных отношений. Немногим более половины ($n = 17$; 54,8%) имели детей.

Среди продолжающих наблюдение у психиатра 26 человек на момент обследования были в состоянии ремиссии, у значительной части в ее структуре преобладали гипобулия, аутизация, уплощение аффекта, снижение социального функционирования. Часто встречался параноидный тип ремиссии с резидуальной продуктивной симптоматикой, однако мало влияющей на поведение.

5. Пациенты с частыми и длительными госпитализациями ($n = 16$; 9,0%; 9 мужчин и 7 женщин). Под частыми госпитализациями понимались стационарирования от 1 до 4-5 и более раз в год (по состоянию на момент обследования пациентов), суммарная длительность пребывания в психиатрической больнице в этих случаях составляла не менее 12 месяцев на протяжении 5 лет. В целом среднее количество госпитализаций на момент обследования в данной подгруппе – $14,1 \pm 0,5$. Пять человек из данной подгруппы прекратили наблюдение в связи со

смертью или переездом в психоневрологический интернат, остальные продолжали находиться на диспансерном наблюдении.

Отягощенная наследственность регистрировалась у 5 пациентов (31,2%). Ранний период развития протекал у большей части благоприятно, лишь у 3 больных (18,7%) имели место осложнения беременности и родов, у 5 (31,2%) в дошкольном возрасте отмечались отставание в развитии, фобические расстройства, астено-невротическая симптоматика.

Отчетливый продромальный период выявлялся в половине случаев, его средняя продолжительность составляла $73,5 \pm 8,3$ мес. Средний возраст на момент начала заболевания в данной подгруппе – $24,4 \pm 1,2$ лет, возраст первого обращения в ПНД – $27,9 \pm 1,2$ лет. Половина пациентов впервые обратилась в ПНД в остром состоянии галлюцинаторно-параноидного либо аффективно-бредового характера и были госпитализированы. Небольшая часть ($n = 2$; 12,5%) на первый прием в диспансере пришли после выписки из психиатрической больницы.

Злоупотребление ПАВ и суицидальные тенденции были нередки в этой подгруппе ($n = 6$; 37,5% и $n = 9$; 56,2% соответственно). Часто наблюдались проблемы комплаентности. Необходимость повторных госпитализаций определяется во многих наблюдениях ($n = 8$) тяжелым течением процесса, нередко в сочетании с терапевтической резистентностью, сопутствующей органической патологией ЦНС. Часто повторные госпитализации провоцировались отсутствием контроля за приемом поддерживающей терапии в нестабильном периоде. Все пациенты, кроме одного являлись инвалидами по психическому заболеванию. Основная часть обследуемых состояли в браке ($n = 10$, 62,5%), у половины были дети ($n = 8$).

Таким образом, в данной подгруппе представлена немногочисленная, но наиболее тяжелая часть пациентов, для которых характерна не только стойкая и достаточно резистентная к терапии продуктивная психопатологическая симптоматика, но и выраженные негативные расстройства, а также существенное ухудшение социального статуса, что требует интенсивного терапевтического и психосоциального воздействия.

Данные исследования были проверены на нормальность распределения с использованием одновыборочного критерия Колмогорова – Смирнова. Поскольку распределение отличалось от нормального, для основной обработки использовались непараметрические методы. Методом статистического сравнения по количественным показателям был выбран критерий Краскала – Уоллеса.

В дальнейшем группы сравнивались попарно, использовался непараметрический метод сравнения независимых групп – критерий Манна – Уитни. По результатам статистического сравнения выборок выявлены достоверные различия ($U = 1,9; p < 0,05$):

1) между группами «Единый эпизод» и «Несколько приступов в анамнезе и длительная ремиссия» по параметру «Возраст 1-го психоза»;

2) между группами «Единый эпизод» и «Частые и длительные госпитализации» по параметрам «Возраст 1-го обращения», «Возраст 1-го психоза», «Продолжительность 1-го психоза до лечения»;

3) между группами «Единый эпизод» и «Затухающая активность процесса» по параметрам «Возраст начала заболевания», «Время между началом заболевания и 1-м обращением в ПНД»;

4) между группами «Единый эпизод» и «Умеренная активность процесса» по параметру «Продолжительность 1-го психоза до лечения»;

5) между группами «Затухающая активность процесса» и «Умеренная активность процесса» по параметрам «Средний балл аттестата», «Возраст начала заболевания»;

6) между группами «Затухающая активность процесса» и «Частые и длительные госпитализации» по параметрам, «Возраст между началом заболевания и 1-м обращением в ПНД»;

7) между группами «Затухающая активность процесса» и «Несколько приступов в анамнезе и длительная ремиссия» по параметрам «Возраст начала заболевания», «Возраст между началом заболевания и 1-м обращением в ПНД».

В цифровом выражении статистически результаты сравнения групп представлены в Таблице 14.

Таблица 14 – Статистически значимые отличия между группами пациентов по количественным признакам

Группы пациентов	Еди- ничный эпизод	Пациенты с не- сколькими присту- пами в анамнезе и длительной (не ме- нее 2 лет) ремисси- ей на момент об- следования	Пациен- ты с за- тухаю- щей ак- тивно- стью процесса	Пациенты с умеренной про- гредиентностью процесса, с неча- стыми и недли- тельными гос- питализациями	Пациенты с частыми и длитель- ными гос- питализа- циями
Средний возраст начала заболевания, гг.	35,67	31,96	23,98	29,68	26,75
Время между началом заболевания и 1-м обра- щением в ПНД, мес.	47,64	33,37	76,96	43,58	32,81
Средний возраст 1-го об- ращения, гг.	40,39	34,1	31,24	33,32	29,41
Средний возраст 1-го психоза, гг.	42,81	34,85	36,06	36,05	30,6
Продолжительность 1-го психоза до лечения, мес.	6,56	5,27	7,18	5,95	2,31
<i>Примечания:</i> красным цветом выделены показатели, различия между которыми имеют статисти- ческую значимость					

Как видно из Таблицы 14, наибольший средний возраст манифестации, 1-го обращения и 1-го психотического эпизода отмечался в группе пациентов с единственным приступом заболевания. До манифестации болезни многие пациенты успевали получить образование, определиться с трудовой деятельностью, создать семьи, что благоприятно сказывалось на дальнейшем социальном статусе. Раньше других заболевание дебютировало в группе пациентов с затухающей активностью процесса, здесь же выявлен и самый большой промежуток между началом заболевания и обращением за помощью, а также продолжительность 1-го психоза до лечения. И наоборот, в группе пациентов с частыми и длительными госпитализациями концентрируются случаи достаточно раннего начала заболевания с выраженной тяжелой психопатологической симптоматикой, негативно влияющей на положение в социуме, дебют протекает остро, и пациенты довольно быстро вынуждены воспользоваться психиатрической помощью (среднее время между началом заболевания и обращением в ПНД не превышает трех лет, средняя продолжительность 1-го психоза до лечения меньше 2,5 мес.).

Наличие или отсутствие различий между пятью группами по качественным признакам определялось по критерию Хи-квадрат Пирсона. Показатели, по которым отмечались статистически значимые различия ($p < 0,05$) между выделенными подгруппами, представлены ниже (использовался точный критерий Фишера):

1) между группами «Единый эпизод» и «Затухающая активность процесса» по параметрам «Отклонения в раннем развитии неврологического характера», «черепно-мозговые травмы», «Высшее образование», «Среднее образование», «Параноидная симптоматика при первом обращении», «Аффективная симптоматика при первом обращении»;

2) между группами «Единый эпизод» и «Несколько приступов в анамнезе и длительная ремиссия» по параметрам «Высшее образование», «Среднее образование», «Аффективная симптоматика при первом обращении»;

3) между группами «Единый эпизод» и «Умеренная активность процесса» по параметрам «Параноидная симптоматика при первом обращении», «Аффективная симптоматика при первом обращении»;

4) между группами «Единый эпизод» и «Частые и длительные госпитализации» по параметрам «Аффективная симптоматика при первом обращении», «Злоупотребление алкоголем и (или) ПАВ»;

5) между группами «Затухающая активность процесса» и «Несколько приступов в анамнезе и длительная ремиссия» по параметрам «Отклонения в раннем развитии неврологического характера», «Особенности характера в преморбиде», «Параноидная симптоматика при первом обращении»;

6) между группами «Затухающая активность процесса» и «Умеренная активность процесса» по параметру «Отклонения в раннем развитии неврологического характера»;

7) между группами «Несколько приступов в анамнезе и длительная ремиссия» и «Умеренная активность процесса» по параметрам «Параноидная симптоматика 1-го обращения», «Неврозоподобная симптоматика 1-го обращения».

Наглядно различия между группами по качественным признакам представлены на Рисунках 7, 8, 9 и в Таблице 15.

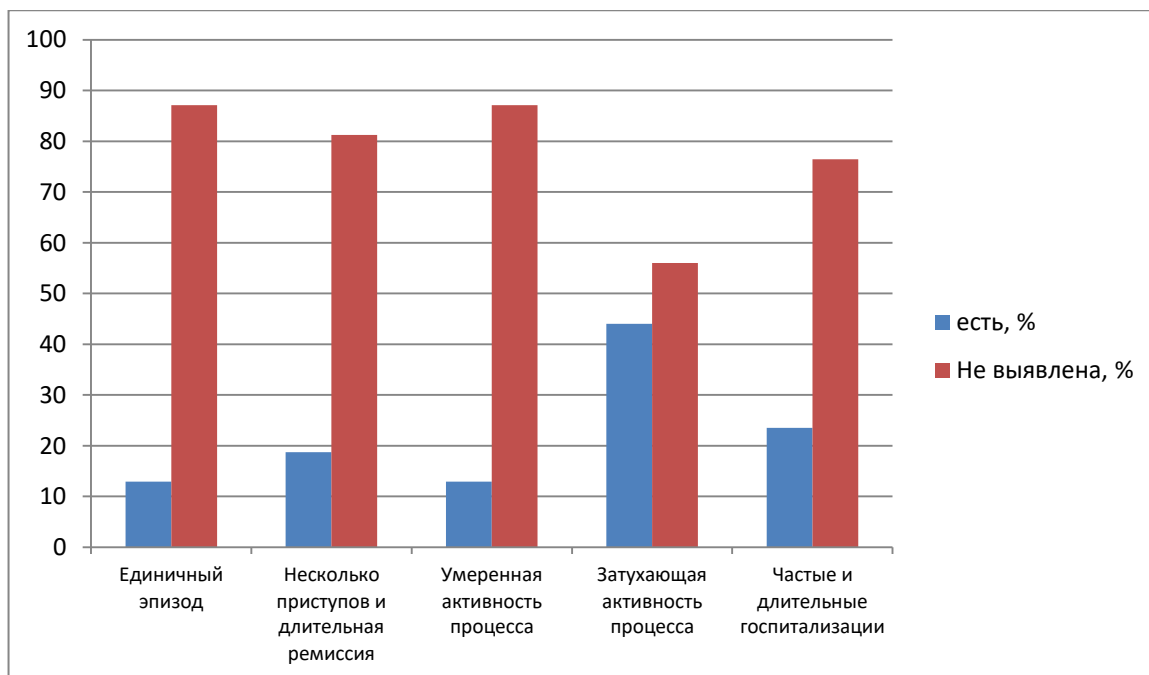


Рисунок 9 – Неврологическая патология в раннем развитии

Таблица 15 – Статистически значимые отличия между группами пациентов по качественным признакам

Группы пациентов	Единичный эпизод	Пациенты с несколькими приступами в анамнезе и длительной (не менее 2 лет) ремиссией на момент обследования	Пациенты с затухающей активностью процесса	Пациенты с умеренной прогрессивностью процесса, редкими и непродолжительными госпитализациями	Пациенты с частыми и длительными госпитализациями
Особенности характера в преморбиде	51,61	43,75	66	64,52	64,71
Черепно-мозговые травмы, %	9,68	14,58	30	19,35	17,65
Злоупотребление алкоголем и (или) ПАВ, %	19,35	35,42	34	29,03	52,95

Как видно из диаграммы (Рисунок 9), наиболее часто неврологические отклонения в раннем развитии встречались в группе пациентов с умеренной активностью процесса и пациентов с единичным эпизодом заболевания. С частотой неврологических отклонений в раннем постнатальном периоде ожидаемо коррелирует патология пре- и перинатального периода ($rs = 0,24$; $p = 0,002$), таким образом, в группе пациентов с умеренной активностью процесса достаточно выражен органический компонент. Неврологические нарушения среди пациентов с

единичным эпизодом имеют определенную специфику – большинство отклонений представлены проявлениями раннего постнатального дизонтогенеза.

Наиболее высокий образовательный уровень отмечался среди пациентов, перенесших единичный психотический эпизод – более половины из них окончили вузы (Рисунок 10). При этом следует отметить, что даже в группе больных с затухающей активностью процесса, у которых относительное число больных с высшим образованием было наименьшим среди всех обследованных пациентов, данный показатель превышал 20%.

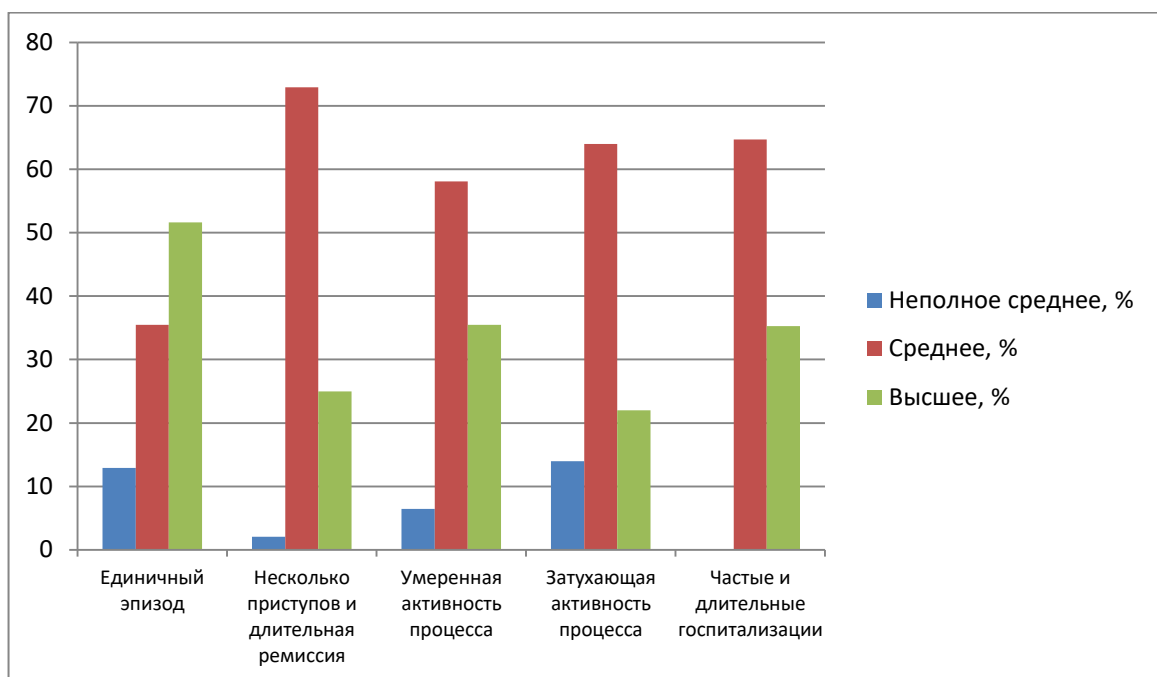


Рисунок 10 – Уровень образования пациентов

Наибольший удельный вес аффективной симптоматики в дебюте заболевания выявлен в группах пациентов с единичным эпизодом и умеренной активностью процесса; реже всего аффективные расстройства встречались в группе с частыми и длительными госпитализациями (хотя и здесь процент был относительно высок – 20%). Параноидная симптоматика уже в дебюте заболевания наиболее часто наблюдалась у больных с единственным эпизодом в анамнезе и у больных с несколькими психотическими приступами и последовавшей за ними длительной ремиссией; реже всего – у пациентов с затухающей активностью процесса.

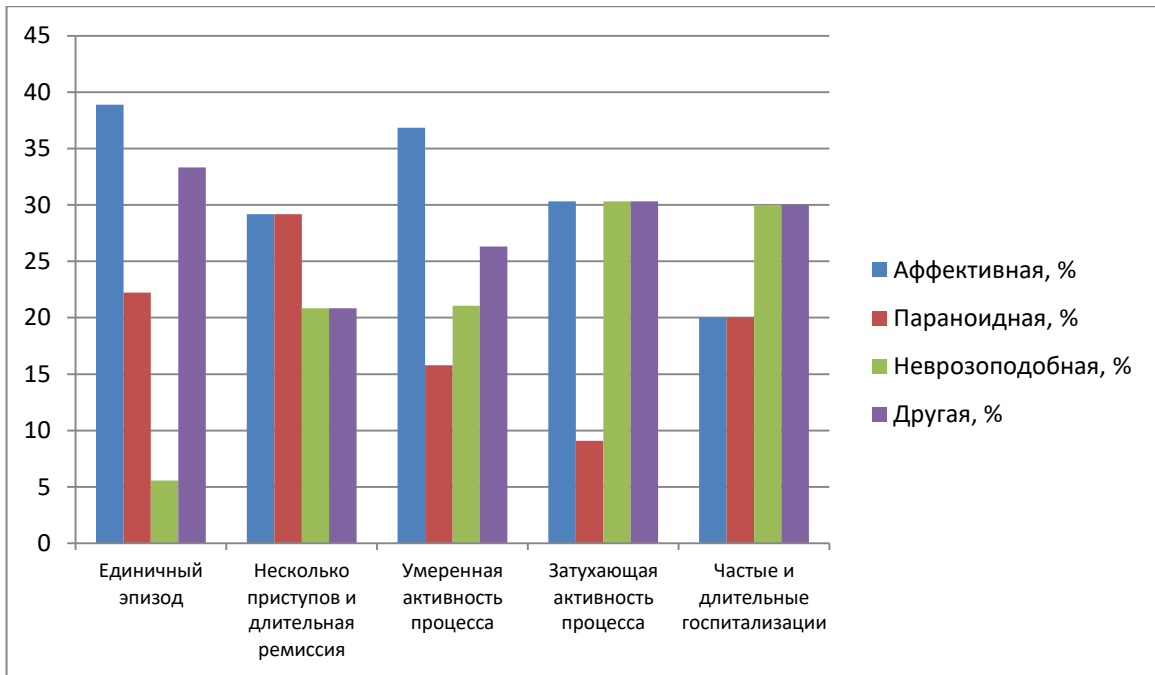


Рисунок 11 – Симптоматика первого обращения

Наиболее благополучной в плане сопутствующей органической патологии и наркологической отягощенности является группа пациентов с единичным эпизодом заболевания (Таблица 15). Больше половины пациентов с частыми и длительными госпитализациями злоупотребляли алкоголем либо ПАВ. Выявлена слабая корреляционная связь злоупотребления алкоголем и (или) ПАВ с количеством госпитализаций ($r_s = 0,22$; $p < 0,05$).

* * * * *

Таким образом, психиатрическая помощь пациентам с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра должна различаться в зависимости от выявленных особенностей траектории течения заболевания. Необходим дифференцированный подход к установлению групп диспансерного наблюдения с учетом активности процесса, стойкости и длительности ремиссий. Особенности течения заболевания у выделенных категорий пациентов могут рассматриваться как объективные критерии, позволяющие определять интенсивность диспансерного наблюдения (Приказ МЗ РФ от 31.12.2002 № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений»). Так, для пациентов с частыми и длительными госпитализациями необходима наиболее интенсивная форма наблюдения – Д-1 (Таблица 16).

Таблица 16 – Рекомендации по установлению группы диспансерного наблюдения у больных шизофренией и расстройствами спектра в зависимости от особенностей течения заболевания

<i>Категории пациентов</i>	<i>Группы диспансерного наблюдения</i>				
	Д-1	Д-2	Д-3	Д-4	Д-5
Частые и длительные госпитализации	+				
Редкие и непродолжительные госпитализации	+ (временно)	+		+	
Затухающая активность процесса		+	+	+	+
Несколько приступов в анамнезе и длительная ремиссия			+	+	+
Единственный приступ заболевания	+	+	+		+

Пациенты с редкими и непродолжительными госпитализациями нуждаются в наблюдении в группе Д-2; в период обострений заболевания (особенно сопровождающихся госпитализациями) их можно переводить в группу Д-1 с последующим возвратом (при стабилизации состояния) в группу Д-2. Больные с затухающей активностью процесса должны относиться к группе Д-3 и отчасти (на начальных этапах регрессиентности) – к Д-2 или к Д-5 (многолетние стабилизированные состояния). Пациенты с несколькими приступами в анамнезе и длительной ремиссией должны наблюдаться в группе Д-3 и в дальнейшем (при многолетнем стабильном состоянии) – в группе Д-5. При преобладании в статусе пациентов эмоционально-волевых нарушений, определяющих их социальную дезадаптацию, перечисленные выше категории пациентов целесообразно наблюдать в группе Д-4. Пациенты с единственным приступом заболевания при необходимости установления диспансерного наблюдения в зависимости от тяжести состояния должны наблюдаться в группе Д-1 или Д-2, в последующем переходя в группу Д-5 и далее – обращаясь в ПНД по мере необходимости вне диспансерного наблюдения (как и все пациенты из группы Д-5, состояние которых соответствует критериям выздоровления или значительного и стойкого улучшения состояния с устойчивой социальной адаптацией).

В целом анализ клинико-анамнестических данных продемонстрировал неоднородность амбулаторного контингента пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в плане динамики процесса и долгосрочных

исходов. Выделение среди общей массы пациентов групп с учетом особенностей преморбида и продромального периода, течения психопатологического процесса, социального статуса, позволяет разрабатывать подходы к индивидуализации амбулаторной психиатрической помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всего за изучаемый период в ПНД № 14 (далее – ПНД) впервые обратилось 189 человек, которым впоследствии был выставлен диагноз шизофрении или расстройств шизофренического спектра, то есть 17,51 на 100 тысяч населения. Этот показатель близок к полученному при мета-анализе, включавшем все опубликованные в течение 1965–2001 гг. англоязычные эпидемиологические исследования: 15,2 на 100 тыс. населения [McGrath J. et al., 2004], что указывает на репрезентативность выборки.

В 19 случаях пациенты выпадали из поля зрения ПНД в связи с неявкой ($n = 9$), отсутствием сведений более 5 лет ($n = 6$), сменой места жительства ($n = 4$). Четыре пациента сняты с наблюдения в связи с оформлением недееспособности и переездом в психоневрологический интернат. До момента прекращения наблюдения в ПНД катамнез данных пациентов был достоверно отслежен по медицинской документации и учтен в анализе результатов.

В настоящем исследовании не рассматривались пациенты, чьи карты были утеряны из архива ($n = 11$), но достоверно известно, что эти пациенты впервые обратились в ПНД в указанный промежуток времени, имели диагноз шизофрении и расстройств шизофренического спектра, а затем были сняты с наблюдения в связи со смертью. Таким образом, имеются 178 амбулаторных карт, которые изучены в данной работе.

Среди 178 пациентов, вошедших в данное исследование, обнаруживается практически равномерное распределение по полу – на 91 женщину приходится 87 мужчин (51,12% и 48,88 % соответственно). Средний возраст пациентов исследования на момент первого обращения в ПНД составлял $33,7 \pm 0,18$ лет. Преобладающая часть пациентов исследования обращались в ПНД в молодом возрасте: почти половина (47,8%) – до 30 лет. Возраст 30,3% пациентов на момент первого контакта с психиатром ПНД был в пределах 30–45 лет, а 20,9% пациентов впервые обратились в ПНД в возрасте 45 лет и старше. Эти результаты согласуются с полученными в эпидемиологическом исследовании А. С. Киселева и З. Г. Сочневой (1988).

Таким образом, значительная часть лиц, впервые обратившихся в ПНД относится к возрастной группе старше 45 лет, что требует учета при создании программ для пациентов с впервые возникшими психотическими состояниями, критерии включения в которые не должны иметь ограничения для больных старших возрастных групп, как это иногда встречается в зарубежных исследованиях [Bertelsen M. et al., 2008].

В исследованном контингенте пациентов преобладали люди с полным средним образованием ($n = 102, 57,30\%$). Только 15 пациентам не удалось получить полное среднее образование ($8,43\%$) и 1 человек окончил лишь 4 класса вспомогательной школы. Высшее образование было у 55 обследуемых ($30,90\%$), у 4 из них – ученая степень, а у одного пациента 2 высших образования. Неполное высшее образование имеется у 7 пациентов. Таким образом, образовательная планка в изучаемой выборке достаточно высока, особенно среди лиц, перенесших единичный приступ заболевания.

Практически все обследуемые когда-либо работали ($n = 172, 96,63\%$). В соответствии с полученным образованием и квалификацией работали 103 пациента ($59,88\%$ от всех, когда-либо работавших). У 45 пациентов ($26,16\%$) имело место профессиональное снижение. В 22 случаях ($12,74\%$), напротив, выявлен карьерный рост. В двух случаях в течение жизни отмечались колебания как в сторону карьерного роста, так и снижения.

Инвалидность по психическому заболеванию имели 88 человек ($49,44\%$ от всех обследованных больных или $73,68\%$ продолжающих наблюдаться в ПНД): первая группа была установлена 3 пациентам, вторая – 68 больным; третья – 11 пациентам. В 6 случаях пациентам ранее установленная группа инвалидности по психическому заболеванию была в последующем снята.

Значительная часть пациентов (128 чел., $71,91\%$) когда-либо в жизни состояли в браке. Из них 26 человек вступали в неоднократные брачные отношения, 6 пациентов имели опыт только незарегистрированных отношений. Дети имелись у 91 пациента ($51,12\%$). Не создали собственной семьи 50 пациентов, но из них дей-

ствительно одиноки (то есть не имели близких родственников или не поддерживали с ними отношений) были лишь 11 чел.

При изучении анамнеза пациентов обнаружено, что уровень патологии беременности у их матерей составлял 3,37% (6 чел.). Несколько чаще встречалась патология родовой деятельности ($n = 21$, 11,8%). У пациентов с осложненным перинатальным периодом был выявлен больший процент неврологической и «мягкой» психопатологической симптоматики в детстве.

В развитии психомоторных навыков у пациентов в 6 случаях отмечались явления раннего дизонтогенеза (в виде сочетания задержанного развития одних функций и навыков с ускоренным развитием других), а в 10 случаях – отставания в психомоторном развитии.

Неврологическая патология в виде явлений перинатальной энцефалопатии имела место у 6 больных. Шесть респондентов страдали энурезом в дошкольном и младшем школьном возрасте, два – логоневрозом, один – энкопрезом в раннем возрасте. В одном случае в дошкольном возрасте отмечались эпизоды сногворения, снохождения. Эпилептиформные приступы имели место у двух обследуемых: в одном из них описаны фебрильные судороги, в другом – аффективно-респираторные приступы.

13 пациентов исследования обнаруживали в детстве те или иные психопатологические нарушения: в 12 случаях отмечались фобические расстройства, а в 2 наблюдениях – галлюцинации и идеи преследования.

До обращения за медицинской помощью более половины обследуемых (56,17%,; $n = 100$) выявлялись характерологические изменения. Острое начало заболевания отмечалось у 37,7% больных; у большинства пациентов ($n = 126$; 70,79%) отмечался продромальный период. Почти у половины больных продромальный период был более 1 года, причем у свыше четверти пациентов он превышал 5 лет. При этом следует отметить, что лишь очень небольшая часть пациентов обращалась за помощью к психиатру до момента манифестации заболевания.

Чаще всего пациенты впервые попадали в поле зрения врача-психиатра в состоянии психоза ($n = 67$; 37,64%), преимущественно галлюцинаторно-

параноидной структуры, либо в состоянии лекарственной ремиссии ($n = 43$; 24,16%), как правило, после выписки из психиатрического стационара, куда пациенты были госпитализированы по неотложным показаниям. Также нередко поводом для первого обращения служили аффективные или невротоподобные проявления ($n = 43$; 24,16%). В среднем, промежуток между первыми проявлениями психического отклонения и началом наблюдения в ПНД составляет $49,88 \pm 1,96$ месяцев (4,15 лет). Раньше других попадали в поле зрения психиатров пациенты с тяжелым течением болезни ($3,44 \pm 0,98$ лет, стандартное отклонение (СО) = 4,48 лет), как правило, в результате высокой прогрессивности заболевания. Почти $\frac{3}{4}$ больных при обращении к психиатру были госпитализированы и лишь 26,1% получали помощь во внебольничных условиях (из них 10,80% все-таки были госпитализированы в течение первого года после первого обращения в ПНД). Раньше других госпитализировались после первого обращения пациенты с единичным эпизодом (среднее время составляло $0,03 \pm 0,18$ мес.). В этих случаях заболевание начиналось остро, имела место типичная симптоматика, соответственно у врачей не возникало трудностей при определении характера заболевания.

По диагностическим категориям (в соответствии с МКБ 10) пациенты исследования распределились следующим образом:

- 1) наиболее часто пациентам была диагностирована шизофрения (68,5% случаев), как правило, параноидная форма, с преобладанием эпизодического течения;
- 2) шизотипическое расстройство является вторым по распространенности диагнозом, его частота составляет 27,0%;
- 3) шизоаффективные и бредовые расстройства встречаются нечасто, на их долю приходится 4,5%.

После первого перенесенного приступа всем больным была рекомендована поддерживающая и противорецидивная терапия, однако исходя из записей в амбулаторной карте, комплаентными были лишь 37,10% больных. Ремиссия менее 1 года отмечалась у 22,50% пациентов; общее количество больных с длительностью ремиссионного состояния до 2 лет составляло 37%. В то же время у 44,40% продолжительность ремиссии была 5 и более лет, в том числе у 22,50% – свыше 20 лет.

Дальнейшее течение заболевания у большинства пациентов было относительно благоприятным. Так, у 79,70% больных число повторных приступов (обострений) за весь катамнестический период не превышало 5 (включая 23,60% случаев единственного психотического эпизода); у 16,30% 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 госпитализировались (5%), либо госпитализация в течение всей жизни была единственной – 29%. Редкие поступления в стационар (2–5 раз) отмечались у 44% больных и лишь 9% поступали в больницу 11 и более раз.

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, причем все эти пациенты продолжительное время находились в состоянии ремиссии 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 чел. (24,8%).

Среди исходов заболевания наиболее часто встречались эмоционально-волевые расстройства ($n = 94$, 52,81%) различной степени выраженности – от небольшого уплощения аффекта, выявляемого лишь при направленном патопсихологическом обследовании, до эмоциональной выхолощенности и абулии. У части пациентов ($n = 39$; 21,91%) не было выявлено грубых изменений личности, что было подтверждено данными экспериментально-психологического обследования. Неблагоприятные исходы заболевания (хронические бредовые и галлюцинаторные расстройства, выраженные эмоционально-волевые нарушения) были больше характерны для пациентов с изначально тяжелым течением процесса. Реже они встречались среди пациентов с заболеванием в активной стадии на момент обследования и совсем редко – у лиц, перенесших несколько приступов и находящихся в длительной ремиссии.

Для выявления закономерностей в течении и исходах заболевания после анализа клинико-anamnestических данных пациенты исследования были разделены на подгруппы. На этом этапе из исследования была исключена 1 пациентка, снятая с наблюдения в ПНД в связи с отсутствием сведений более двух лет. Итого, 177 пациентов были разделены на 5 подгрупп.

1. Единственный эпизод ($n = 31$; 17,5%; 19 женщин и 12 мужчин). В данную подгруппу вошли пациенты, перенесшие единственный за весь катamnестический период очерченный приступ заболевания, после которого возникла ремиссия (лекарственная или спонтанная). Основная часть пациентов данной подгруппы ($n = 28$; 15,8% всех обследованных ПНД) не наблюдались в ПНД.

Свыше трети пациентов имели отягощенную наследственность (34,5%; $n = 11$). Пренатальный и перинатальный периоды протекали без патологии. В раннем развитии у 4 (12,9%) пациентов был выявлен дизонтогенез в виде неравномерности развития психомоторных навыков; 4 чел. в раннем детстве перенесли тяжелые соматические заболевания, в том числе с хирургическими вмешательствами.

Уровень социального функционирования после перенесенного приступа заболевания либо не изменился, либо имело место лишь небольшое снижение. Почти половина получила высшее образование ($n = 15$; 48,4%), большинство состояли в браке ($n = 25$; 80,7%) и имели здоровых в психическом плане детей ($n = 18$; 58,1%). Противоправные поступки были отмечены лишь в 1 наблюдении.

Шестнадцать пациентов (51,6%) до начала заболевания имели специфические особенности характера, чаще шизоидного круга. Более чем в половине случаев отмечался очерченный продромальный период ($n = 18$, 58,1%), средняя продолжительность которого составила 109,45 мес. (стандартное отклонение (СО) = 6,6 мес.). Наиболее часто в продроме встречалась аффективная симптоматика (38,9%). Средний возраст манифестации составил $35,7 \pm 1,2$ лет, средний возраст первого обращения – $40,39 \pm 1,2$ лет. Непосредственно перед первым приступом заболевания у 12 пациентов (38,7%) были выявлены психотравмирующие ситуации либо значимые изменения соматического состояния. Как правило, поводом для первого обращения являлась галлюцинаторно-параноидная симптоматика

($n = 20$; 66,7%); 7 пациентов (22,6%) впервые обратились в ПНД в состоянии ремиссии после выписки из психиатрической больницы. Так как речь идет только об одном эпизоде заболевания, пациенты в большинстве случаев имели единственную госпитализацию, за исключением двух наблюдений.

Ни у кого из пациентов на момент обследования не было инвалидности. Максимальная продолжительность ремиссии по катamnестическим данным составила около 33 лет. В 19,3% случаев ($n = 6$) отмечались злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) и алкоголем. Таким образом, в клиническом плане эта подгруппа обнаруживала благоприятные характеристики, больные в основном не нуждались в диспансерном наблюдении, приеме поддерживающей психофармакотерапии и не имели выраженных проблем социального функционирования.

2. Пациенты с несколькими приступами в анамнезе и длительной (не менее двух лет) ремиссией ($n = 48$; 27,1%; женщин – 27 чел., мужчин – 21 чел.). У пациентов этой подгруппы в части случаев отмечалось наличие резидуальной психопатологической симптоматики, однако имело место адекватное поведение и удовлетворительный уровень социального функционирования. Количество продолжающих и прекративших наблюдение у психиатра пациентов примерно одинаковое (26 и 22 чел. соответственно). Максимальное число приступов составило 11, последняя ремиссия в этом случае длилась 6 лет на момент обследования.

Наследственная отягощенность имела место у 19 больных (39,6%). Период раннего онтогенеза у пациентов протекал благоприятно, только у 16,67% пациентов наблюдалась неврологическая симптоматика в дошкольном и младшем школьном возрасте, 12,5% перенесли инфекционные заболевания, протекавшие тяжело (дифтерия, грипп, сепсис), у 14,6% пациентов в анамнезе были черепно-мозговые травмы. В основном обследуемые имели среднее образование ($n = 35$, 72,9%), в браке когда-либо было большинство пациентов ($n = 34$, 70,8%), при этом в 20% случаев у супругов пациентов также имелось психическое заболевание. 58,3% имели детей. Уровень инвалидизации составил 39,6%. В доманифестном периоде в 22 случаях (45,8%) обнаруживались личностные особенности чаще в виде аутизации, упрямства, склонности к конфликтам. У половины пациентов

описан продромальный период, представленный полиморфными психопатологическими проявлениями. Средняя продолжительность продромального периода составляла $63,8 \pm 7,8$ мес. Средний возраст на момент начала заболевания в данной подгруппе – $31,8 \pm 1,1$ лет, первого обращения в ПНД – $34,0 \pm 1,1$ лет. 8 чел. (16,7%) впервые попали под наблюдение ПНД после выписки из больницы. У 37,5% пациентов первому приступу предшествовали психоэмоциональные перегрузки, а у 25% отмечены резкие изменения соматического статуса, у женщин, как правило, связанные с репродуктивной системой. В среднем за катamnестический период пациенты госпитализировались $3,9 \pm 0,4$ раза. Один пациент ни разу не лечился в психиатрической больнице, так как обострения купировались в условиях дневного стационара. 17 чел. (35,4%) злоупотребляли алкоголем либо ПАВ, 9 (18,7%) – когда-либо высказывали суицидальные мысли. Из пациентов, продолжающих наблюдаться в ПНД, менее половины ($n = 12$) принимали поддерживающую терапию, все они находились на диспансерном наблюдении. В психическом статусе этих пациентов на момент осмотра преобладали различной выраженности негативные проявления: от выраженной дефицитарной симптоматики до едва заметных изменений мышления и эмоционально-волевой сферы, определяющихся при экспериментально-психологическом исследовании.

Таким образом, в данной подгруппе представлены разнообразные по социально-демографическим и клиническим характеристикам случаи; объединяет их стабильное психическое состояние пациентов на протяжении длительного периода времени, которому предшествовал этап активного течения.

3. Пациенты с затухающей активностью процесса ($n = 51$, 28,8%; мужчины – 32 чел., женщины – 19 чел.). В этой группе заболевание приняло регрессивное течение; был характерен переход имеющихся психопатологических расстройств на аффективный и невротоподобный уровень, а также преобладание в статусе дефицитарной симптоматики; 28 пациентам (54,9%) диспансерное наблюдение было прекращено в связи с улучшением психического состояния.

Чаще всего пациенты данной подгруппы имели среднее образование, большинство состояли когда-либо в браке (64,7%, $n = 33$), у 39,2% пациентов имелись

дети. В 33,33% случаев прослеживалась наследственная отягощенность ($n = 17$). На протяжении онтогенеза увеличивается доля патологических состояний и отклонений в развитии: так, в пренатальном периоде уровень патологии составил менее 6%, в перинатальном уже 17,6%, а в раннем детстве – 47,1%. Черепно-мозговые травмы перенесли 29,4% пациентов ($n = 15$). Более половины пациентов (66,7%, $n = 34$) имели особенности преморбида в виде специфических характерологических особенностей – замкнутости, пассивности, подозрительности, мнительности. Очерченный продромальный период выделен в 43,1% случаев ($n = 22$), его средняя продолжительность составила $51,4 \pm 7,9$ мес. Средний возраст на момент начала заболевания в данной подгруппе – $24,5 \pm 1,1$ лет, первого обращения в ПНД – $31,4 \pm 1,1$ лет. Среднее количество госпитализаций за катамнестический период составило $2,8 \pm 0,4$; число инвалидов по психическому заболеванию – 14 чел. (27,4%). У 33,3% пациентов ($n = 17$) обнаруживалась разного рода наркологическая отягощенность. Суицидальные тенденции были редки ($n = 4$; 7,8%). На момент обследования все пациенты находились в ремиссии, продолжал наблюдение в ПНД 21 чел., из них только 9 принимали поддерживающую терапию. В структуре ремиссий отмечались умеренно выраженные негативные изменения личности и снижение социального функционирования. У 5 пациентов сохранялся болезненный уровень социального функционирования.

4. Пациенты с умеренной прогрессивностью процесса, редкими и непродолжительными госпитализациями ($n = 31$; 17,5%; 18 женщин и 13 мужчин). В данной подгруппе развивающиеся обострения заболевания, как правило, купировались амбулаторно, либо в условиях дневного стационара. Госпитализации были редки (не более 1-2 раз за 5 лет) и непродолжительны. Среднее количество госпитализаций за весь период катамнестического наблюдения в данной подгруппе составило $4,6 \pm 0,3$. Большинство пациентов ($n = 27$, 87,1%) на момент исследования продолжали диспансерное наблюдение. Только 4 больных не принимали поддерживающую терапию. В 3 случаях наблюдение было прекращено в связи со смертью и в 1 случае в связи с отсутствием сведений.

Неблагополучная наследственность выявлялась в 35,5% случаев ($n = 11$). Преморбид был отягощен у 64,5% обследуемых ($n = 20$). Практически с одинаковой частотой встречались гипертимные, стеничные, ананкастные акцентуации. Отчетливый продромальный период выявлен у 19 пациентов (61,3%), его средняя продолжительность составляла $60,5 \pm 6,9$ мес., преобладали аффективные и неврозоподобные симптомы. Средний возраст на момент начала заболевания в данной подгруппе – $29,7 \pm 9,6$ лет, первого обращения в ПНД – $33,3 \pm 9,8$ лет. Одинаковое количество пациентов этой подгруппы ($n = 8$) впервые попали в поле зрения диспансера в связи с острым галлюцинаторно-параноидным приступом и в состоянии ремиссии после выписки из психиатрической больницы. Манифестации заболевания довольно часто предшествовали психоэмоциональные перегрузки или изменения физического статуса ($n = 19$; 61,3%).

В данной группе нестабильное психическое состояние, как правило, влекло за собой неустойчивую социальную адаптацию: 48,4% ($n = 15$) пациентов имели длительные перерывы в работе или учёбе, снижали свой профессиональный уровень, часто меняли места работы, 19 человек (61,3%) на момент обследования являлись инвалидами по психическому заболеванию. 29,0% пациентов ($n = 9$) злоупотребляли алкоголем. Большинство пациентов (77,4%) имели опыт брачных отношений. Немногим у более половины ($n = 17$; 54,8%) были дети.

Среди продолжающих наблюдение у психиатра 26 человек на момент обследования были в состоянии ремиссии, у значительной части в ее структуре преобладали гипобулия, аутизация, уплощение аффекта, снижение социального функционирования. Часто встречался параноидный тип ремиссии с резидуальной продуктивной симптоматикой, однако мало влияющей на поведение.

5. Пациенты с частыми и длительными госпитализациями ($n = 16$; 9,0%; 9 мужчин и 7 женщин). Под частыми госпитализациями понимались стационарирования от 1 до 4-5 и более раз в год, суммарная длительность пребывания в психиатрической больнице в этих случаях составляла не менее 12 месяцев на протяжении 5 лет. В целом среднее количество госпитализаций на момент обследования в данной подгруппе – $14,1 \pm 0,5$. Пять человек из данной подгруппы прекратили

наблюдение в связи со смертью или переездом в психоневрологический интернат, остальные продолжали находиться на диспансерном наблюдении.

Отягощенная наследственность регистрировалась у 5 пациентов (31,2%). Ранний период развития протекал у большей части благоприятно, лишь у 3 больных (18,7%) имели место осложнения беременности и родов, у 5 (31,2%) в дошкольном возрасте отмечались отставание в развитии, фобические расстройства, астено-невротическая симптоматика.

Отчетливый продромальный период выявлялся в половине случаев, его средняя продолжительность составляла $73,5 \pm 8,3$ мес. Средний возраст на момент начала заболевания в данной подгруппе – $24,4 \pm 1,2$ лет, возраст первого обращения в ПНД – $27,9 \pm 1,2$ лет. Половина пациентов впервые обратилась в ПНД в остром состоянии галлюцинаторно-параноидного либо аффективно-бредового характера и были госпитализированы. Небольшая часть ($n = 2$, 12,5%) на первый прием в диспансере пришли после выписки из психиатрической больницы.

Злоупотребление ПАВ и суицидальные тенденции были нередки в этой подгруппе ($n = 6$; 37,5% и $n = 9$; 56,2% соответственно). Часто наблюдались проблемы комплаентности. Необходимость повторных госпитализаций определяется во многих наблюдениях ($n = 8$) тяжелым течением процесса, нередко в сочетании с терапевтической резистентностью, сопутствующей патологией ЦНС. Часто повторные госпитализации провоцировались отсутствием контроля за приемом поддерживающей терапии в нестабильном периоде. Все пациенты, кроме одного являлись инвалидами по психическому заболеванию. Основная часть обследуемых состояли в браке ($n = 10$, 62,5%), у половины были дети ($n = 8$).

Таким образом, в данной подгруппе представлена немногочисленная, но наиболее тяжелая часть пациентов, для которых характерна не только стойкая и достаточно резистентная к терапии продуктивная психопатологическая симптоматика, но и выраженные негативные расстройства, а также существенное ухудшение социального статуса.

В целом наибольший средний возраст манифестации, первого обращения и первого психотического эпизода отмечался в группе пациентов с единственным

приступом заболевания. До манифестации болезни многие пациенты успевали получить образование, определиться с трудовой деятельностью, создать семьи, что благоприятно сказывалось на дальнейшем социальном статусе. Раньше других заболевание дебютировало в группе пациентов с затухающей активностью процесса, здесь же выявлен и самый большой промежуток между началом заболевания и обращением за помощью, а также продолжительность 1-го психоза до лечения. И наоборот, в группе с частыми и длительными госпитализациями концентрируются случаи достаточно раннего начала заболевания с тяжелой симптоматикой, негативно влияющей на положение в социуме, дебют протекает остро, и пациенты довольно быстро вынуждены воспользоваться психиатрической помощью (среднее время между началом заболевания и обращением в ПНД не превышает трех лет, средняя продолжительность 1-го психоза до лечения меньше 2,5 мес.).

Показатели, по которым отмечались статистически значимые различия ($p < 0,05$) между выделенными подгруппами, представлены ниже (использовался точный критерий Фишера).

1) между группами «единичный эпизод» и «затухающая активность процесса» по параметрам «отклонения в раннем развитии неврологического характера», «черепно-мозговые травмы», «высшее образование», «среднее образование», «параноидная симптоматика при первом обращении», «аффективная симптоматика при первом обращении»;

2) между группами «единичный эпизод» и «несколько приступов в анамнезе и длительная ремиссия» по параметрам «высшее образование», «среднее образование», «аффективная симптоматика при первом обращении»;

3) между группами «единичный эпизод» и «умеренная активность процесса» по параметрам «параноидная симптоматика при первом обращении», «аффективная симптоматика при первом обращении»;

4) между группами «единичный эпизод» и «частые и длительные госпитализации» по параметрам «аффективная симптоматика при первом обращении», «злоупотребление алкоголем и (или) ПАВ»;

5) между группами «затухающая активность процесса» и «несколько приступов в анамнезе и длительная ремиссия» по параметрам «отклонения в раннем развитии неврологического характера», «особенности характера в преморбиде», «параноидная симптоматика при первом обращении»;

б) между группами «затухающая активность процесса» и «умеренная активность процесса» по параметру «отклонения в раннем развитии неврологического характера»;

7) между группами «несколько приступов в анамнезе и длительная ремиссия» и «умеренная активность процесса» по параметрам «параноидная симптоматика первого обращения», «неврозоподобная симптоматика первого обращения».

Наиболее часто неврологические отклонения в раннем развитии встречались в группе пациентов с умеренной активностью процесса и пациентов с единичным эпизодом заболевания. С частотой неврологических отклонений в раннем постнатальном периоде коррелирует патология пре- и перинатального периода ($r_s = 0,24$; $p = 0,002$), таким образом, в группе с умеренной активностью процесса достаточно выражен органический компонент.

Наиболее высокий образовательный уровень отмечался среди пациентов, перенесших единичный психотический эпизод – более половины из них окончили ВУЗы. При этом даже в группе с затухающей активностью процесса, у которых относительное число больных с высшим образованием было наименьшим среди всех пациентов, данный показатель превышал 20%.

Наибольший удельный вес аффективной симптоматики в дебюте заболевания выявлен в группах пациентов с единичным эпизодом и умеренной активностью процесса; реже всего аффективные расстройства встречались в группе с частыми и длительными госпитализациями (хотя и здесь процент был относительно высок – 20%). Параноидная симптоматика уже в дебюте заболевания наиболее часто наблюдалась у больных с единственным эпизодом в анамнезе и у больных с несколькими психотическим приступами и последовавшей за ними длительной ремиссией; реже всего – у пациентов с затухающей активностью процесса.

Наиболее благополучной в плане сопутствующей органической патологии и наркологической отягощенности является группа пациентов с единичным эпизодом заболевания. Больше половины пациентов с частыми и длительными госпитализациями злоупотребляли алкоголем либо ПАВ. Выявлена слабая корреляционная связь злоупотребления алкоголем и (или) ПАВ с количеством госпитализаций ($r_s = 0,22$; $p < 0,05$).

Таким образом, психиатрическая помощь пациентам с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра должна различаться в зависимости от выявленных особенностей траектории течения заболевания. Необходим дифференцированный подход к установлению групп диспансерного наблюдения с учетом активности процесса, стойкости и длительности ремиссий. Особенности течения заболевания у выделенных категорий пациентов могут рассматриваться как объективные критерии, позволяющие определять интенсивность диспансерного наблюдения (Приказ МЗ РФ от 31.12.2002 № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений»). Так, для пациентов с частыми и длительными госпитализациями необходима наиболее интенсивная форма наблюдения – Д-1.

Пациенты с редкими и непродолжительными госпитализациями нуждаются в наблюдении в группе Д-2; в период обострений заболевания (особенно сопровождающихся госпитализациями) их можно переводить в группу Д-1 с последующим возвратом (при стабилизации состояния) в группу Д-2. Больные с затухающей активностью процесса должны относиться к группе Д-3 и отчасти (на начальных этапах регрессиентности) – к Д-2 или – к Д-5 (многолетние стабилизированные состояния). Пациенты с несколькими приступами в анамнезе и длительной ремиссией должны наблюдаться в группе Д-3 и в дальнейшем (при многолетнем стабильном состоянии) – в группе Д-5. При преобладании в статусе пациентов эмоционально-волевых нарушений, определяющих их социальную дезадаптацию, перечисленные выше категории пациентов целесообразно наблюдать в группе Д-4. Пациенты с единственным приступом заболевания при необходимости установления диспансерного наблюдения в зависимости от тяжести состояния

должны наблюдаться в группе Д-1 или Д-2, в последующем переходя в группу Д-5 и далее – обращаясь в ПНД по мере необходимости вне диспансерного наблюдения (как и все пациенты из группы Д-5, состояние которых соответствует критериям выздоровления или значительного и стойкого улучшения состояния с устойчивой социальной адаптацией).

ВЫВОДЫ

1. Клинико-социальные характеристики пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, течение и исход заболевания различаются в широком диапазоне: от благоприятных вариантов, включая практическое выздоровление после одного или нескольких приступов, до злокачественных форм с выраженной тяжестью клинических проявлений и глубокой социальной дезадаптацией.

2. Контингент пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра характеризуется примерно равным распределением по полу, преобладанием начала заболевания в молодом возрасте (около половины случаев – до 30 лет) при возможности дебюта болезни в любом возрастном периоде (20% впервые заболевших – старше 45 лет), наличием трудового анамнеза (96,6%) с возможностью в течение жизни как карьерного роста (12,7%), так и трудового снижения (26,2%); выход на инвалидность (когда-либо в течение жизни) достигает почти 50% при возможности у части пациентов восстановления трудового статуса. Более 70% пациентов когда-либо состояли в браке.

3. После первого перенесенного приступа заболевания ремиссия менее года наблюдается у 22,5% пациентов, от 1 года до 2 лет – у 15,5% больных; в то же время у 44,4% пациентов длительность первого ремиссионного состояния превышает 5 лет, в том числе у 22,5% – свыше 20 лет.

4. Почти в 80% наблюдений количество повторных приступов заболевания у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра за период 25–30 лет не превышает 5 (включая 17,5% случаев единственного психотического эпизода) и лишь в 4% – более 10.

5. С учетом лиц, снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или стойким улучшением, у 43,3% пациентов, у которых была диагностирована шизофрения и расстройства шизофренического спектра, отмечается достаточно благоприятный исход заболевания, как минимум, не требующий обязательного осуществления регулярной психофармакотерапии на отдаленных этапах за-

болевания. Среди пациентов, продолжающих наблюдаться в ПНД, 38,2% находятся в состоянии ремиссии, причем 28,1% – не менее 5 лет.

6. В зависимости от вариантов течения шизофрении и расстройств шизофренического спектра контингент больных распределяется на 5 групп:

- 1) пациенты с единственным эпизодом заболевания (17,5%);
- 2) пациенты с несколькими приступами в анамнезе и длительной (не менее 5 лет) ремиссией (27,1%);
- 3) пациенты с затухающей активностью процесса (28,8%);
- 4) пациенты с умеренной прогрессирующей процессом, редкими и непродолжительными госпитализациями (17,5%);
- 5) пациенты с частыми и длительными госпитализациями (9,1%).

7. Неблагоприятное течение заболевания отмечается при наличии отчетливых нарушений в преморбиде, более раннего возраста манифеста заболевания, склонности к злоупотреблению алкоголем и психоактивными веществами, симптома-тики продромального периода без выраженной аффективной составляющей. При наличии неотягощенного доманифестного периода, начале заболевания после 30 лет, удовлетворительного доболезненного уровня социальной адаптации прогноз оказывается более благоприятным.

8. Выделенные категории пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (с единственным приступом заболевания; с несколькими приступами в анамнезе и длительной ремиссией; с затухающей активностью процесса; с редкими и непродолжительными госпитализациями; с частыми и длительными госпитализациями) нуждаются в различной интенсивности психиатрической помощи, что следует учитывать при их диспансерном наблюдении.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Анализ клинико-социальных характеристик отдаленных исходов у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра при наблюдении на участке психоневрологического диспансера позволяет выделить подгруппы пациентов, отличающихся по целому спектру показателей и требующих дифференцированного подхода и различной интенсивности оказания им психиатрической помощи. Выделенные критерии отнесения пациентов к различным группам диспансерного наблюдения рекомендуется использовать в повседневной амбулаторной психиатрической практике, что будет способствовать динамическому характеру их курации с возможностью перевода с одной группы в другую в зависимости от активности болезненного процесса. В целом практическое применение результатов исследования будет способствовать улучшению результативности и качества наблюдения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в психоневрологическом диспансере.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, Л. И. О некоторых особенностях ремиссий у больных приступообразной шизофренией / Л. И. Абрамова // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1991. – Т. 91, № 1. – С. 94–99.
2. Авруцкий, Г. Я. Некоторые характеристики лекарственного патоморфоза шизофрении на двух этапах развития психофармакологии / Г. Я. Авруцкий, И. Я. Гурович, С. Г. Зайцев [и др.] // Журн. невропатол. и психиатр, им. С. С. Корсакова. – 1974. – № 9. – С. 1376–1384.
3. Авруцкий, Г. Я. О патоморфозе психических заболеваний / Г. Я. Авруцкий // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1977. – Т.77, № 1. – С. 67–71.
4. Авруцкий, Г. Я. Лечение психически больных / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. – М. : Медицина, 1988. – 528 с.
5. Аргановский, М. Л. Особенности социально-трудовой адаптации больных благоприятно текущей шизофренией по данным клинико-эпидемиологического исследования / М. Л. Аргановский, К. Т. Сарсембаев // Журн. невропатол. и психиатр. – 1984. – Т. 84, вып. 8. – С. 1187–1193.
6. Аграновский, М. Л. Социально-трудовая реадаптация больных приступообразной шизофренией / М. Л. Аграновский., А. А. Мирзаев // Лимфология. – 2008. – № 2. – С. 24–28.
7. Аграновский, М. Л. Роль комплекса конституционально-биологических факторов для социального прогноза больных приступообразной шизофренией / М. Л. Аграновский, А. А. Мирзаев, З. А. Газиева // Лимфология. – 2008. – № 3-4. – С. 121–126.
8. Аграновский, М. Л. Дебют заболевания и социально-трудовой прогноз больных приступообразной шизофренией / М. Л. Аграновский, А.А. Мирзаев // Психиатрия. – Москва, 2010.
9. Аграновский, М. Л. Ранние предикторы социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией / М. Л. Аграновский, А. А. Мирзаев // Врач, аспирант. – Воронеж, 2010.

10. Амбрумова А. Г. Течение шизофрении по данным отдаленного катамнеза. А. Г. – М.: НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1962. – 218 с.

11. Бессонова, А. А. Первый эпизод шизофрении: клинико-социальный и фармакоэкономический аспекты : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Бессонова Александра Александровна. – М., 2008. – 137 с.

12. Буркин, М. М. Прогноз социально-трудовой адаптации больных мало-прогредиентной шизофренией / М. М. Буркин // Журн. невропатол. и психиатр. – 1987. – Т. 87, вып. 8. – С. 1215–1220.

13. Бурьгина, Л. А. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Бурьгина Лариса Андреевна ; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2013. – 24 с.

14. Вид, В. Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. – СПб. : Питер, 2001. – 431 с.

15. Вильянов, В. Б. Современные тенденции патоморфоза шизофрении: тендерный фактор и эффективность психофармакотерапии / В. Б. Вильянов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2004. – № 4. – С. 115–117.

16. Волкова, И. П. Первый психотический эпизод: клинико-катамнестическое исследование / И. П. Волкова // Социальная и клиническая психиатрия. Выпуск № 4 / том 21 / 2011 – с. 90–92.

17. Гаврилова Е. К. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации Е. К. Гаврилова, В. А. Шевченко, В. В. Загиев, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 4. С. 10–14.

18. Гурович И. Я. О закономерностях терапевтического патоморфоза периодической шизофрении / И. Я. Гурович // Шизофрения (диагностика, соматические изменения, патоморфоз): Тр. Моск. НИИ психиатр. – 1975. – Т. 70. – С. 333–337.

19. Гурович, И. Я. [...] / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Н. Г. Шашкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – № 4. – С. 38–45.
20. Гурович, И. Я. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. – Т. 8, № 4. – С. 5–20.
21. Гурович, И. Я. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 35–41.
22. Гурович, И. Я. Особенности клиники и социальной адаптации больных шизофренией на этапе стабилизации (по материалам амбулаторной практики) / И. Я. Гурович [и др.] // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. – М., 1999. – С. 77–97.
23. Гурович, И. Я. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности 1999–2006 гг. / И. Я. Гурович, В. Б. Голланд, И. М. Сон [и др.]. – М., 2007. – 571 с.
24. Гурович, И. Я. [...] / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, А. В. Колчин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 4. – с. 87–92.
25. Гурович, И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М. : Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
26. Гурович, И. Я. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / И. Я. Гурович, О. Г. Ньюфельдт (ред.). – М. : Медпрактика-М., 2007. – 356 с.
27. Гурович, И. Я. Организация отделения интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе: содержание психиатрической помощи и ее эффективность / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, А. А. Уткин [и др.] // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельдта. – М. : Медпрактика-М, 2007. – С. 204–216.

28. Гурович, И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция recovery. / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожанова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 2.

29. Гурович, И. Я. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер. – М. : Медпрактика-М, 2010.

30. Гурович, И. Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 5–9.

31. Гурович, И. Я. Контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих лечение в психиатрической больнице (по материалам однодневной переписи) / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Г. П. Костюк, А. В. Нарышкин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 3. – С. 48–54.

32. Дороднова, А. С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Дороднова Анна Сергеевна. – М., 2006. – 168 с.

33. Дружинина, Т. А. Значение метода длительного катамнеза для понимания некоторых аспектов проблемы эндогенных психозов / Т. А. Дружинина, В. А. Концевой, А. К. Медведев // VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. – М., 1981. – Т. 1. – С. 41–43.

34. Еремина, Л. Е. Роль социальных факторов в формировании общественно опасного поведения больных шизофренией (сравнительное многофакторное эпидемиологическое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Е. Еремина. – М., 1984.

35. Запускалов, С. В. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья / С. В. Запускалов, Б. С. Положий // Обозр. психиатр. и мед. психол. – 1991. – Вып. 2. – С. 20–25.

36. Зеневич, Г. В. Ремиссии при шизофрении / Г. В. Зеневич – Л., 1964. – 216 с.

37. Иванов, Н. Я. Патохарактерологическая оценка прогноза социальной адаптации при вялотекущей шизофрении (шизотипичном расстройстве) / Н. Я. Иванов, С. Д. Озерецковский, Ю. В. Попов // *Обозр. психиат. и мед. психол.* – 1993. – № 2. – С. 93–95.
38. Каннабих, Ю. В. История психиатрии / Ю. В. Каннабих. – Л. : Медгиз., 1929. – 520 с.
39. Кекелидзе, З. И. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005–2013 гг.) : статистический справочник / З. И. Кекелидзе, Б. А. Казаковцев (ред.). – М., 2015. – 572 с.
40. Киселев, А. С. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний (статистическое исследование) / А. С. Киселев, З. Г. Сочнева. – Рига : Знание, 1988.
41. Колотилин, Г. Ф. К вопросу о социогенном патоморфозе параноидной шизофрении / Г.Ф. Колотилин, М. В. Яковлева // *Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в СЗРРФ.* – СПб., 2008. – С. 125.
42. Коробов, А. А. Клинические особенности шизофрении с длительными, более 10 лет, ремиссиями : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Коробов. – Харьков, 1982. – 16 с.
43. Корсаков, С. С. Курс психиатрии : раритет : в 2 томах / С. С. Корсаков – М. : «Книга по требованию», 2012.
44. Костюк, Г. П. Отдаленный катамнез больных шизофренией, уволенных из Вооруженных Сил : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Костюк Георгий Петрович. – СПб., 1999.
45. Котов, В. П. Дискуссионные аспекты понятия «душевное заболевание» в современной психиатрии / В. П. Котов, М. М. Мальцева // *Журн. невропатол. и психиатрии.* – 1989. – Т. 89, вып. 5. – С. 145–148.
46. Коцюбинский, А. П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных : дис. ... д-ра мед. наук / Коцюбинский Александр Петрович. – СПб., 1999. – 558 с.

47. Коцюбинский, А. П. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс заболевание / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенов [и др.] – СПб. : Гиппократ+, 2004. – 336 с.

48. Красик, Е. Д. Клиническая и социальная адаптация больных приступообразной шизофренией (клинико-эпидемиологическое исследование) / Е. Д. Красик, Г. В. Логвинович // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1987. – № 5. – С. 714–719.

49. Краснов, В. Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 19–21.

50. Курпатов, В. И. Профилактика, лечение и реабилитация психогенно обусловленных расстройств у плавсостава Военно-морского флота : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Курпатов Владимир Иванович. – СПб., 1994. – 41 с.

51. Кутанин, М. П. Весенне-летние кризисы психики / М. П. Кутанин // С. по психоневрологии, посвященный проф. А. И. Ющенко. – Ростов-на-Дону, 1928. – С. 474–484.

52. Либерман, Ю. И. Материалы клинико-статистического изучения популяции больных шизофренией (демографические данные и характеристика течения заболевания) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю. И. Либерман. – М., 1971. – 32 с.

53. Любов, Е. Б. Клинические и социальные критерии определения исходов типа практического выздоровления при шизофрении (Вопросы снятия с диспансерного учета) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. Б. Любов. – М., 1987. – 24 с.

54. Любов, Е. Б. Экономическое бремя шизофрении в России / Е. Б. Любов, В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия, 2012. – Т. 22, № 3. – С. 30–35.

55. Магалиф, А. Ю. О лекарственном патоморфозе параноидной шизофрении / А. Ю. Магалиф // Шизофрения (диагностика, соматические изменения, патоморфоз): Тр. Московского НИИ психиатр. – 1975. – Т. 70. – С. 377–387.

56. Малиновский, П. П. Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике / П. П. Малиновский. – СПб., 1855.

57. Мальцева, М. М. Механизмы общественно опасных действий психически больных / М. М. Мальцева, В. П. Котов // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988. – Т. 3. – С. 357–360.

58. Мелехов, Д. Е. Динамика дефектных состояний при шизофрении (к постановке вопроса) / Д. Е. Мелехов // Труды ЦИЭТИН. Вып. 2. – М., 1940.

59. Мелехов, Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д. Е. Мелехов. – М. : Медицина, 1963.

60. Мкртчян, А. Г. Дефицитарный тип резидуального состояния при манифестных прогрессивных формах шизофрении (Сообщение 1,2) / А. Г. Мкртчян // Независимый психиатрический журнал. – 2012. – № 1.

61. Мовина, Л. Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Мовина Лариса Георгиевна. – М., 2005. – 195 с.

62. Мовина, Л. Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания / Л. Г. Мовина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 3. – С. 48–55.

63. Молохов, А. Н. Формы шизофрении и их лечение / А. Н. Молохов. – Кишинев, 1948.–102 с.

64. Морковкин, В. М. К вопросу о лекарственном патоморфозе шизофрении В. М. Морковкин, Г. П. Каплин, Т. Э. Ромень // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – № 5. – С. 745–748.

65. Мусаев, Ю. О. Клинико-социальные и организационные аспекты профилактики ООД больных шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. О. Мусаев. – М., 1984. – 26 с.

66. Недува, А. А. К вопросу о терапевтическом патоморфозе онейроидной кататонии / А. А. Недува // Шизофрения (диагностика, соматические изменения, патоморфоз): Тр. Моск. НИИ психиатр. – 1975. – Т. 70. – С. 338–342.

67. Нефедьев, О. П. Длительные стойкие ремиссии стенического круга : дис. ... канд. мед. наук / О. П. Нефедьев. – М., 1983.

68. Оруджев, Я. С. Клинико-эпидемиологическое исследование поздней шизофрении / Я. С. Оруджев // Первый съезд психиатров социалистических стран. Материалы. – М. : Изд-во ВНИИ ОиСП им. В. П. Сербского, 1987. – С. 289–294.

69. Осколкова, С. Н. Факторы различий отдаленного катамнеза больных параноидной шизофренией / С. Н. Осколкова, С. В. Львова // Якутский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 33–36.

70. Папсуев, О. О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты / О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, М. В. Миняйчева [и др.] // Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных / под ред. И. Я. Гуровича. – М. : Медпрактика-М, 2015. – С. 388–403.

71. Пивень, Б. Н. Социально-психологические факторы и патоморфоз шизофрении / Б. Н. Пивень, О. А. Голдобина // Независимый психиатр. журн. – 2000. – № 3. – С. 34–37.

72. Саркисян, В. В. Формы и методы работы дневных стационаров : методические рекомендации МЗ СССР / В. В. Саркисян ; под науч. руководством И. Я. Гуровича. – М., 1979. – 24 с.

73. Саркисян, В. В. К вопросу о количестве подострых состояний у больных шизофренией в связи с задачами по расширению контингента дневных стационаров / В. В. Саркисян // Вопросы организации психиатрической помощи. – М., 1982. – С. 65–71.

74. Саркисян, В. В. Подострые состояния при шизофрении, их клиника и особенности лечения в дневном стационаре : дис. ... канд. мед. наук / В. В. Саркисян. – М., 1983. – 196 с.

75. Сарсембаев, К. Т. Критерии клинического прогноза вялотекущей шизофрении на ближайшем и отдаленном этапах течения заболевания (по данным

клинико-эпидемиологического исследования) / К. Т. Сарсембаев // Журн. невропатол. и психиатр. – 1986. – Т. 86, вып. 1. – С. 65–73.

76. Семенова, Н. Д. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / Н. Д. Семенова, И. Я. Гурович // Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных / под ред. И. Я. Гуровича. – М. : Медпрактика-М, 2015. – С. 166–210.

77. Семке, В. Я. Эпидемиология, систематика, патодинамические основы и средовые условия нарушений социальной адаптации при шизофрении : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Я. Семке. – Томск, 1995. – 50 с.

78. Серебрякова, З. Н. Сравнительная характеристика трудоспособности больных шизофренией с разными типами течения болезненного процесса (по данным эпидемиологического исследования) / З. Н. Серебрякова // Журн. невропатол. и психиатр. – 1975. – Т. 75, вып. 9. – С. 1396–1399.

79. Степанова, О. Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Степанова Ольга Николаевна. – М., 2009. – 157 с.

80. Точиллов, В. А. Периодические психозы: клинико-психофармакологический подход / В. А. Точиллов // Обозр. психиат. и мед. психол. – 1992. – № 3. – С. 57–67.

81. Успенская, Л. Я. Исходы шизофрении (клинико-эпидемиологическое исследование) / Л. Я. Успенская // Первый съезд психиатров социалистических стран. Материалы. – М. : Изд-во ВНИИ ОиСП им. В.П. Сербского, 1987. – С. 242–247.

82. Уткин, А. А. Психосоциальная психиатрия и психосоциальная реабилитация в Омской области / А. А. Уткин // Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». – М., 2006. – С. 108–110.

83. Уткин, А. А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосомальной терапии и психосоциальной реабилитации : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Уткин Александр Александрович. – М., 2009. – 144 с.

84. Ушаков, Ю. В. Сравнительные результаты клинико-экономического и социально-экономического изучения двух популяций больных шизофренией в условиях различных организационных форм психиатрической помощи / Ю. В. Ушаков, Е. Д. Богданова, С. В. Шимин, М. Г. Мирзоян // Журн. невропатол. и психиатр. – 1992. – Т. 92, вып. 3. – С. 90–96.

85. Фаворина, В. Н. О конечных состояниях шизофрении : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Н. Фаворина. – М., 1965.

86. Федоров, Я. О. Патоморфоз шизофрении в 70-90-е годы XX в. / Я. О. Федоров // Психотерапия. – 2004. – № 4. – С. 34–37.

87. Хохлов, Л. К. О социальных аспектах патоморфоза психических заболеваний / Л. К. Хохлов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – № 1. – С. 70–76.

88. Храмелашвили, В. В. К прогнозу частотности приступов шизофрении (по данным эпидемиологического исследования) / В. В. Храмелашвили, Ю. И. Либерман // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1976. – Т. 76, № 5. – С. 747–754.

89. Цуцульковская, М. Я. Прогноз благоприятного исхода юношеской малопрогрессирующей невротоподобной шизофрении на основе данных отдаленного катамнеза / М. Я. Цуцульковская, А. Г. Бильжо, В. А. Орлова [и др.]– Журн. невропатол. и психиатр. – 1988. – Т. 88, вып. 3. – С. 86–93.

90. Чуканова, Е. К. Комплексная психосоциальная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра во внебольничных условиях : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Чуканова Евгения Кирилловна. – М., 2017. – 236 с.

91. Шендеров, К. В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного ста-

ционара психоневрологического диспансера : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Шендеров, Кирилл Валерьевич. – М., 2011. – 197 с.

92. Шмаонова, Л. М. Опыт дифференцированного клинического подхода к эпидемиологическому описанию популяции больных шизофренией / Л. М. Шмаонова, Ю. И. Либерман // Журн. невропатол. и психиатр. – 1982. – Вып. 8. – С. 1184–1191.

93. Шмаонова, Л. М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении / Л. М. Шмаонова // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1983. – Т. 83, № 5.

94. Шмуклер, А. Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.18 / Шмуклер Александр Борисович. – М., 1999. – 378 с.

95. Шмуклер, А. Б. Внебольничная психиатрическая помощь в психоневрологическом диспансере / А. Б. Шмуклер. – М. : Медпрактика-М, 2016. – 144 с.

96. Шмуклер, А. Б. Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы / А. Б. Шмуклер, И. Я. Гурович, Г. П. Костюк // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, №4. – С. 97–109.

97. Штернберг, Э. Я. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте / Э. Я. Штернберг (ред.). – М., 1981. – 192 с.

98. Эдельштейн, А. О. Исходные состояния шизофрении / А. О. Эдельштейн. – М. 1938.

99. Юдин, Т. И. Катамнез шизофреников, поступивших в Харьковскую психиатрическую больницу в 1907 г. / Т. И. Юдин, И. В. Лазарев // Советская психоневрология. – 1936. – № 6. – С. 150–164.

100. Якобий, П. И. Основы административной психиатрии / П. И. Якобий. – Орел, 1900.

101. Ястребов, В. С. Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы / В. С. Ястребов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 63–67.

102. Ястребов, В. С. Роль и место социотерапевтической помощи в современной внебольничной психиатрической службе / В. С. Ястребов, Т. В. Зозуля, А. Ф. Степанова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. Т. 101, № 8. – С. 50–53.

103. Aldrich, C. K. Deinstitutionalization / C. K. Aldrich // Newsletter of the University of Virginia Institute of Government. – 1985. – P. 1–5.

104. Andreasen, N. C. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus / N. C. Andreasen, W. T. Carpenter Jr., J. M. Kane [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – P. 441–449.

105. Arnold, O. H. Schizophrener Prozess und Schizophrene Symptomgesetze / O. H. Arnold. – Vienna : Maudrich, 1955.

106. Asarnow, J. R. Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: a comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment / J. R. Asarnow, S. Ben-Meir // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 1988 Jul. – Vol. 29, N 4. – P. 477–488.

107. Bachrach, L. L. Deinstitutionalization: what do the numbers mean? / L. L. Bachrach // Hospital and Community Psychiatry. – 1986. – Vol. 37. – P. 118–119.

108. Bachrach, L. L. Deinstitutionalization in the United States: promises and prospects / L. L. Bachrach / New Directions for Mental Health Services. – 1987. – № 35. – P. 75–90.

109. Bachrach, L. L. American experience in social psychiatry / L. L. Bachrach // Principles of Social Psychiatry / ed. D. Bhugra, J. Leff. – Oxford, England : Blackwell, 1993.

110. Bachrach, L. L. A conceptual approach to deinstitutionalization / L. L. Bachrach // Hospital and Community Psychiatry. – 1978. – Vol. 29. – P. 573–578.

111. Bachrach, L. L. Review. Alternatives to Mental Hospital Treatment / L. L. Bachrach // Hospital and Community Psychiatry. – 1979. – Vol. 30, N 2. – P. 137–138.

112. Bachrach, L. L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia: what are the boundaries? / L. L. Bachrach // Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement. – 2000. – Vol. 102. – P. 6–10.

113. Beecham, J. Twelve years on: service use and costs for people with mental health problems who left psychiatric hospital / J. Beecham, A. Hallam, M. Knapp [et al.] // *J. Ment. Health.* – 2004. – Vol. 13, N 4. – P. 363–377.

114. Bertelsen, M. 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 / M. Bertelsen, P. Jeppesen, L. Petersen [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2008.

115. Berze, J. Störungen des psychischen Antriebs / J. Berze. – Berlin, 1929.

116. Bland, R. Prognosis in schizophrenia: a ten year follow-up of first admission / R. Bland, J. Parker, H. Orn // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 33. – P. 949–954.

117. Bland, R. Fourteen-year outcome in early schizophrenia / R. Bland, J. Parker, H. Orn // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1978. – Vol. 58. – P. 327–338.

118. Bleuler, E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien / E. Bleuler. – Leipzig ; Wein, 1911.

119. Bleuler, M. Schizophrenic Disorders, Long-Term Patients & Family Study / M. Bleuler. – Yale University Press, 1978. – 529 p.

120. Birchwood, M. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis / M. Birchwood, P. Todd, C. Jackson // *British Journal of Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172, suppl. 33 – P. 53–59.

121. Boydell, J. The outcome of psychotic illness / J. Boydell, J. van Os, R. M. Murray // *The comprehensive care of schizophrenia* / J. Lieberman, R. M. Murray (Eds.). – London : Dunitz, 2001. – P. 37–59.

122. Breier, A. National Institute of Mental Health. Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia: prognosis and predictors of outcome / A. Breier, J. Schreiber, J. Dyer, D. Pickar // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1991. – N 48. – P. 236–246.

123. Bustillo, J. R. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update / J. R. Bustillo, J. Lauriello, W. P. Horan, S. J. Keith // *American Journal of Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158, N 2. – P. 163–175.

124. Carpenter, W. T. New diagnostic issues in schizophrenic disorders / W. T. Carpenter, W. Robert Buchanan, B. Kirkpatrick // *Clinical neuroscience*. – N. Y., 1995. – N 3 (2). – P. 57–63.

125. Carpenter, W. T. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus / W. T. Carpenter, J. M. Kane, N. C. Andreasen [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – V. 162. – P. 441–449.

126. Ciompi, L. Lebensweg und Alter der Schizophrenen / L. Ciompi, Ch. Muller. – Berlin ; Heidelberg ; New York, 1976. – 242 s.

127. Ciompi, L. The natural history of schizophrenia in the long term / L. Ciompi // *Br. J. Psychiatry*. – 1980. – Vol. 136. – P. 413–420.

128. Clancy, J. The Iowa 500: a comprehensive study of mania, depression and schizophrenia / J. Clancy, M. Tsuang, B. Norton, G. Winokur // *J. Iowa Med. Soc.* – 1974. – Vol. 64. – P. 294–398.

129. Cullberg, J. First-episode schizophrenia / J. Cullberg // *Schizophr. Rev.* – 2000. – Vol. 7, N 1. – P 21–22.

130. De Hert, M. Remission criteria for schizophrenia: Evaluation in a large naturalistic cohort / M. De Hert, R. van Winkel, M. Wampers [et al.] // *Sch. Res.* – 2007. – Vol. 92.

131. Eaton, W. W. Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part II. Change with passage of time / W. W. Eaton, W. Bilker, J. M. Haro [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1992. – Vol. 18. – P. 229–241.

132. Eggers, Ch. 25 Jahre Rheinische Kliniken Essen. Kliniken Institut der Universitaet GS Essen. Forschung und Lehre. Jubilaems Schrift 1974–1999 / Ch. Eggers, M. Gastpar, N. Leygraf, W. Senf (Hgs). – Essen, 1999.

133. Esquirol, J., Des maladies mentales consideres sous les rapports medical, hygienique et medico-legal / J. Esquirol. – Paris : Bailliere, 1838.

134. Falloon, I. R. H. And The OTP Collaborative Group. Early intervention for schizophrenic disorders / I. R. H. Falloon, J. H., Coverdate T. M. Laidlaw [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 172, suppl. 33. – P. 33–38.

135. Geller, J. L. The Last Half-Century of Psychiatric Services / Jeffrey L. Geller / American Psychiatric Association. – 2000. – Vol. 51. – P. 41–67.

136. Guy, W. Clinical global impression / W. Guy // ECDEU assessment manual for psychopharmacology, revised. – Rockville, MD : National Institute of Mental Health, 1976.

137. Harding, C. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? / C. Harding, J. Zubin, J. S. Strauss // Hosp. Com. Psychiatry. – 1987. – Vol. 38, N 5. – P. 477–486.

138. Harding, C. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later / C. Harding, G. Brooks, Ashikiga [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1987. – Vol. 144. – P. 718–726.

139. Harding, C. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II. Long term outcomes of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia / C. Harding, G. Brooks, Ashikiga [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1987. – Vol. 144. – P. 727–735.

140. Haro, J. M. The European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Study: baseline findings across country and treatment / J. M. Haro, E. T. Edgell, P. Frewer [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. – 2003. – Vol. 107, suppl. 416. – P. 1–9.

141. Haro, J. M. The European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) Study: rationale, methods and recruitment / J. M. Haro, E. T. Edgell, P. B. Jones [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. – 2003. – Vol. 107. – P. 222–232.

142. Haro, J. M. Effectiveness of antipsychotic treatment for schizophrenia: 6-month results of the Pan-European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study / J. M. Haro, E. T. Edgell, D. Novick [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. – 2005. – Vol. 111. – P. 220–231.

143. Haro, J. M. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia / J. M. Haro, S. A. Kamath, S. Ochoa [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. – 2003. – Vol. 107, suppl. 416. – P. 16–23.

144. Harrison, G. [et al.] Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year international follow-up study / G. Harrison [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 178. – P. 506–517.

145. Harrow, M. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study / M. Harrow, T. H. Jobe, R. N. Faull // *Psychol. Med.* – 2012 Oct. – Vol. 42, N 10. – P. 2145–2155.

146. Harrow, M. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? / M. Harrow, T. H. Jobe // *Schizophr. Bull.* – 2013 Sep. – Vol. 39, N 5.

147. Helldin, L. Remission in prognosis of functional outcome: a new dimension in the treatment of patients with psychotic disorders / L. Helldin, J. M. Kane, U. Karilampi [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2007.

148. Huber, G. The heterogeneous course of schizophrenia / G. Huber // *Schizophr. Res.* – 1997. – Vol. 28. – P. 177–185.

149. Jobe, T. H. Long-term outcome of patients with schizophrenia: A review / T. H. Jobe, M. Harrow // *Can. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 50, N 4. – P. 892–899.

150. Kahlbaum, K. *Klinische Abhandlungen uber psychische Krankheiten, I Heft* / K. Kahlbaum. – Berlin : Die Katatonie etc., 1874.

151. Kane, J. M. Fluphenazine vs placebo in patients with remitted, acute first-episode schizophrenia / J. M. Kane, A. Rifkin, F. Quitkin [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 39, N 1. – P. 70–73.

152. Kang, C. Course, outcome and diagnosis stability of early-onset schizophrenia in Yunnan Province, China—a three years follow-up study / C. Kang, H. Zhou, J. Yang [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2019 Jan. – Vol. 271. – P. 144–149. – DOI 10.1016/j.psychres.2018.11.013. – Epub 2018 Nov 7.

153. Kebede, D. The 10-year functional outcome of schizophrenia in Butajira Ethiopia / D. Kebede, A. Fekadu, T. Kelkile [et al.] // *Heliyon.* – 2019 Mar 14. – N 5 (3). – P. e01272. – DOI 10.1016/j.heliyon.2019.e01272. – eCollection 2019 Mar.

154. Klærke, L. R. Diagnostic stability and long-term symptomatic and functional outcomes in first-episode antipsychotic-naïve patients with schizophrenia / L. R Klærke, L. Baandrup, B. Fagerlund [et al.] // *Eur. Psychiatry*. – 2019. – N 62. – P. 130–137.

155. Kleist, K. *Современные течения в психиатрии* / К. Kleist. Б., 1925.

156. Kolle, K. *Psychiatrie* / K. Kolle. – Stuttgart : Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 1961. – S. 267.

157. Krafft-Ebing, R. *Учебник психиатрии (= Lehrbuch der Psychiatrie)* / R. Krafft-Ebing. 3-е рус. изд. – СПб., 1897.

158. Kraepelin, E. *Lectures on clinical psychiatry: Authorized Translation from the German* / E. Kraepelin ; revised and edited by Thomas Johnstone. – New York : William Wood & Company, MDCCCIV. – 309 p.

159. Lang, F. U. Psychopathological long-term outcome of schizophrenia – a review / F. U. Lang, M. Kösters, S. Lang [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2013. Vol. 127, N 3. – P. 173–182.

160. Lasser, R. A. Remission in schizophrenia: Results from a 1-year study of long-acting risperidone injection / R. A. Lasser, C. A. Bossie, G. M. Gharabawi [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 77. – P. 215–217.

161. Lehmann, H. E. New types of hospital-community facilities / H. E. Lehmann // *Mental Hospitals*. – 1958. – Vol. 9, № 2. – P. 20–22.

162. Lehman, A. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness / A. Lehman, L. Dixon, J. Hoch [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 174. – P. 346–352.

163. Liberman, R. P. Psychosocial treatments for schizophrenia / R. P. Liberman // *Psychiatry*. – 1994. – Vol. 57. – P. 104–114.

164. Linszen, D. H. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders / D. H. Linszen, P. M. Dingemans, M. E. Lenior // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 51, N 4. – P. 273–279.

165. Malla, A. First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome / A. Malla, J. Payne // *Schizophr. Bull.* – 2005. – Vol. 31 (3). – P. 650–671.

166. Marneros, A. Long-term outcome of schizoaffective and schizophrenic disorders: A comparative study. 1. Definitions, methods, psychopathological and social outcome / A. Marneros, A. Deister, A. Rohde [et al.] // *Europ. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* – 1989. – Vol. 238, N 3.– P. 118–125.

167. Marshall, M. Acute psychiatric day hospitals / M. Marshall // *British Medical Journal.* – 2003. – Vol. 327. – P. 116–117.

168. Mason, P. Characteristics of outcome in schizophrenia at 13 years / P. Mason, G. Harrison, C. Glazebrook [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 167. – P. 596–603.

169. Mauz, F. Die Prognostic der endogenen Psychosen / F Mauz. – Leipzig, 1930.

170. Mayer-Gross, W. Handbuch der Geisteskrankheiten / W. Mayer-Gross. – Berlin, 1932.

171. McGlashan, T. Chestnut Lodge Follow-up Study. I. Follow-up methodology and study sample / T. McGlashan // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 41. – P. 573–585.

172. McGlashan, T. Chestnut Lodge Follow-up Study. II. Longterm outcome of schizophrenia and affective disorders / T. McGlashan // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 41. – P. 586–601.

173. McGorry, P. D. Issues to DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry / P. D. McGorry // *Am. J. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 164. – P. 859–860.

174. McGorry P. D. Back to the future: predicting and reshaping the course of psychotic disorder / P. D. McGorry // *Am. J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 165. – P. 25–27.

175. McGorry, P. D. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier safer and more effective interventions / P. D. McGorry, I. B. Hickie, A. R. Yung [et al.] // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 40. – P. 616–622.

176. McGorry, P. D. Diagnosis and the staging model of psychosis / P. D. McGorry, K. Allot, H. J. Jackson // *The recognition and management of early psychosis* / eds. H. J. Jackson, P. D. McGorry. – Cambridge University Press, 2010. – P. 17–27.

177. McGrath, J. A systematic review of the incidence of schizophrenia / J. McGrath, S. Saha, J. Welham [et al.] // *B. M. C. Med.* – 2004. – Vol. 2. – P. 13.

178. Modestin, J. Longterm course of schizophrenic illness: Bleulef s study reconsidered / J. Modestin, A. Huber, E. Satirli [et al.] // *Am. J. Psychiatr.* – 2003, – Vol. 160, N 3.

179. Morel, A. *Traite des maladies mentales* / A. Morel. – 2-e ed. – P., 1860.

180. Morrison, J. The Iowa 500: the first follow-up / J. Morrison, G. Winokur, R. Crowe, J. Clancy // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1973. – N 29. – P. 678–682.

181. Munk-Jorgensen, P. Schizophrenia: A 13-year follow-up. Diagnostic and psychopatologic aspects / P. Munk-Jorgensen, P. B. Mortensen // *Acta psychiatr. Scand.* – 1989. – Vol. 79, N 4. – P. 391–399.

182. Niskanen, P. The course and prognosis of schizophrenic psychoses in Helsinki. A compazative study of first admissions in 1950, 1960 and 1965 // P. Niskanen, K. A. Achte. – Helsinki, 1972. – 56 p.

183. Ohmori, T. Psychotic relapse and maintenance therapy in paranoid schizophrenia: a 15 year follow up / T. Ohmori, K. Ito, T. Abekawa [et al.] // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 1999. – Vol. 249. – P. 73–78.

184. Peritogiannis, V. Very Long-Term Outcome of Community-Dwelling Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders in Rural Greece / V. Peritogiannis, A. Grammeniati, A. Gogou [et al.] // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2019. – Vol. 207, N 12. – P. 1012–1018.

185. Pinel, Ph. *Медико-философское учение о душевных болезнях: Пер. с франц* / Ph. Pinel. – СПб. : Издание журнала «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии», 1899. – 258 с.

186. Ram, R. Schizophrenia and rheumatoid arthritis: a review / R. Ram, W. W. Eaton, C. Hayward // *Schizophr. Res.* – 1992 Mar. – N 6 (3). – P. 181–192.

187. Ran, M. Different outcomes of never-treated and treated patients with schizophrenia: 14-year follow-up study in rural China / M. Ran, X. Weng, C. Chan [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2015 Dec. – N 207 (6). – P. 495–500. – DOI 10.1192/bjp.bp.114.157685. – Epub 2015 Sep 17.

188. Renshaw, J. Care in the community: The first steps / J. Renshaw, R. Hampson, C. Thomason [et al.]. – Aldershot : Gower Publishing Company Ltd., 1988.

189. Robinson, D. G. Symptomatic and Functional Recovery from a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder / D. G. Robinson, M. G. Woerner, M. McMeniman [et al.] // *Am. J. Psychiat.* – 2004. – N 161. – P. 473–447.

190. Sakel, M. Schizophrenia / M. Sakel. – New York. 1958. – 335 s.

191. Sanbrook, M. Origins of early intervention in first episode psychosis / M. Sanbrook, A. Harris // *Australian Psychiatry.* – 2003. – Vol. 11, s. 2. – P. 215–219.

192. Sanbrook, M. The effectiveness of an early intervention team in the treatment of first-episode psychosis / M. Sanbrook, A. Harris, R. Parada [et al.] // *AeJAMH.* – 2003. – Vol. 1. – P. 1–9.

193. Shepherd, M. The natural history of schizophrenia: a 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment / M. Shepherd, D. C. Watt, K. Katz // *Psychol. Med.* – 1983. – Vol. 13. – P. 663–670.

194. Shepherd, M. Psychiatric Illness in General Practice / M. Shepherd, A. C. Brown, B. D. Cooper [et al.]. – Oxford : Oxford University Press, 1966.

195. Schneider, K. Klinische psychopathologie / K. Schneider. – 14 Aufl. – Stuttgart; New York : Georg Thime Verlag, 1992. – 236 s.

196. Schooler, N. R. Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics / N. R. Schooler // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Suppl. 16. – P. 14–17.

197. Stephens, J. Prognostic factors in recovered and deteriorated schizophrenics / J. Stephens, C. Astrup, J. Mangrum // *Am. J. Psychiatry.* 1966. Vol. 122. P. 1116–1121.

198. Steinmeyer E. A., Marneros A., Deister A., Rohde A. Long-term outcome of schizoaffective and schizophrenic disorders: A comparative study. 2. Causal-analytical investigations E. A. Steinmeyer, A. Marneros, A. Deister, A. Rohde // *Europ. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.*– 1989.– Vol. 238, № 3.– P. 126 – 134.

199. Tandon R., Keshavan M. S., Nasrallah H. A. Schizophrenia, “Just the facts”: What we know in 2008. Part 1: Overview R. Tandon, M. S. Keshavan, H. A. Nasrallah // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 100. P. 4–19.

200. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update / J. R. Bustillo [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158, N 2. – P. 163–175.

201. 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.

202. Thornicroft, G. Deinstitutionalisation. From hospital closure to service development / G. Thornicroft, P. Bebbington // *British Journal of Psychiatry.* – 1989. – Vol. 155. – P. 739–753.

203. Tirupati, N. S. Duration of untreated psychosis and treatment outcome in schizophrenia patients untreated for many years / N. S. Tirupati, T. Rangaswamy, P. Raman // *Aust. NZ J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 38.

204. Tsuang, M. The Iowa 500: field work in a 35-year follow-up of depression, mania and schizophrenia / M. Tsuang, G. Winokur // *Can. Psychiatr. Assoc. J.* – 1975. Vol. 20. – P. 359–365.

205. Tsuang, M. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. An 18-month study in Suzhou, Jiangsu / M. Tsuang, M. Wang, J. Li, M. R. Phillips // *Br. J. Psychiatry.* – 1994. – Suppl. 24. – P. 96–102.

206. Uçok, A. One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse / A. Uçok, A. Polat, S. Cakir [et al.] // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2006.

207. Vita, A. Recovery from schizophrenia: is it possible? / A. Vita, S. Barlati // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2018. – N 31 (3). – P. 246–255.

208. Vogel, W. A personal memoir of the state hospitals of the 1950s. // W. Vogel // *Hospital and Community Psychiatry.* – 1991. – Vol. 42. – P. 593–597.

209. Volavka, J. Very long-term outcome of schizophrenia / J. Volavka, J. Vevera // *The International Journal of Clinical Practice*. – 2018. – V. 72, iss. 7. – P. e13094. – DOI: 10.1111/ijcp.13094.

210. Watts, C. A long-term follow-up of schizophrenic patients 1946–1983 C. Watts // *J. Clin. Psychiat.* – 1985. – N. 46. – P. 210–216.

211. Westermeyer, J. F. Predicting outcome in schizophrenics and nonschizophrenics of both sexes: The Zigler-Philips Social Competence Scale / J. F. Westermeyer, M. Harrow // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1986. – N 95. – P. 406–409.

212. Wiersma, D. Assessment of needs for care among patients with schizophrenic disorders 15 and 17 years after first onset of psychosis / D. Wiersma, F. J. Nienhuis, C. J. Slooff [et al.] // *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* – 1997. – N 6. – P. 21–28.

213. Witkin, M. J. Trends in state and county mental hospitals in the US from 1970 to 1992 / M. J. Witkin, J. Atay, R. W. Manderscheid // *Psychiatric Services*. – 1993. – Vol. 47. – P. 1079–1081.

214. Wyatt, R. J. First-episode schizophrenia / R. J. Wyatt, L. M. Damiani, I. D. Renter // *Br. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 172, suppl. 33. – P. 77–83.

215. Wyrsh, J. Beitrag zur Kenntnis Schizophrener Verlaufe / J. Wyrsh // *Z. Neurol. Psychiatr.* – 1941. – Bd. 172, N 5. – S. 757–811.

**Приложение А
(обязательное).
Клинические примеры**

Группа 1. Единственный эпизод

Пациентка К., 1950 г. р.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась старшей из двух детей, сестра здорова. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Раннее развитие без особенностей. Росла живой, веселой, подвижной. Проблем в общении со сверстниками не было, любила коллективные игры. В школе училась хорошо, окончила 10 классов и Институт управления. Отношения с одноклассниками и сокурсниками складывались приятельские, дружеских привязанностей не было, но и ни с кем не конфликтовала. Устроилась работать по специальности в отдел кадров. На работе сразу не сложились отношения с коллегами, была замкнутой, отвергала приглашения к общению, считала, что занимает слишком низкую для ее квалификации должность, считала, что виноват в этом начальник. Мучило «чувство несправедливости», думала, что теряет квалификацию. Тем не менее, попыток поговорить с начальником или как-то проявить себя на работе, чтобы получить основания для повышения в должности, не предпринимала. В сентябре 1980 г. стала ощущать воздействие «биополя» одной из коллег, не могла работать, когда находилась рядом с ней. Когда коллега находилась рядом, то начинала болеть голова, чувствовала утомление. Старалась избегать общения с ней. Не считала это явление чем-то странным, полагала, что коллега специально вредит ей таким способом, обладает способностью действовать на нее. Вскоре на улице стала ощущать «выстрелы в глаза» от случайных прохожих. При этом также возникала головная боль, слабость, резь в глазах. Считала, что ее домашний телефон прослушивается. Понимала это, когда при разговоре слышала помехи, шипение, щелчки. Полагала, что это козни коллег, которые опасаются, что она сможет занять место начальника. Обратилась в милицию с заявлением на коллег, там была осмотрена дежурным психиатром, госпитализирована 23.07.81 в ПБ. Диагноз: шизофрения параноидная. При поступлении считала, что ее в чем-то по-

дозревают, и чтобы выбить из нее признание, действуют на нее «биотоками». Ощущала разряды в теле, сходные с воздействием электрического тока. Жаловалась на головную боль. В отделении была тревожна, ни с кем не общалась. В психиатрическом стационаре провела год и 23.08.82 была переведена в клинику при кафедре мединститута. При поступлении: жаловалась на неприятные ощущения в правой половине головы, считала, что это результат действия «биотоков». Была уверена, что ее преследует МВД, которые путем воздействия биотоками разрушают ее кишечник, отчего кал разливается по организму. Просила сделать операцию для очистки организма от кала. На фоне лечения азалептином бредовые переживания дезактуализировались, уменьшились сенестопатии, стала живее, активнее, начала общаться с другими больными. Появилась критика к состоянию. 13.12.82 была выписана под наблюдение психоневрологического диспансера (ПНД). Диагноз: шизофрения параноидная. После выписки посещала ПНД, работала по специальности на том же месте. Оставалась замкнутой, не поддерживала никаких контактов, кроме общения с родственниками, с которыми отношения стали в значительной степени формальными. С бытом справлялась. Жила одна, тяготилась заботой родственников – негативно относилась к расспросам о здоровье, проявлениям привязанности. Со слов родственников стала более пассивной, равнодушной, «черствой». Предпочитала одиночество, тяготится любым общением, выходящим за рамки формального. Интересы были ограничены бытом, на досуге просматривала телепередачи без разбора и эмоционального участия. Содержание и смысл недавно просмотренной передачи вспомнить не могла. С работой справлялась. С коллегами не общалась, однако негативно в их адрес не высказывалась, была равнодушна к ним. Поддерживающую терапию принимала. В беседе с врачом была формальна, эмоционально монотонна. Психотической симптоматики не обнаруживала. Состояние не менялось до момента настоящего обследования. Продолжала диспансерное наблюдение в ПНД. Формально признавала, что перенесла «психоз». Прием лекарств постепенно прекратила – сначала принимала нерегулярно, затем принимала только на ночь феназепам, хотя указаний на нарушение сна в амбулаторной карте нет. Сама пациентка также не припомнила,

чтобы когда-нибудь плохо спала, но соглашалась с назначениями – «раз назначали, значит надо было». С 1990 года полностью прекращен прием психотропных препаратов. С 2000 года, в связи с жалобами на снижение памяти примерно раз в год назначались курсы ноотропных средств. Психическое состояние пациентки оставалось стабильным, никак не изменилось после отмены терапии. В статусе на первый план выходят аутизация, эмоциональная обедненность, расплывчатость мышления. Критика формальная. В беседе малопродуктивна – отвечает односложно, не имеет интереса к разговору. Речь маломодулированная. Поза однообразная, при длительном опросе появляются стереотипные раскачивания небольшой амплитуды. Стремится быстрее закончить разговор, жалуется на усталость. Отмечается небольшое снижение памяти на события недавнего прошлого. Иногда по просьбе лечащего врача ПНД, посещает терапевта, невропатолога, сдает анализы – диагностирован атеросклероз. К факту наблюдения в ПНД относится равнодушно, стереотипно посещает врача в указанный срок. Живет одна, практически все родственные контакты утеряны в связи с избеганием общения со стороны пациентки. С бытом справляется удовлетворительно: благоразумно расходует пенсию, поддерживает удовлетворительный уровень чистоты в квартире. Готовит самостоятельно: может сварить суп, пожарить котлеты и пр. Иногда пренебрегает личной гигиеной – может подолгу не принимать ванну, не причесываться. После замечания медсестры стала внимательней относиться к личной гигиене.

Таким образом, заболевание дебютировало в зрелом возрасте у личности с достаточно благоприятным преморбидом. После непродолжительного продромального периода развился пролонгированный приступ, галлюцинаторно-параноидной структуры, оказавшийся единичным. На фоне продолжительного приема психофармакотерапии острота продуктивной симптоматики сменилась негрубо выраженным эмоционально-волевым дефектом, с утратой прежних контактов, но при наличии вполне удовлетворительной социально-бытовой адаптации. На момент последнего осмотра пациентка на протяжении 10 лет не принимала поддерживающей психофармакотерапии без какого-либо отрицательного влияния на психический статус.

Группа 2. Пациенты с несколькими приступами в анамнезе и длительной (не менее двух лет) ремиссией

Пациент Н. 1960 г. р.

Наследственность не отягощена. Отец по характеру стеничный, не проявляет своих чувств, спокойный в любой ситуации. Научный работник. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Рос и развивался нормально. Есть старшая сестра, здорова, но по характеру необщительна, одинока; своей семьи нет. Некоторое время, после первого посещения детского сада, страдал логоневрозом, который прошел самостоятельно к школьному возрасту. Любил подвижные игры, мог постоять за себя, был общительным. В школе учился хорошо, проявлял способности к математике, побеждал в олимпиадах. С одноклассниками были хорошие отношения, но дружеских связей не было. В 8-м классе переехал в Москву, в новом коллективе не смог освоиться. С одноклассниками не находил общего языка. Стал замкнутым, обидчивым. Школа была с математическим уклоном, там пациенту было трудно учиться, страдало самолюбие, появилось чувство неполноценности. Свои неудачи в учебе стал объяснять несправедливым отношением учителей. Увлекался баскетболом, легкой атлетикой. Поступил в технический ВУЗ, учился хорошо. В 1980 году (пациенту 20 лет) перенес инфекционный гепатит. С этого времени фиксирован на своем здоровье, часто посещал терапевта, в 1981 году обратился в ПНД самостоятельно с жалобами на слабость, вялость, апатию. Снизилась работоспособность. Появились идеи отношения, казалось, что прохожие по-особенному смотрят на него, заставляют делать то, что ему не хочется. В поведении незнакомых людей видел намеки, всему придавал значение. Учился в институте на инженера, в связи с таким состоянием не мог продолжать учебу, взял академический отпуск. Работал лаборантом на кафедре института. В ПНД установлен диагноз психопатии шизоидного круга, назначено лечение – малые нейрорептиками, транквилизаторы. Состояние несколько улучшилось, продолжил учебу, стал активней, потеряли актуальность идеи отношения. В июле 1981 года отдыхал в санатории, где неожиданно изменилось поведение – был малообщителен, при разговоре терял нить беседы, отвечал не по существу. Заметил, что

у него уменьшилось одно из яичек, был крайне обеспокоен этим. Вернулся домой, осмотрен участковым психиатром, направлен в ПБ 20.08.81. Диагноз: декомпенсация психопатии шизоидного круга. При поступлении: жалобы на головные боли, ориентирован, контактен. Подробно описывает телесные ощущения. Склонен к резонерству, философствованию. При беседе отмечаются обрывы мыслей, разорванность мышления. Критика неполная. Бреда, галлюцинаций не выявлено. На терапии: исчезла разорванность мышления, повысилась работоспособность. 27.11.81 выписан под наблюдение ПНД. Диагноз: астеноипохондрические реакции у шизоидной личности. После выписки приступил к учебе, в 1985 году закончил институт. Увлекается изучением английского языка. По характеру стал замкнутым, склонным к самоанализу, впечатлительным. Работает инженером, с работой справляется, с сослуживцами малообщителен. Посещал ПНД, принимал небольшие дозы стелазина. В 1985 году проходил военную экспертизу в стационаре (вторая госпитализация). Признан негодным к службе в армии. Диагноз: шизоидная психопатия. Пациент работал инженером, на работе характеризовался положительно, в 1987 году поступил в аспирантуру. Увлекается чтением литературы по аутотренингу, самовнушению. К научной работе быстро охладел, формально числился аспирантом, но практически ничем не занимался. В 1991 году предприятие, где работал пациент, закрылось, устроился работать менеджером в торговую фирму. Работа не нравилась, хотел бы работать по специальности. Устроился одновременно научным сотрудником в НИИ. Диссертацию не закончил. Работал в различных коммерческих организациях в должности менеджера по снабжению (преимущественно, строительная сфера). К работе побуждали родители, сестра. С 2007 года не работал, не мог найти занятие по душе. Стал пассивным, ничего не интересовало, конфликтовал с родителями, которые требовали от пациента устроиться на работу. Периодически выпивал в одиночестве, так как бывали приступы сниженного настроения, усиления апатии (в опьянении становилось легче). С ноября 2008 года стало казаться, что на него кто-то воздействует, испытывал страх. Дома стал крушить мебель. Вызван наряд милиции, госпитализирован в ПБ 04.01.09. При поступлении был напряжен, злобен, тревожен. На во-

просы отвечать отказывался, терял нить беседы. Мимика галлюцинаторная. Настроение неустойчивое. Утверждал, что его квартира прослушивается и просвечивается «психотронным сканером», установленным спецслужбами, так как у него в компьютере есть ценная информация, которая может изменить развитие России. Сообщал, что его воля и поступки управляются посредством электромагнитного поля, направляемого на него через датчики в стенах квартиры. Критики нет. В отделении первое время поведение определялось симптоматикой острого чувственного бреда persecutorного содержания, идеями воздействия, отношения, особого значения, сенсорными и психическими автоматизмами, неустойчивым аффектом. На лечении: поведение упорядочено, без острой психотической симптоматики. 31.03.09 выписан под наблюдение ПНД с диагнозом шизофрения приступообразно-прогредиентная, аффективно-бредовый синдром. Рекомендовано: стелазин 30 мг\день, циклодол 6 мг\день, азалептин 50 мг\день. После выписки долечивался в дневном стационаре, так как жаловался на плохой сон, слабость. Считал, что обладает информацией о войне, которую надо передать Президенту. Критики нет. На лечении: купированы бредовые идеи, упорядочен. Оформлена 2-я группа инвалидности по психическому заболеванию. В дальнейшем не работал, посещал ПНД, аккуратно принимал поддерживающую терапию. Самочувствие было хорошим. Переживал из-за отсутствия работы, были неудачные попытки трудоустройства, пациент переоценивал свои возможности, претендовал на руководящие должности в крупных компаниях. Из-за неудач расстраивался, дома в одиночестве тайно выпивал небольшие дозы крепких напитков, чаще на ночь. В целом, на тот период, тем не менее, считал себя здоровым. Но в июне 2009 года в связи с тяжелым некупирующимся нейрорептическим синдромом, возникшим примерно в апреле-мае, (слабость, тремор, скованность) прекратил прием лекарств. Вновь появилось ощущение слезки, стал чувствовать, что «телепатически общается с окружающими», самостоятельно обратился в ПНД и был направлен в ПБ 15.06.09 (четвертая госпитализация). При поступлении был напряжен, подозрителен. Говорил, что владеет телепатией, может общаться с родственниками на расстоянии. Утверждал, что на него воздействуют спецслужбы. В процессе тера-

пии психотическая симптоматика была купирована, 22.07.09 выписан под наблюдение ПНД. Рекомендовано: рисполепт 4 мг\день, циклодол 6 мг\день, финлепсин 200 мг\день. Иногда, при сниженном настроении, эпизодически принимал профлузак, паксил. Изредка жаловался на трудности при засыпании – в таких случаях получал феназепам 0,5 мг на ночь. В статусе (2012 г.): опрятен, поведение упорядоченное. Вежлив, приветлив, держится с чувством дистанции. Настроен на лечение, прислушивается к мнению врача. Боится повторного приступа. Доволен своим состоянием, хотел бы сохранить его. Мышление с элементами разноплановости, резонерствует. Настроение неустойчивое, иногда без видимой причины снижено. Имеет особую систему питания – употребляет большое количество топинамбура, который выращивает сам на даче. Считает, что это обеспечивает его витаминами и способствует выздоровлению от психического заболевания. Затеял ремонт в квартире, заботится о престарелых родителях. Эмоционально изменен. Обманы восприятия отрицает, но при детальном расспросе сообщает, что иногда чувствует прохождение через тело энергии, не уверен, что это проявление болезни, возможно, что кто-то на него воздействует таким образом. Также сообщает, что во время сеанса гипнотерапии чувствует особую энергию, которая придает ему силы, бодрость. Старается избегать этой темы, полагает, что подробное описание этого переживания может повлечь за собой госпитализацию. Настроен на трудоустройство. Тянется к общению с людьми, перенесшими госпитализацию в ПБ и впоследствии социально адаптировавшимися. Посещает отделение социальной реабилитации в Московском НИИ психиатрии. Очень доволен занятиями, помогает другим в вопросах компьютерной грамотности, горд тем, что может применить свои знания. В 2010 году установлена 3-я группа инвалидности по психическому заболеванию – по настоятельной просьбе пациента. Устроился на работу в строительную фирму менеджером. В свободное время увлекается чтением компьютерной литературы, работает на даче, принимает участие в ремонте квартиры. Бредовых переживаний не высказывает, считает, что раньше им интересовались как значимым человеком, которого можно использовать, а теперь, когда он инвалид, спецслужбам нет до него дела. В статусе – формальность мышле-

ния, отсутствие непосредственных эмоциональных реакций. Иногда допускает алкоголизацию в одиночестве, «чтобы легче заснуть». При этом переживает из-за приема алкоголя, так как знает о недопустимости сочетания спиртного с поддерживающей терапией. Настроение неустойчивое – иногда снижено. Все же переживает из-за неустойчивого трудового статуса. Лекарства принимает аккуратно. Уважительно и с благодарностью отзывается о врачах. Считает, что болен хроническим психическим заболеванием, требующим постоянного приема терапии. Критичен к психотическому эпизоду, но в то же время полагает, что многое произошло на самом деле (притеснение, воздействие энергией). Хотел бы работать на руководящей должности, но понимает, что его квалификации, скорее всего, недостаточно. Общается с сохранными пациентами ПНД, с пациентами отделения социальной реабилитации. Отношений с противоположным полом не было и не стремится к этому. Понимает, что собственной семьи у него не будет, это его не тяготит. Продолжает диспансерное наблюдение в ПНД. Посещает психотерапевта, очень доволен лечением, особенно нравятся суггестивные методики.

Таким образом, заболевание развивалось у личности преморбидно шизоидной, в допсихотическом периоде преобладали сенесто-ипохондрические проявления, нарастающая замкнутость, снижение настроения, которые пациент пытался устранить приемом алкоголя. Несмотря на своевременно начатый прием психофармакотерапии (возможно, в излишне щадящем режиме) состоялся приступ с развернутой галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, аффективной нестабильностью. Второй приступ, по всей видимости, спровоцирован прекращением приема поддерживающей терапии на фоне выраженной нейролепсии и характеризуется наличием систематизированного бреда, явлениями психического автоматизма. После стационарного лечения пациент комплаэнтен, отмечается достаточно качественная ремиссия с постепенным восстановлением социального статуса, однако остается неполной критика к перенесенному, склонность к алкоголизации, появляется чудаковатость. Настроен на продолжение наблюдения в ПНД, прием поддерживающей терапии.

Группа 3. Пациенты с затухающей активностью процесса

Пациентка Ш., 1952 г.р.

Отца не помнит, он умер, когда пациентке был 1 год. Семья многодетная, пациентка 8-й по счету ребенок. 3 брата и 3 сестры лечатся у психиатра, несколько раз лечились в ПБ. Училась плохо, без интереса. Увлекалась рисованием. Окончила 10 классов, хотела поступить в училище на специальность чертежника, но не прошла по конкурсу, работала художником-оформителем. Замужем, от брака есть сын. По характеру была спокойной, выдержанной, со слов мужа, перед началом заболевания стала более замкнутой. Впервые обратилась в ПНД в октябре 1981 года, когда после похода в магазин потерялась в хорошо знакомом месте, долго бесцельно бродила, все же попала домой, сразу же легла спать, видела необычный сон, похожий на явь фантастического содержания – инопланетные войны между разными внеземными цивилизациями. После сна стала заниматься привычными делами, поведение было упорядочено, однако замечала, что люди смотрят на нее по-особенному. Считала, что видела не просто сон, а какое-то завуалированное предупреждение свыше. Рассказала о переживаниях мужу, тот убедил ее обратиться за помощью в ПНД. При осмотре: своих переживаний не раскрывала, отмечалась нецеленаправленность мышления, растерянность, отвечая на вопросы надолго задумывалась. От госпитализации в ПБ муж и пациентка категорически отказались. Был назначен стелазин, циклодол. На фоне лечения отмечалась выраженная слабость и вялость, испытывала неопределенный страх на улице, не могла ходить в магазин, с трудом приступила к работе, с обязанностями не справлялась. При осмотре (через 2 недели после начала лечения) – состояние без видимой положительной динамики, в связи с чем была направлена в дневной стационар. Лечилась там около месяца, после выписки вернулась к работе, от приема лекарств отказалась. Со слов мужа, пациентка не справляется с работой, стала больше уставать. По мнению руководства крайне конфликтна, с рабочими обязанностями не справляется, ведет себя неадекватно. В дальнейшем перестала ходить на работу, дома ни с кем не общалась, не занималась домашней работой, неряшлива, не уделяет времени ребенку. Внезапно разбила зазвонивший телефон, в окнах подает

кому-то сигналы. Накануне очередного обращения в ПНД была агрессивной, нецензурно бранилась, затем закрылась в туалете, из-за чего мужу пришлось выламывать дверь и фиксировать пациентку; 12.02.83 осмотрена на дому, отмечалась несвязная речь и галлюцинаторная мимика. В недобровольном порядке была направлена в ПБ. Выписана 08.04.83 с диагнозом шизофрения параноидная (выписка в амбулаторной карте отсутствует). После выписки однократно посетила ПНД, жалоб не предъявляла, без острой психотической симптоматики. От приема лекарств категорически отказывалась, иногда принимала реладорм на ночь. Работала на прежнем месте, формально относилась к обязанностям, с сослуживцами не общалась, дома делала лишь самое необходимое, к ребенку равнодушна. В июле 1986 года обратилась в ПНД с жалобами на апатию, раздражительность. Направлена в дневной стационар, где проводилось лечение нейролептиками, однако состояние ухудшалось – стала конфликтовать с мужем, заявляла, что к ней плохо относятся сотрудники на работе. Дома застывала в однообразных позах, накануне стационарирования ушла из дома, муж с трудом отыскал ее, не могла объяснить своего поступка. 08.06.84 госпитализирована в ПБ. При поступлении: формальна, переживаний не раскрывает. Неправильное поведение отрицает. Эмоционально снижена. Подозревает персонал больницы в сговоре с мужем против нее. Временами что-то бормочет про себя. На фоне лечения спокойна, упорядочена, активной психопатологической симптоматики не выявлено. 17.08.84 выписана под наблюдение ПНД. После выписки лекарств не принимала, ПНД не посещала. В связи с отказом от посещения ПНД осматривалась на дому, состояние без острой психотической симптоматики. Работала на прежнем месте. С ноября 1985 года стала злобной, конфликтной, появились слуховые галлюцинации. Осмотрена психиатром по вызову мужа, 22.11.85 направлена в ПБ. В процессе терапии психотическая симптоматика была купирована, 10.01.86 выписана под наблюдение ПНД. Вернулась к работе, по настоянию мужа посещала ПНД, принимала amitriptyline, tizercin, haloperidol, cycloidal. Лекарства принимала неохотно, под контролем мужа. Муж уехал в командировку, после возвращения увидел дома беспорядок, сына жил у друзей, пациентка была замкнута, застывала в вычурных

позах. От посещения ПНД отказывалась, убежала из дома, задержана милицией при попытке украсть чужого ребенка. Направлена в ПБ 20.09.86. При поступлении: возбуждена, в поведении окружающих усматривает особый смысл. Не критична. Попытку кражи чужого ребенка объясняет тем, что полагала, что этот ребенок – ее сын, но с измененной внешностью. В отделении избивала слабоумную больную, ела газеты. 17.12.86 с улучшением состояния выписана под наблюдение ПНД, который посещала по настоянию мужа, лекарства под его контролем. Работала на прежнем месте, но по сути лишь формально числилась там, с заданиями не справлялась. В январе 1988 года на улице стало казаться, что ее кто-то контролирует, чувствовала скованность. 19.03.88 дома стала возбужденной, вызван психиатр, стационарирована. При поступлении: растеряна, не может описать свои переживания, отмечает наплывы мыслей. Критики нет. Говорит, что ей хочется совершать какие-то действия, например, управлять автомобилем. В отделении ведет себя нелепо, отбирает грязную посуду у персонала, прячет ее под подушку. На фоне лечения состояние улучшилось; 28.03.88 выписана под наблюдение ПНД. Чувствовала себя хорошо, работала на прежнем месте, ПНД посещала редко, лекарства принимала эпизодически. В декабре 1989 года перестала ходить на работу, стала конфликтной, раздражительной, злобной, нарушился сон. По вызову мужа осмотрена психиатром. 20.12.89 направлена в ПБ недобровольно. В отделении разговаривает сама с собой, был нарушен сон. После выписки из больницы 06.02.90 ПНД не посещала, лекарств не принимала. Работала на прежнем месте. В январе 1991 года ночью увидела в окне «огненный шар», испугалась, перестала выходить из дома, на работе оформила отпуск. Перестала общаться с мужем, говорила ему, что он только притворяется ее мужем, на самом деле он другой человек. Слышала «голоса из космоса». Но настоянию мужа осмотрена участковым психиатром, 17.01.91 направлена в ПБ. При поступлении: подозрительна, растеряна, озирается. Говорит, что испытывает «воздействие какой-то машины», временами замирает, к чему-то прислушивается. Мимика галлюцинаторная. В отделении много курит, напряженная, злобная. После купирования острой психотической симптоматики выписана из ПБ лекарств не принимала. В марте 1992 года

появилась бессонница, возникли «голоса», приказывающие покончить с собой. Обратилась в ПНД, направлена в ПБ 17.03.92. При поступлении: напряжена, подозрительна, импульсивна. Слышит мужские и женские «голоса» внутри головы, считает, что ее мысли читаются окружающими. Подозревает, что такое состояние «наведено» любовницей мужа – муж собирается уйти от пациентки. На фоне лечения обманы восприятия купированы, выписана под наблюдение ПНД. Рекомендовано: трифтазин 10 мг\день, циклодол 4 мг\день, азалептин 25 мг на ночь. В 1992 г (май) установлена 3-я группа инвалидности. Не работала, лекарств не принимала. Жила одна: сын служил в армии, с мужем в разводе. В феврале 1993 года вновь ухудшение состояния – снизилось настроение нарушился сон, испытывала слуховые обманы восприятия. Осмотрена участковым психиатром, 08.02.93 поступила в ПБ. При поступлении: малодоступна, напряжена, тревожна. Слышит женский голос внутри головы, считает, что это голос новой жены бывшего мужа. На фоне лечения купированы слуховые обманы восприятия, критична к острому периоду. 12.03.93 выписана под наблюдение ПНД. Рекомендовано: аминазин 50 мг на ночь, трифтазин 10 мг\день, циклодол 4 мг\день. После выписки лекарства не принимала, работала, имела 3-ю группу инвалидности, поддерживала приятельские отношения с бывшим мужем. Сын женился и проживал отдельно от пациентки со своей семьей. С 1994 года с работы уволилась, занималась домашним хозяйством. В сентябре 1994 года ушла из дома, 3 дня родственники не могли ее найти, по возвращении была конфликтной, свой поступок не объяснила. Осмотрена дежурным психиатром, 08.09.94 направлена в ПБ. При поступлении: напряжена, подозрительна, обвиняет бывшего мужа в воровстве продуктов и предметов обихода. 18.10.94 выписана под наблюдение ПНД. Рекомендованы инъекции пролонгов, корректоры. После выписки ПНД определена 2-я группа инвалидности бессрочно. ПНД посещала, принимала антипсихотическую терапию. С 1996 года прекратила прием лекарств, ПНД не посещала. При осмотре на дому – спокойна, приветлива, занимается домашним хозяйством, привязана к сыну, внуку, о бывшем муже говорит равнодушно. В 1998 году переведена в консультативную группу. В 2002 году осмотрена врачебной комиссией: жалоб не предъявляла. Одет

опрятно, причесана. Спокойна. Обнаруживала критику к перенесенным психотическим эпизодам. На момент осмотра продуктивной психопатологической симптоматики не выявлено. Мышление разноплановое, эмоционально монотонна. Высказывала желание бы прекратить наблюдение в ПНД, т.к. тяготится необходимостью посещать врача. Обещает при ухудшении состояния обратиться самостоятельно. Установлен диагноз: шизофрения параноидная, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, ремиссия. Амбулаторная карта сдана в архив в связи с улучшением.

Таким образом, при наличии наследственной отягощенности, недлительного продромального периода, заболевание протекало приступообразно с нарастанием дефицитарных расстройств. В структуре психозов большое место занимала кататоническая симптоматика с последующим присоединением галлюциаторно-параноидного синдрома. В промежутках между госпитализациями не удавалось добиться регулярного приема поддерживающей терапии. Несмотря на это, после длительного активного периода появилась тенденция к стабилизации, а затем и к регрессиентности процесса, возможно, связанная с началом регулярного приема лекарств пациенткой. Ремиссия стойкая, длительная, пациентка снята с диспансерного наблюдения, а после комиссионного осмотра амбулаторная карта сдана в архив в связи с улучшением. По социальным показаниям группа инвалидности не снята.

Группа 4. Умеренная активность процесса редкие и непродолжительные госпитализации

Пациент У. 1950 г. р.

Наследственность не отягощена. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Раннее развитие без особенностей. В 11 месяцев перенес полиомиелит, после этого – операцию пластики голени (в 1 год). В школе учился хорошо. По характеру был общительным, впечатлительным, откровенным, иногда – раздражительным. Окончил 10 классов и мехмат МГУ. С 26 лет появились колебания настроения, больше в сторону снижения. В армии не служил, т. к. учился в аспирантуре. После окончания аспирантуры защитил кандидатскую диссертацию, ра-

ботал научным сотрудником в НИИ. В феврале 1982 года (пациенту 32 года) на фоне больших нагрузок на работе стал возбужденным, суетливым, плохо спал, иногда неподвижно сидел, уставившись в одну точку, жаловался на «провалы памяти». На работе гневлив, раздражителен, вел себя нелепо – разобрал магнитофон, разложил детали на столах сотрудников. Разбил телевизор, при этом что-то говорил об «индукционных токах». Сотрудники вызвали дежурного психиатра по городу, 20.02.82 госпитализирован в ПБ. При поступлении: ориентирован, возбужден, говорлив, парамимичен, теряет нить беседы, нелепые поступки объясняет тем, что «модернизировал технику». На терапии упорядочен, мышление последовательное, появилась критика Эмоционально уплощен. Сон хороший. 29.03.82 выписан под наблюдение ПНД. Д-з: шизофрения шубообразная, аффективно-бредовый приступ. После выписки посещал ПНД, принимал реланиум, сонапакс. Поведение упорядоченное, подыскивал новую работу, т. к. было «стыдно перед коллегами». Вскоре устроился научным сотрудником в другой НИИ, там проявил себя очень хорошо, участвовал в важных исследованиях. Иногда посещал дневной стационар в связи с появлением астенической симптоматики. В феврале 1990 года на фоне небольшого употребления спиртным появилась тревога, плохо спал, видел «цветные картинки». Обратился в ПНД, госпитализирован в ПБ (госпитализация №2) 01.03.90. При поступлении: ориентирован, настроение снижено. Жалобы на раздражительность, плохой сон, тревогу. Сообщает, что слышит, как внутри его головы играет «эстрадный ансамбль». В отделении насторожен, с кем-то переговаривается, стучит кулаком в стену. В процессе терапии психотическая симптоматика купирована. 16.03.90 выписан под наблюдение ПНД. Рекомендовано: трифтазин 35 мг\день, циклодол 12 мг\день, сонапакс 45мг\день. После выписки принимал лекарства, посещал ПНД, работал. В январе 1993 года снизилось настроение, стал раздражительным. Слышал «голоса» внутри головы. Осмотрен участковым врачом ПНД, направлен в ПБ 20.01.93 (госпитализация № 3). При поступлении: ориентирован. Насторожен, тревожен. Сообщает, что слышит внутри головы «голоса» комментирующего содержания. Жалуется на снижение работоспособности, плохой сон. В отделении к чему-то прислушивается, плохо спит.

19.03.93 выписан под наблюдение ПНД без психотической симптоматики. Диагноз: шизофрения параноидная. Рекомендован прием прежней схемы терапии. После выписки посещал ПНД, работал на прежнем месте, принимал поддерживающую терапию. В ноябре 1993 года снизилась работоспособность, был плохой сон. Жаловался на головные боли, иногда был растерянным – не понимал, что происходит вокруг. Обратился в ПНД с просьбой о госпитализации. 17.11.93 направлен в ПБ (госпитализация № 4). При поступлении: ориентирован, жалобы на снижение концентрации внимания, пустоту в голове. Иногда ощущение, что его квартиру прослушивают. Есть критика. Просит помощи. При выписке: без острой психотической симптоматики, настроение ровное. 09.12.93 выписан под наблюдение ПНД. После выписки долечивался в дневном стационаре. Принимал сонапакс, радедорм, циклодол, трифтазин. Работал на прежнем месте, проживает с престарелым отцом. В марте 2000 года пропал сон, стал подозрительным, чувствовал неблагоприятное воздействие на организм черных предметов, ощущал от них неприятный запах. Слышал внутри головы «голоса» комментирующего и угрожающего характера. В таком состоянии дома собрал вещи черного цвета и выбросил их в окно. Вызвал милицию для защиты. Осмотрен дежурным психиатром, госпитализирован в ПБ 06.03.00 (госпитализация № 5). При поступлении сообщает, что находится под воздействием предметов черного цвета и призывающих голосов. На лечении болезненные переживания редуцировались, тяготится пребывание в ПБ. Манерен. Мышление резонерское. 12.04.00 выписан под наблюдение ПНД на терапии: галоперидол 10 мг\день, трифтазин 30 мг\день, тизерцин 75 мг\день, циклодол 12 мг\день. После выписки устроился работать программистом в связи с расформирование отдела в НИИ. С работой справлялся, ухаживал за отцом, посещал ПНД, принимал лекарства. В 2004 уволен с предыдущего места работы в связи с закрытием отдела. Стал неопрытен, не мог найти работу по специальности, переживал из-за этого, высказывал идеи самообвинения, самоуничтожения. В связи с этим в феврале 2006 года лечился в дневном стационаре. После выписки устроился программистом, от оформления инвалидности отказался. Однако, проработав 2 месяца, понял, что не справляется с обязанно-

стями, уволился, согласен на оформление инвалидности. Оформлена 3-я группа инвалидности по психическому заболеванию (2006 г.0. В апреле 2007 года внезапно изменилось состояние – стал агрессивен к отцу, осмотрен участковым психиатром, госпитализирован в ПБ (госпитализация № 6). При поступлении сообщал, что слышит «голоса под черепной коробкой», предлагающие работу и телефон, по которому нужно позвонить для трудоустройства. 13.06.07 выписан без острой психотической симптоматики под наблюдение ПНД. Рекомендовано: аминазин 25 мг\день, циклодол 6 мг\день, галоперидол 10 мг\день. После выписки посещал ПНД. С 2010 года оформлена 2-я группа инвалидности по психическому заболеванию. Отец умер, к смерти отнесся равнодушно. Проживал в семье племянницы, т. к. самостоятельно с бытом справляться тяжело. В свободное время смотрел телевизор, читал книги по программированию. В статусе на первый плане эмоциональная нивелировка, снижения волевых побуждений, склонен к резонерству. Продолжает диспансерное наблюдение в ПНД, принимает поддерживающую терапию.

Диагноз: Шизофрения параноидная, эпизодическое течение с нарастающим дефектом. Болезнь дебютировала в зрелом возрасте при отсутствии указаний на отягощенную наследственность и патологию преморбида. Заболевание характеризовалось приступным течением; в структуре приступов преобладала галлюцинаторно-параноидная симптоматика (как правило с фасадными депрессивными расстройствами). Между обострениями отмечались длительные ремиссии и продолжительным сохранением удовлетворительного социального статуса. Однако нарастание негативной симптоматики на отдаленных этапах болезни привело к снижению трудоспособности и оформлению 2-й группы инвалидности. На момент обследования – длительная медикаментозная ремиссия.

Группа 5. Частые и длительные госпитализации

Пациент И., 1968 г. р.

Среди родственников у психиатра никто не лечился. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Раннее развитие без особенностей. Детский сад не посещал, воспитывался дома няней. По характеру был общительным, но рани-

мым. В школу пошел своевременно, учился хорошо, но часто переживал за свои оценки. С 7-го класса стал замкнутым, грубым с домашними, растерял друзей. В это же время отмечался бурный рост, стал неуклюжим, переживал по поводу своей внешности, часто смотрелся в зеркало, отмечал что у него слишком большой нос, губы и пр. Плохо спал, отмечались колебания настроения. Лечился у психиатра частным образом, получал сонапакс, амитриптилин. Исчезла агрессия, но нарастала замкнутость, апатия. Перестал ходить в школу. Стал крайне избирателен в еде, интересовался религией, смыслом жизни. Обратился по настоянию матери в ПНД, осмотрен психиатром, направлен 26.01.83 в ПБ (пациенту 15 лет). При поступлении: ориентирован. Мимика неадекватная. Легко возбудим, временами застывает в вычурной позе. Иногда дурашлив, непристойно выражается. На фоне терапии состояние улучшилось. Консультирован с.н.с. Кашниковой А.А.: «психическое состояние изменилось остро, характеризуется проявлением дисгармонически протекающего пубертатного криза: бурным ростом, повышенным вниманием к своей внешности, полифагией. На фоне этих проявления возникли аффективные колебания, измененное отношение к родным, явления психического автоматизма со слуховыми галлюцинациями, эмоциональное снижение, что заставляет думать об эндогенном процессе. Остаются негрубо выраженные кататонические расстройства. При выписке состояние больного оценивается как ремиссионное». 20.06.83 выписан с диагнозом шизофрении приступообразно-прогредиентной. После выписки был заторможен, дома много спал, после снижения дозы нейролептиков стал многоречив, навязчив. Конфликтует с матерью. Любил смотреть фильмы с убийствами. По настоянию матери вновь госпитализирован в ПБ 29.08.83. при поступлении: контакт формальный. Речь косноязычная. Настроение приподнято. Застывает в однообразной позе. Дурашлив, пристаёт к девочкам. Появились визуализированные фантазии – видит себя на Марсе. Жаловался на сильное утомление при обучении. На фоне лечения настроение выровнялось, повысилась работоспособность. 07.06.84 выписан под наблюдение ПНД. После выписки посещал ПНД, терапию принимал нерегулярно. Окончил 8 классов, работал дворником. К службе в армии признан негодным. Стал религиозным,

посещал церкви, часто уходил из дома, бродяжничал. Оформлена инвалидность 2-й группы по психическому заболеванию. Проживал с родителями. В январе 1990 года (пациенту 22 года) стал слышать «голоса» мужские и женские угрожающего характера. Стал раздражительным с родителями, стремился уйти из дома, любил разводить костры на улице. По настоянию матери осмотрен участковым психиатром, 28.02.90 госпитализирован в ПБ. При поступлении: напряжен, подозрителен. Гигиенически неопрятен. Мимика галлюцинаторная. В переживаниях недоступен. В отделении громко разговаривал сам с собой, смеялся. Периодически отмечалась субкататоническая симптоматика. На терапии поведение упорядочено, при попытках снизить дозы нейролептиков возвращаются вербальные галлюцинации. 18.06.90 выписан под наблюдение ПНД. Рекомендовано: лепонекс до 500 мг\день, циклодол 8 мг\день, аминазин 100 мг\день, стелазин 30 мг\день. После выписки посещал ПНД, принимал поддерживающую терапию. Работал грузчиком. В январе 1998 года (пациенту 30 лет) стал беспокойным, тревожным, агрессивен к родителям. Осмотрен участковым психиатром, направлен в ПБ 08.01.98. При поступлении был напряжен, испытывал вербальные галлюцинации, считал, что это «голос Бога». В процессе лечения галлюцинаторная симптоматика купирована, в статусе на первой план выступала негативная симптоматика. Круг интересов ограничен, волевые побуждения снижены. Оформлена 2-я группа инвалидности по психическому заболеванию бессрочно. 14.03.98 выписан под наблюдение ПНД. Поддерживающую терапию принимал нерегулярно, бродяжничал. В июне 2000 года нарушился сон, разговаривал сам с собой. Осмотрен участковым психиатром, 10.07.2000 направлен в ПБ. При поступлении: ориентирован. Мимика галлюцинаторная. Говорил, что слышит «голос Бога» который приказывает ему умереть. На фоне лечения психотическая симптоматика, купирована; 18.09.2000 выписан под наблюдение ПНД на поддерживающей терапии: азалептин 150 мг\день, циклодол 4 мг\день, галоперидол 15 мг\день. После выписки посещал ПНД, принимал лекарства под контролем матери. Не работал. В 2002 году (июнь) резко ухудшилось состояние: стал беспокойным, убегал из дома, ездил на различных электричках, громко включал музыку ночью, не спал. Осмотрен участ-

ковым психиатром, 21.06.02 направлен в ПБ, где находился в течение двух месяцев, 26.08.02 выписан под наблюдение ПНД. После выписки ПНД не посещал, не работал, дома ничем не занимался, иногда читал, ходил в кино. В июле 2003 года стал вновь стал возбужденным, нарушился сон. По направлению ПНД 08.07.03 госпитализирован в ПБ, выписан 29.08.03. Следующая госпитализация В июне 2004 года: считал, что по линии матери он инопланетянин, а по линии отца – землянин, ждал, что за ним прилетит комический корабль, общался с «братьями по разуму»). Ночью зажигал дома 11 спичек, чтобы избавиться от отрицательного воздействия 11 женщин на 11 ночей. При выписке (25.09.04) без психотической симптоматики. После выписки принимал лечение, посещал ПНД. Последующие госпитализации с аналогичной описанной выше симптоматикой практически ежегодно: 28.06.05, 29.06.06, 25.06.07, 08.07.08. 14.07.09, 21.07.10. При осмотре после последней выписки определяется редуцированная галлюцинаторно-бредовая симптоматика фантастического содержания. Отмечается грубое эмоционально-волевое снижение, нарушения мышления в виде паралогичности, резонерства.

Диагноз: Шизофрения параноидная.

Заболевание началось в подростковом возрасте полиморфной психопатологической симптоматикой. В дальнейшем после нескольких приступов параноидной структуры течение приобретает непрерывный характер с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями. В течение последних 8 лет отмечаются ежегодные госпитализации, связанные с обострениями галлюцинаторно-параноидной симптоматики, носящими отчетливый сезонный характер – в летний период.