

М. Н. Тааме¹,Б. В. Андреев¹,
доктор медицинских наукЕ. Н. Колосовская²,
доктор медицинских наукЖ. М. Солдатенкова³А. А. Курылев¹¹Медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета;
²Городской организационно-методический отдел клинической эпидемиологии СПб ГУЗ МИАЦ;
³Отдел сбора и обработки статистической информации СПб ГУЗ МИАЦ; Санкт-Петербург

Изучение особенностей распространенности шизофрении в условиях Санкт-Петербурга

В статье представлены результаты исследования регистрации заболеваемости шизофренией на различных уровнях оказания психиатрической помощи, а также изменения верифицируемых показателей сроков госпитализации и регоспитализаций в диапазоне 1992–1996 гг. и 2002–2006 гг. Кроме того, представлены результаты исследования 545 историй болезни больных шизофренией в трех крупнейших психиатрических стационарах города за период с 1992 по 2006 гг.

Шизофрения — одно из наиболее распространенных психических расстройств, характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторно-бредовой, кататоно-гебефренной, аффективной) и негативной (апатия, абулия, алогия, эмоциональная и социальная отгороженность) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления) и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям [1]. Больные шизофренией занимают примерно половину всех психиатрических коек, при этом 14% из них, по мнению ряда авторов, никогда не попадают в поле зрения психиатра [2]. Существующие представления о «социальном портрете болезни» ограничены. Так, например, отмечается, что среди больных шизофренией увеличивается частота разводов, снижается способность к деторождению [2]. Кроме того, среди данной категории больных отмечается высокий уровень инвалидизации [3]. По данным эпидемиологических исследований, распространенность шизофрении в мире оценивается в пределах 0,8–1,0%. Шизофренией страдает 45 млн человек в мире, а число новых случаев в год составляет порядка 4,5 млн человек. Количество больных в 1985–2000 гг. увеличилось на 30% соответственно росту населения планеты [4]. Заболеваемость (англ. incidence — частота возникновения новых случаев в популяции) шизофренией практически одинакова во всех странах мира. При более широком понимании болезни, неоднозначно определенном в рамках различных школ и в разных странах, заболеваемость может значительно варьировать: от 0,3 до 22 случаев на 1000 населения (Rossler W. et al., 2006)

Существующие данные о заболеваемости шизофренией в России в период с 1999 по 1995 гг. свидетельствуют о снижении больных с впервые установленным диагнозом шизофрения [5], однако число ежегодно госпитализируемых с данным диагнозом пациентов при этом возрастает [5].

Заболеваемость шизофренией в Российской Федерации в возрастной группе 15–19 лет составляет 0,12 случая в год на 1000 населения. Максимальные значения заболеваемости зарегистрированы в возрастной группе 20–39 лет — 0,22 случая на 1000 населения в год. В более старших возрастных группах этот показатель уменьшается — до 0,11 случая на 1000 населения в возрасте 40–59 лет и становится минимальным в возрастной группе старше 60 лет — 0,01 на 1000 населения.

Модальный возраст начала шизофрении для мужчин — 18–25 лет, для женщин — 25–30 лет, при этом показатели заболеваемости среди мужчин и женщин существенно не отличаются [1].

Распространенность (англ. prevalence — относительная частота признака, болезни, состояния, экспозиции в популяции) шизофрении, по различным данным, может значительно варьировать, что может быть связано с различиями периода и методологии наблюдения за больными. Распространенность шизофрении в течение жизни колеблется в диапазоне от 0,5% до 1,6%, то есть из 100 человек один за свою жизнь переносит шизофренический эпизод (Rossler W. et al., 2006). По данным немецких авторов, распространенность психотических симптомов в Европе в 2000–2004 гг. составляет 26 случаев на 1000 населения за год и 45 — на 1000 населения за всю жизнь. Психотические синдромы в данном исследовании включали шизофрению, шизоаффективные и бредовые расстройства, а также психотическую симптоматику в рамках депрессивных и биполярных расстройств. По другим данным, распространенность шизофрении и шизофреноформных расстройств в Европе составляет 7 на 1000 населения, в Голландии — 4 случая за всю жизнь и 2 на 1000 населения в год, в Великобритании — 4 на 1000 населения (Rossler W. et al., 2006).

Шизофрения характеризуется длительным рецидивирующим течением, что определяет ее тяжелые социальные

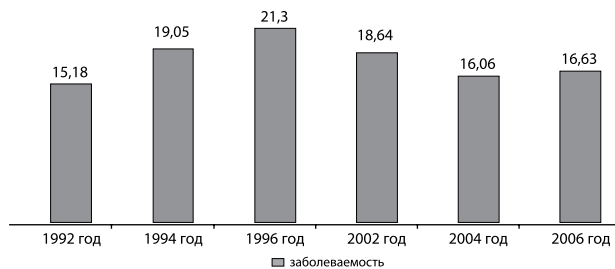


Рис.1. Показатель заболеваемости шизофрении (впервые установленный диагноз) среди лиц, взятых под диспансерное наблюдение (на 100 000 населения), Санкт-Петербург.

последствия [6]. Вместе с тем, существующие представления о «социальном портрете болезни» ограничены. Так, например, отмечается, что среди больных шизофренией увеличивается частота разводов, снижается способность к деторождению [2]. Кроме того, среди данной категории больных отмечается высокий уровень инвалидизации.

Материалы и методы исследования

Изучена динамика заболеваемости шизофренией в Санкт-Петербурге за 1992, 1994, 1996 гг. и 2002, 2004, 2006 гг. Как на уровне амбулаторного (см. рис. 1), так и стационарного звена оказания психиатрической помощи на основании анализа данных отчетной Формы № 36 (Утверждена постановлением Госкомстата России от 29.06.99 № 49). За эти же временные интервалы проанализированы данные годовых отчетов в трех крупнейших психиатрических стационарах города: СПб ГУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П. П.Кашенко, СПб ГУЗ «Психиатрическая больница №3 им. И. И. Скворцова-Степанова и СПб ГУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца». Это позволило определить частоту повторных госпитализаций пациентов. Был выполнен ретроспективный эпидемиологический анализ 545 историй болезни пациентов названных стационаров за период 1992, 1994, 1996 гг. и 2002, 2004 и 2006 гг. Оценивались следующие демографические показатели: пол, возраст, семейное положение, наличие детей, образование, социальный статус пациента: учеба, работа по специальности, наличие инвалидности, пенсионный статус, длительность заболевания, число предшествующих госпитализаций, длительность последней госпитализации.

Обработка данных производилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

1. Динамика заболеваемости шизофренией в Санкт-Петербурге

Наиболее высокая заболеваемость шизофренией (до 21,3 на 100 000 населения) за изученный период наблюдалась в 1996 г. с последующим снижением данного показателя до 16,06–16,63 в 2004 и 2006 гг. соот-

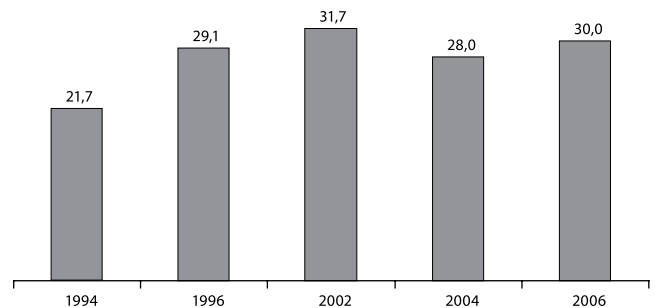


Рис.2. Показатель заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом шизофрения среди пациентов, поступивших в психиатрические стационары Санкт-Петербурга (на 100 000 населения).

ветственно, что сопоставимо с литературными данными [5]. Увеличение числа лиц с впервые выявленным диагнозом (на уровне стационарного звена оказания психиатрической помощи в Санкт-Петербурге) (см. рис. 2) свидетельствует, во-первых, о непрерывном увеличении их числа (с 21,7 в 1994 г. до 30,0 на 100 000 населения в 2006 г.) и, во-вторых, о значительно более высоком уровне (почти в два раза в 2006 г.) данного показателя в амбулаторном звене оказания психиатрической помощи. Весьма вероятно, что подобные различия обусловлены тем, что в психиатрические стационары города госпитализируются лица с иногородней пропиской.

Большое число больных с впервые установленным диагнозом шизофрения, обратившихся за консультативно-лечебной помощью в Санкт-Петербурге (см. рис. 3), подтверждает существующие данные о прогрессирующем увеличении числа лиц с впервые выявленной шизофренией, которым при этом назначается не диспансерное наблюдение, а консультативно-лечебная помощь. Вместе с тем, полученные на основании анализа отчетной формы № 36 данные свидетельствуют о значительном возраста-

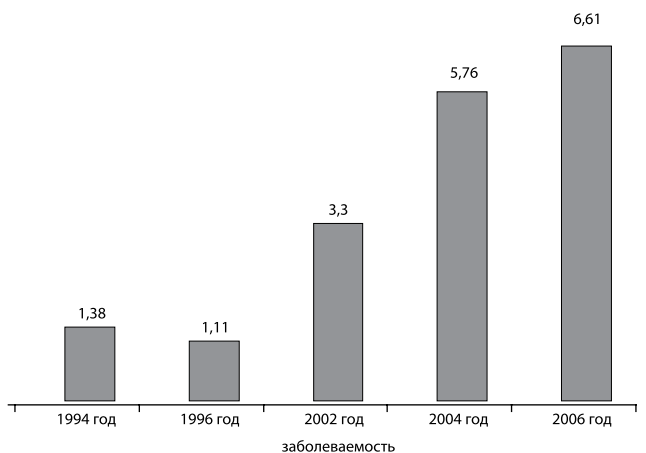


Рис.3. Показатель заболеваемости впервые установленного диагноза шизофрения среди лиц, обратившихся за консультативно-лечебной помощью в Санкт-Петербурге (на 100 000 населения).

нии подобного контингента больных: с 1,38 в 1994 г. до 5,76–6,61 на 100 000 населения в 2004 и 2006 гг., тогда как этот показатель по другим опубликованным данным составлял 0,8–2,2 на 100 000 населения (1999–2005 гг.) [5].

Вместе с тем, изучение показателей динамики поступления больных с впервые выявленным диагнозом шизофрении в три крупнейших психиатрических стационара Санкт-Петербурга, обслуживающих до 60% населения города, свидетельствует о снижении данного показателя (рис. 4), причем в наибольшей степени уменьшилось число больных с впервые в жизни установленным диагнозом шизофрении в 2002–2006 гг. по сравнению с 1992–1996 гг.



Рис. 4. Анализ динамики поступления больных с диагнозом шизофрении в крупнейшие стационары города.

Частота повторных госпитализаций в СПбГУЗ «Психиатрическая больница № 3 им. Сковороца-Степанова» и СПбГУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца» за проанализированные годы существенно снизилась (в среднем на 47% и 43% соответственно), тогда как число регоспитализаций в СПб ГУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко» возросло на 46%.

Демографические показатели и «социальный портрет» больных шизофренией в Санкт-Петербурге

Частота заболевания у мужчин и женщин практически одинакова (50,8% и 49,2% соответственно). Средний возраст начала заболевания составил 26,77±9,87 (среднее ± стандартное отклонение). Эти данные соотносимы с данными литературы, согласно которым заболеваемость шизофренией в России среди мужчин и женщин составляет 54% и 46% при равной болезненности (50%/50%), а модальный возраст болезни колеблется в пределах 18–30 лет [1].

Анализ состояния семейного положения больных шизофренией (рис. 5) свидетельствует о том, что боль-

шинство из них (51%) никогда не состояли в браке. 27% пациентов ранее состояли в браке, но после начала заболевания вынуждены были расторгнуть брак, 3% потеряли супруга в результате смерти последнего, и лишь 19% больных остаются в браке. Не более четверти (23–22%) больных шизофренией имеют детей. Весьма вероятно, это связано с ранним началом болезни, поэтому большинство больных остаются бездетными. Предположительно, именно болезнь не позволяет большинству пациентов не только иметь детей, но и образовывать полноценную семью.

Оценка образовательного уровня больных шизофренией свидетельствует о том, что лишь 4% пациентов имеют незаконченное среднее и 13% — незаконченное высшее образование. Большинство больных (до 82%) закончили либо среднюю школу (16%), либо получили среднее специальное (45%) или высшее (20%) образование. Таким образом, образовательный уровень больных шизофренией достаточно высок, однако в среде пациентов доминируют лица со средним специальным образованием. (рис. 6)

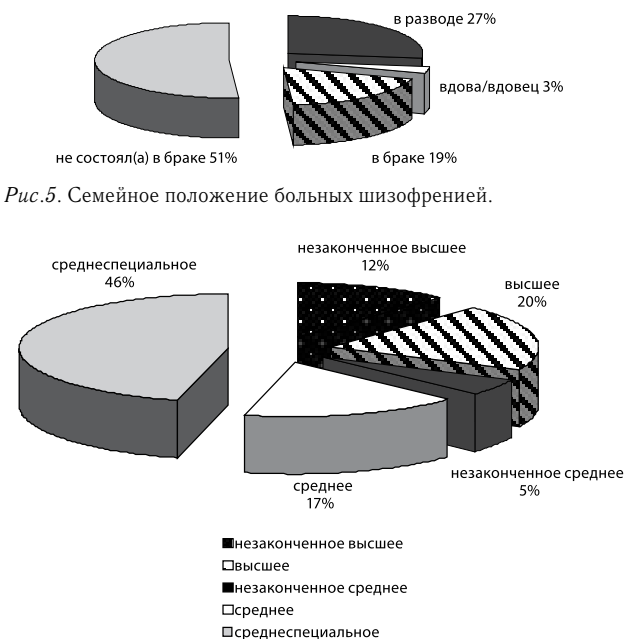


Рис. 5. Семейное положение больных шизофренией.

Рис. 6. Образовательный уровень больных шизофренией в Санкт-Петербурге.

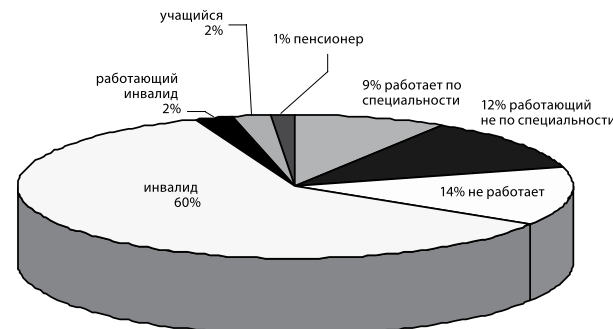


Рис. 7. Социальный статус больных шизофренией в Санкт-Петербурге.

Большинство больных шизофренией трудоспособного возраста в Санкт-Петербурге являются инвалидами, их долевое отношение достигает 60%, что существенно выше, чем по Российской Федерации в целом [4]. Всего 21% больных шизофренией работают, но только 9% — по специальности. 14% больных трудоспособного возраста не работают, по 2% составляют работающие инвалиды и учащиеся, и лишь 1% являются лицами пенсионного возраста (рис. 7).

Таким образом, болезнь негативно влияет на возможность полноценной трудовой деятельности, несмотря на проводимую психофармакотерапию. Поэтому существующие данные о том, что до 20–30% больных достигают степени «социального выздоровления» [1], на уровне Санкт-Петербурга представляются нам завышенными.

Заключение

Результаты настоящего исследования подтверждают существующие литературные данные о некоторой тенденции к снижению регистрируемой заболеваемости шизофренией как в России в целом, так и в Санкт-Петербурге, что происходит на фоне продолжающегося сокращения населения страны в целом и Санкт-Петербурга в частности. Частота заболеваемости шизофренией (впервые выявленной) более адекватно оценивается по показателям, характеризующим обращение за медицинской помощью (госпитализация, обращение в консультативные центры).

Установленное превышение числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом шизофрения, госпитализируемых в стационары Санкт-

Петербурга, по сравнению с количеством их регистрации на уровне амбулаторного звена оказания психиатрической помощи позволяет сделать заключение о том, что значительная часть больных попадает в психиатрические больницы города без прописки, поэтому регистрация первичных больных шизофренией в психоневрологических диспансерах более точно отражает истинную заболеваемость жителей Санкт-Петербурга.

Обращает внимание весьма тревожная тенденция увеличения числа впервые выявленных больных шизофренией, которым при этом назначается не диспансерное наблюдение, а консультативно-лечебная помощь, при этом полученные в настоящей работе данные превышают уровень, регистрируемый в уровне Российской Федерации.

Оценка социального статуса больных шизофренией в Санкт-Петербурге подтверждает и конкретизирует пагубные последствия данного заболевания, которые проявляются в нарушении семейных и социальных взаимоотношений у данной категории пациентов, при этом незначительное увеличение длительности заболевания (в среднем на 2,57 года) способствует возрастанию количества неработающих и инвалидизированных пациентов.

Социальный портрет больного шизофренией выглядит следующим образом: одинокий (не состоящий в браке) человек, не имеющий детей, с достаточно высоким образовательным уровнем (среднее специальное или высшее образование), не работающий по специальности (или работающий не по специальности), инвалид.

Литература

1. Краснов В. Н., Гурович И. Я., Мосолов С. Н., Шмуклер А. Б. (ред). Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство.— М.: Медпрактика-М, — 2007.— 260 с.
2. Попов Ю. В., Вид В. Д. Шизофрения, Практический комментарий к V главе МКБ-10 Психоневрологический институт им. Бехтерева, Санкт-Петербург // Психиатрия и психофармакотерапия. — 1999.— №1. [Электронный ресурс] // <http://www.consilium-medicum.com/> (по состоянию на 09.03.2008).
3. Гурович И. Я., Голланд В. Б., Зайченко Н. М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999).— М., 2000.— 508 с.
4. Гурович И. Я., Любов Е. В. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии // М., Медпрактика-М, 2003.— 264 с.
5. Гурович И. Я., Голланд В. Б. Сон И. М. и др. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). — М., 2007. — 572 с.
6. Marneros A. The long-term course and outcome of schizophrenia // Triangle. — 1992. — Vol.31. — P.155–161.

