

## Клинические и социальные оценки больных шизофренией, лечившихся в психиатрическом стационаре

**ЛОБКО А.Н.**

врач-психиатр городской психиатрической больницы им. И.И. Скворцова-Степанова №3, соискатель ученой степени кандидата медицинских наук кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; e-mail: a\_lobko82@mail.ru

**СОФРОНОВ А.Г.**

д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; главный психиатр и главный нарколог Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга; e-mail: alex-sofronov@yandex.ru

**ПАШКОВСКИЙ В.Э.**

д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; e-mail: pashvladimir@yandex.ru

**САВЕЛЬЕВ А.П.**

к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; e-mail: dr.savelyev@yahoo.com

*Целью настоящего исследования является проведение сравнительного анализа клинико-динамических и социально-демографических показателей больных, лечившихся в психиатрическом стационаре в 1968–1970 и в 2010–2012 гг. На базе психиатрической больницы им. И.И. Скворцова-Степанова г. Санкт-Петербурга проведено ретроспективное исследование с историческим или непараллельным контролем. С помощью специально разработанной карты, состоящей из четырех модулей и включающей 273 переменных. Изучено 104 истории болезни пациентов, госпитализированных в 1968–1970 гг. (1-я группа – 53 чел.) и в 2010–2012 гг. (2-я группа – 51 чел.) Соотношение мужчин и женщин в 1-й и 2-й группах составило 52,8/47,2% и 52,9/47,1%. Средний возраст пациентов в 1-й и 2-й группах 35,2+ 9,8 и 36,5+ 11,7 соответственно. В 1-й и 2-й группах доминировали больные с параноидной формой шизофрении (F20.0), соответственно 84,9% и 66,7%,  $p=0,03$ . Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета STATISTICA. Уровень значимости  $p<0,05$ . Количество неработающих больных, не состоящих в браке и инвалидов статистически значимо преобладало во 2-й группе соответственно: 82,4% против 51,0%,  $p=0,0012$ ; 64,7% против 39,6%,  $p=0,01$  и 62,7% против 34,0%,  $p=0,003$ . Значительное снижение неработающих пациентов во 2 группе связано с отсутствием системы промышленной реабилитации, достигшей наибольшего расцвета в 70–80-е годы, когда были разработаны не только различные формы трудовой реадaptации, но и соответствующие медико-психологические воздействия на больного во время ее проведения. Накопление в стационаре пациентов с тяжелыми социальными условиями усложняет лечебный процесс, требующий как применения современных стратегий усиления психофармакотерапии, так и совершенствования мер социальной реабилитации, терапии занятости, всесторонней социальной поддержки.*

**Ключевые слова:** шизофрения, психиатрический стационар, исторический или непараллельный контроль.

### Введение

**П**роблема лечения и социальной поддержки больных шизофренией является наиболее актуальной в современной психиатрии. Этот диагноз выставлен около 20% пациентам, находящимся на стационарном лечении и около 50% нуждающимся в интенсивной помощи за его пределами [18]. Многим исследователям ключ решения проблемы видится в сокращении пребывания пациентов в стационарах, уменьшении числа повторных госпитализаций, снижении инвалидизации, обеспечения качества ремиссии, позволяющее больным жить полноценной жизнью [14].

Вместе с тем, деинституционализация, характеризующая сведением к минимуму числа психиатрических стационаров с круглосуточным пребыванием больных, кратковременной (2–3 недели) госпитализацией

в случае необходимости, закрытием стационаров для длительной госпитализации и выведением из них больных в условия независимого существования [3] не всеми признается как положительный фактор. По мнению Б.А. Казаковцева [5] «сокращение числа психиатрических коек в регионе часто не сопровождается внедрением так называемых стационарозамещающих технологий и не способствует удержанию освобождающихся ресурсов в сфере оказания психиатрической помощи. Создается порочный круг, в котором сокращение численности коек становится недостаточным не только для создания условий к приближению к установленному для стационаров санитарному нормативу палатной площади, но и условий для создания необходимых для психосоциальной реабилитации пациентов рекреационных помещений». Кроме того, в некоторых странах деинституционализационная политика привела к увели-

чению риска самоубийств [16] или к увеличению повторных госпитализаций (явление «вращающейся двери») [15].

Вышеизложенное обуславливает необходимость изучения вопросов, связанных с организацией медицинской помощи в психиатрическом стационаре. Целью настоящего исследования является проведение сравнительного анализа клинико-динамических и социально-демографических показателей больных, лечившихся в психиатрическом стационаре в 1968–1970 и в 2010–2012 гг.

**Пациенты и методы исследования**

**Обоснование метода.** Метод исторического или непараллельного контроля ранее использовался для изучения влияния патопластических факторов на изменение клиники шизофрении [12]. По мнению Р. Флетчера с соавт. [13], недостатки метода, заключающиеся в различиях принципов диагностики, ассортимента препаратов, методов лечения и т.д., используемые в различные исторические периоды преодолеваются изучением показателей одного и того же учреждения, в котором обеспечивается преемственность организации лечебного процесса. Общеизвестно, что с 70-х гг. прошлого столетия по настоящее время в стране произошли коренные социально-экономические преобразования — изменились формы собственности, ухудшились возможности трудоустройства больных, коренным образом изменилась законодательная база. Однако, эти социальные различия не являются непреодолимым препятствием для сопоставления клинико-динамических показателей. Напротив, мы предположили, что это сопоставление поможет

изучить влияние социологического фактора на психическое расстройство.

Настоящему исследованию способствовало то обстоятельство, что в 1968 профессор Ф.И. Случевский совместно с врачами городской психиатрической больницы им. И.И. Скворцова-Степанова №3 проанализировал динамику смены синдромов больных по «учетным карточкам» [9]. Результаты этих исследований легли в основу наших сопоставлений [1].

**Дизайн исследования.** Исследование проводилось на базе городской психиатрической больницы им. И.И. Скворцова-Степанова №3 г. Санкт-Петербурга. В рамках ретроспективного исследования с историческим или непараллельным контролем (historical or nonconcurrent control) изучено сплошным методом 500 стационарных историй за 1968–1970 и 500 историй за 2010–2012 гг. Затем был произведен отбор для дальнейшего исследования историй, соответствующим совпадающим рубрикам раздела «Шизофрения» международных классификаций болезней МКБ-8 (1968–1970 гг.) и МКБ-10 (2010–2012 гг.) Сформировано 2 группы:

- 1) больные шизофренией, находившиеся на стационарном лечении в 1968–1970 гг. — 53 чел.;
- 2) больные шизофренией, находившиеся на стационарном лечении в 2010–2012 гг. — 51 чел. Диагнозы, установленные в 1968–1970 гг., перекодировывались в соответствии с кодами МКБ-10 (табл. 1). Больных с простой формой (F20.6) было 1,9% и 3,9%, гебефренической (F20.1) — 5,7% и 5,9%, кататонической (F20.2) — 3,8% и 2,0%, острым шизофреническим эпизодом (F23) — 1,9% и 5,9%, резидуальной шизофренией (F20.5) — 1,9% и 11,7% и шизоаффективным психозом (F25) — 0% и 3,9%. Критериями исклю-

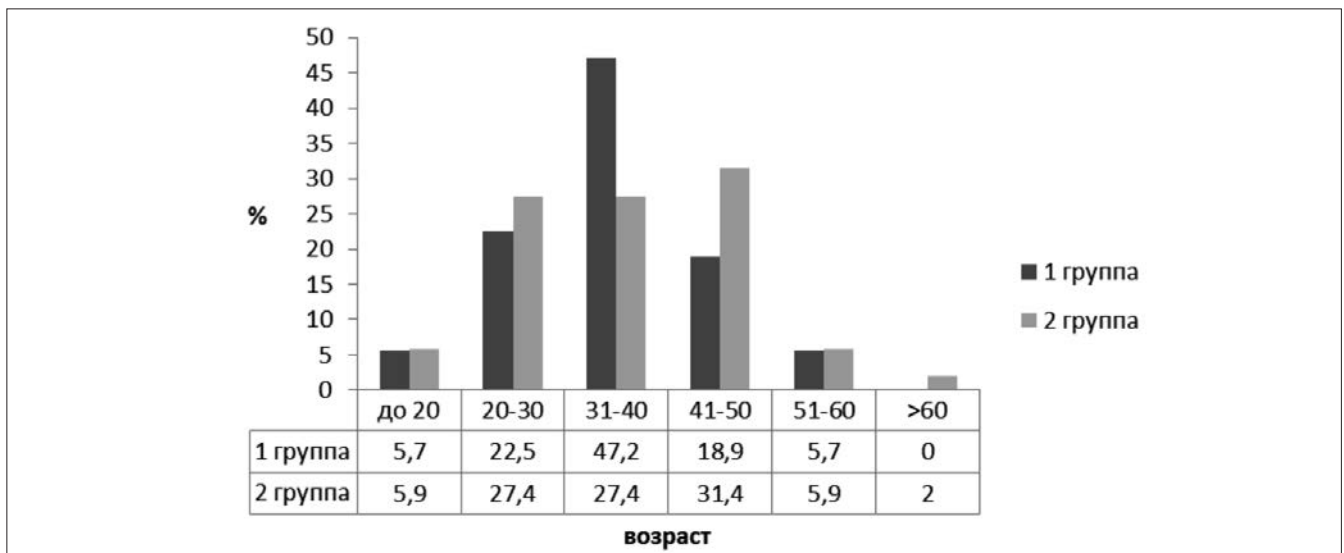


Рис. 1. Распределение больных шизофренией по возрасту в %.

чения были возраст ниже 18 лет и шизоформные состояния, возникшие при непосредственном поражении головного мозга или при системных заболеваниях, когда мозг повреждается как одна из систем организма.

**Методы оценки.** Исследование проводилось с помощью специально разработанной нами карты, включающей 273 переменных и состоящей из четырех модулей:

- 1) социально-демографические данные (пол, возраст, трудовая деятельность, инвалидность, образование);
- 2) психопатологические показатели;
- 3) клинико-динамические показатели (длительность заболевания до настоящего поступления, возраст больного к началу заболевания, число койко-дней и т.д.);
- 4) тактика лечебного процесса.

В связи с тем, что в 1968–1970 и в 2010–2012 гг. ассортимент психотропных средств был различен, показатели относительной частоты применения конкретных лекарственных средств не определялись. Сопоставлению были подвергнуты только доли больных, которым назначались монотерапия, комбинированная терапия и т.д. Статистический анализ для оценки параметрических и непараметрических данных проводился с помощью пакета STATISTICA. Параметрические данные оценивались с помощью методов описательной статистики (вычисление средних значений, средних квадратичных отклонений), достоверность различий — с помощью критерия Стьюдента. При оценке непараметрических переменных производилось сравнение относительных частот в двух группах (различие между двумя пропорциями). Анализ взаимосвязи признаков проводился с помощью гамма корреляции ( $\gamma$ ). Уровень значимости, принятый в данной работе,  $p < 0,05$ .

## Результаты

**Социально-демографические данные.** Исследование не выявило значимых гендерных различий. В 1-й группе было 28 (52,8%) мужчин и 25 (47,2%) женщин, средний возраст — 35,2+9,8 лет. Во 2-й группе было соответственно 27 (52,9%) мужчин и 24 (47,1%) женщины, средний возраст — 36,5+11,7 лет. Распределение по возрасту представлено на рис. 1.

В то же время доля пациентов в возрастном диапазоне 31–40 лет во 2-й группе значимо ниже, чем в 1-й ( $p < 0,05$ ). Эти различия можно объяснить изменениями половозрастной пирамиды (снижение и повышение рождаемости) в различные исторические периоды [2]. Другие социо-демографические данные представлены в табл. 2.

Во 2-й группе выявлено значимое преобладание неработающих, холостых, инвалидов второй группы. Соответственно в 1-й группе значимо больше доли работающих пациентов, состоящих в браке, а также инвалидов 3-й группы и не имеющих инвалидности. Значительное снижение неработающих пациентов во 2-й группе связано с отсутствием системы промышленной реабилитации, достигшей наибольшего расцвета в 70–80-е годы, когда были разработаны не только различные формы трудовой реадaptации, но и соответствующие медико-психологические воздействия на больного во время ее проведения [4, 6, 7].

Не выявлено межгрупповых различий между долями учащих, разведенных, вдовствующих, инвалидов первой группы. Показатели образовательного уровня в обеих группах значимо не различались за исключением долей лиц с начальным образованием, которых значимо больше было в 1-й группе.

Таблица 1

Психические расстройства шизофренического спектра в МКБ-8 и МКБ-10

МКБ-8	Код	МКБ-10	Код
Простая форма	295.0	Простая шизофрения	F20.6
Гебефреническая форма	295.1	Гебефреническая шизофрения	F20.1
Кататоническая форма	295.2	Кататоническая шизофрения	F20.2
Параноидная форма	295.3	Параноидная шизофрения	F20.0
Острый шизофренический эпизод	295.4	Острое шизофреноподобное психотическое расстройство	F23.2
		Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении	F23.1
Латентная шизофрения	295.5	Шизотипическое расстройство	F21
Резидуальная шизофрения	295.6	Резидуальная шизофрения	F20.5
Шизоаффективные психозы	295.7	Шизоаффективные расстройства	F25.-
Прочие	295.9	Другие формы шизофрении	F20.8

**Данные психопатологического обследования.** Распределение больных по нозологическим группам представлено на рис. 2.

Отмечено значимое увеличение доли пациентов с резидуальной шизофренией и уменьшение доли пациентов с параноидной шизофренией во 2-й группе ( $p < 0,05$ ). Межгрупповых различий относительных показателей простой, гебефренной, кататонической форм шизофрении, острых преходящих и шизоаффективных расстройств не выявлено.

Синдромальная структура представлена в табл. 3.

Как видно из табл. 3, как в 1-й, так и во 2-й группе наиболее высокий рейтинг принадлежал синдромам: Кандинского-Клерамбо (галлюцинаторно-бредовой вариант), интрапсихической атаксии, тревожному, наиболее низкий — онейроидному, паранойяльному, гебефреническому, маниакальному, обсессивному (дисморфофобическому). Вместе с тем, статистически значимые различия выявлены только между долями больных с синдромом интрапсихической атаксии. Их количество было выше во 2-й группе.

Таблица 2

Социально-демографические данные больных шизофренией, госпитализированных в 1968–1970 и 2010–2012 гг.

Группы больных	1-я группа		2-я группа		p
	Аб.	%	Аб.	%	
Трудовая деятельность					
Работает	22	41,5	2	3,9	.0000
Учится	4	7,5	7	13,7	.3295
Не работает и не учится	27	51,0	42	82,4	.0012
Брак					
Состоит в браке	14	26,4	4	7,8	.0167
Разведен (а)	14	26,4	11	21,6	.6342
Холост	21	39,6	33	64,7	.0122
Вдовец (вдова)	2	3,8	1	2,0	.5868
Нет сведений	2	3,8	2	3,9	1.0000
Инвалидность по психическому заболеванию					
Инвалид 1 группы	2	3,8	2	3,9	1.0000
Инвалид 2 группы	18	34,0	32	62,7	.0038
Инвалид 3 группы	5	9,4	0	0	.0306
Отсутствует	28	52,8	17	33,4	.0421
Образование					
Высшее	6	11,3	5	9,8	.8683
Н/высшее	12	22,6	10	19,6	.7106
Среднее	24	45,3	31	60,8	.1053
7–8 классов	6	11,3	4	7,8	.6036
Начальное	4	7,6	0	0	.0417
Вспомогательная школа	0	0	1	2,0	.3033
Нет сведений	1	1,9	0	0	.3124

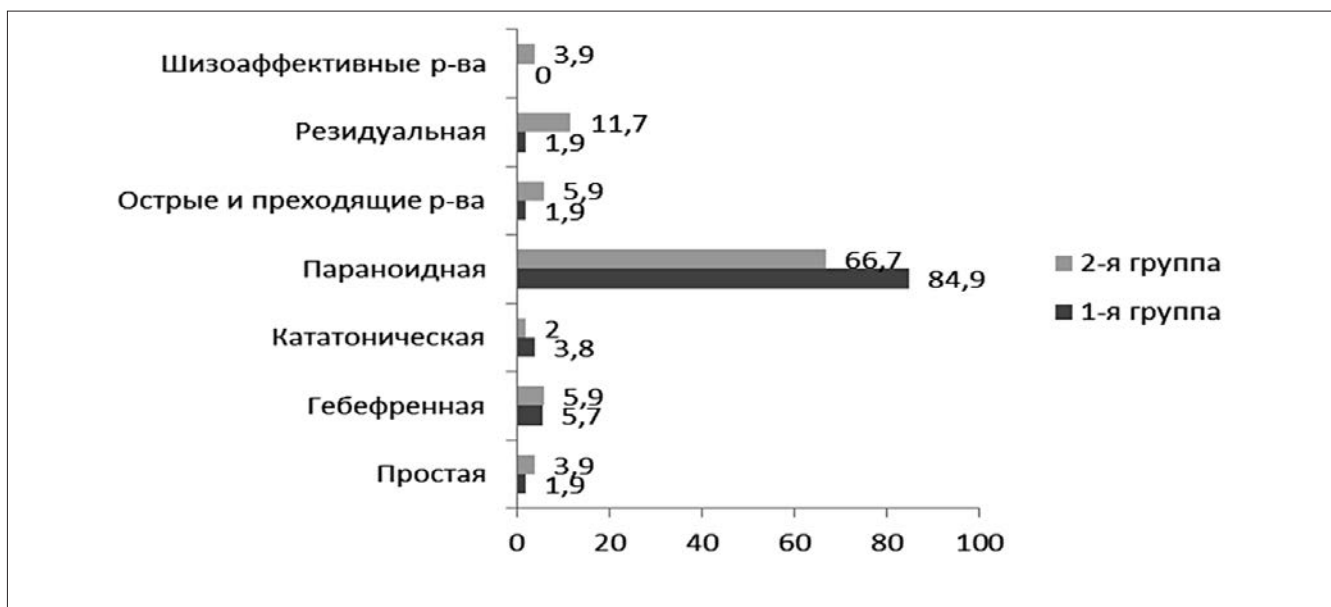


Рис. 2. Распределение больных шизофренией по нозологическим группам в %.

Таблица 3

Синдромологические характеристики больных шизофренией

Группы больных	1-я группа		2-я группа		p
	Аб.	%	Аб.	%	
Психопатоподобный	2	3,8	1	2,0	.5526
Навязчивости и дисморфофобии	4	7,5	3	5,9	.6906
Астенические, астеноипохондрические и другие невротоподобные проявления	12	22,6	10	19,6	.7087
Тревожный	22	41,5	24	47,0	.6091
Онейроидный	2	3,8	0	0	.1521
Маниакальный	4	7,5	2	3,9	.3939
Депрессивный	6	11,3	9	17,6	.3123
Параноидный синдром (отрывочный образный бред)	18	34,0	13	25,5	.3759
Синдром Кандинского-Клерамбо (галлюцинаторный вариант)	5	9,4	7	13,7	.4253
Синдромом Кандинского-Клерамбо (галлюцинаторно-бредовой вариант)	25	47,2	25	49,0	.8387
Паранойальный систематизированный бред	3	5,7	0	0	.0786
Парафренный	5	9,4	7	13,7	.4253
Кататонический	14	26,4	11	21,6	.6342
Гебефренический	4	7,5	1	2,0	.1658
Синдром интрапсихической атаксии	24	45,3	37	72,5	.0063

Клинико-динамические данные. По отношению к исследуемой госпитализации в 1-й группе был выше возраст больных к началу заболевания (28,5+7,5 против 23,4,5+7,9,  $p < 0,05$ ) и выше доля госпитализированных с первым эпизодом (18,9% против 5,9%,  $p < 0,05$ ), во 2-й — отмечено большее количество предыдущих госпитализаций (11,6+11,3 против 4,2+3,9,  $p < 0,05$ ).

Выявлено статистически значимое ( $p < 0,05$ ) преобладание долей больных с длительностью заболевания от 1 до 5 лет в 1-й группе и больных с давностью заболевания свыше 20 лет во 2-й (рис. 3). Среднее количество дней пребывания на койке (койко-день) было значимо выше в 1-й группе (106,3+60,5 против 73,4+56,1,  $p < 0,05$ ), а среднее количество повторных госпитализаций в течение года во 2-й (0,6+0,8 против 0,3+0,7,  $p < 0,05$ ). Во 2-й группе была значимо выше доля больных, у которых увеличение койко-дня было обусловлено социальными показаниями (31,4% против 7,5%,  $p < 0,05$ ). Как было показано выше (табл. 2), во 2-й группе преобладает количество больных, у которых нарушены семейные взаимоотношения. По мнению многих авторов, частоту рецидивов и регоспитализаций повышает негативное отношение родственников к больному в виде чрезмерно выраженных эмоций, игнорирования больного, дисциплинарных мер, попыток разубедить больного в его болезненных убеждениях, излишней критики и гиперопеки [11].

Доля пациентов, доставленных в стационар скорой помощью, была значимо выше во 2-й группе (52,9% против 22,6%,  $p < 0,05$ ), а по направлению диспансера — в 1-й (58,5% против 39,2%,  $p < 0,05$ ). Можно думать, что снижение госпитализаций из ПНД во 2-й группе связано с проблемами недобровольной госпитализации.

Среднее количество времени в часах доставки в стационар после начала приступа было значимо ниже у пациентов 2-й группы (11,3+15,9 против 18,7 +23,3,  $p < 0,05$ ).

**Тактика лечебного процесса.** Анализ применяемых психофармакологических тактик показал, что доля пациентов, пролеченных методом монотерапии, была значимо выше в 1-й группе (54,7% против 29,4%,  $p < 0,05$ ), что по-видимому, можно объяснить ограниченным выбором традиционных нейролептиков с одномодалным действием в 60-е и 70-е гг. Последовательная смена препаратов в течение госпитализации и комбинированная терапия значимо чаще осуществлялась у больных 2-й группы, соответственно: 39,2% против 17,0% и 66,7% против 43,4%,  $p < 0,05$ . Как в 1-й, так и во 2-й группах отмечалось значительное количество пациентов, отказавшихся от приема препаратов в промежутках между госпитализациями: соответственно 71,7% и 74,5%. Значимых

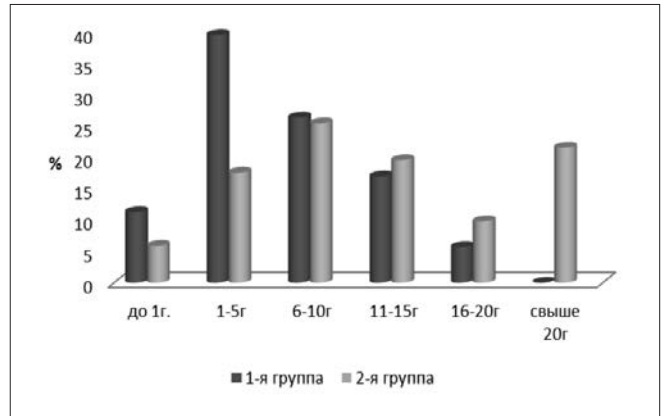


Рис. 3. Длительность заболевания до настоящего поступления в гг.

межгрупповых различий не выявлено. Во 2-й группе только типичные нейролептики назначались 23,5%, а только атипичные — 17,6% пациентам, различия статистически не значимы. В этой же группе отмечено значимое увеличение доли больных, которым назначалась комбинированная терапия, по сравнению с долей, получивших монотерапию (66,7% против 29,4%,  $p < 0,05$ ).

Существенным показателем качества лечебного процесса является показатель повторных госпитализаций в течение года, который у пациентов 2-й группы (табл. 4) положительно коррелирует с показателями количества предыдущих госпитализаций, а также госпитализаций, обусловленных обострением болезненного процесса и показателем количества пациентов, которым назначалась монотерапия, и отрицательно — с числом госпитализаций, обусловленных социальными показаниями, числом пациентов, которым назначалась комбинированная терапия, и пациентов, отказавшихся от приема препаратов в промежутках между госпитализациями.

## Обсуждение

Проведен сравнительно-исторический анализ стационарного контингента больных шизофренией. По сравнению с 1968–1970 гг., в 2010–2012 гг. увеличилось количество неработающих, не состоящих в браке, инвалидов. Аналогичные результаты получены и другими авторами [8]. Как в 1968–1970 гг., так и в 2010–2012 гг. среди всех форм доминировала параноидная шизофрения, однако в 2010–2012 гг. была значимо выше доля больных с резидуальной шизофренией. В исследуемых исторических срезах интрасиндромальный патоморфоз не выявлялся, за исключением преобладания синдрома интрапсихической атаки, который Ф.И. Случевский [10] определял как комплекс расстройств мышления (атактическое мышление в различных вариантах), волевых

функций и эмоциональности, выступающих в единой структуре нелепого поведения, но без продуктивной психопатологической симптоматики.

Анализ клинико-динамических переменных показал преобладание в 2010–2012 гг. больных с давностью заболевания свыше 20 лет и уменьшение доли больных с первым эпизодом.

Уменьшение числа койко-дней в 2010–2012 гг. сочеталось с увеличением повторных госпитализаций. Такая закономерность отмечалась в ряде работ, авторы которых говорили о том, что ранняя выписка приводит к феномену «вращающейся двери», риску самоубийств [20]. А. Grinshroon с соавторами [17] обнаружили, что уровень регоспитализаций был значительно ниже только для больных шизофренией со стационарным пребыванием дольше 6 месяцев.

Имелись различия и в тактике лечебного процесса. В 2000–2001 гг. оказывалось предпочтение комбинированной терапии. Хотя сочетание двух или более антипсихотиков обычно не одобряется, при хронической и терапевтически резистентной шизофрении сочетание типичного и атипичного антипсихотика оказывается эффективным [19].

### Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало, что за счет перераспределения больных шизофренией в амбулаторную сеть в последние годы в стационаре значительную долю составляет контингент, характеризующийся длительно сохраняющимися негативными симптомами, расстройствами мышления, стойкой социальной дезадаптацией и терапевтической резистентностью. Это усложняет лечебный процесс, требующий как применения современных стратегий усиления психофармакотерапии, так и совершенствования мер социальной реабилитации, терапии занятости, всесторонней социальной поддержки.

### Список литературы

1. Авербух И.Е., Куликов Ю.Д., Случевский Ф.И. К вопросу об анализе и сопоставлении отдельных форм психических заболеваний с помощью ЭВМ. // Сомато-неврологический аспект психических заболеваний с помощью ЭВМ. Краткие тезисы докладов к научно-практической конференции 25–26 декабря 1972. — Л.: Ленинградская 3-я психиатрическая больница, 1972. — С. 101–103.
2. Андреев Е., Вишневецкий А., Кваша Е. и др. Российская половозрастная пирамида. // Население & общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народохозяйственного прогнозирования РАН. 2006. — №97. — С. 10–11.
3. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.А. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012. — Т. 22. — №1. — С. 5–19.
4. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина, 1985. — 216 с.
5. Казаковцев Б.А. О реформе психиатрической помощи // Независимый психиатрический журнал. — 2004. — №4. — С. 28–31.
6. Красик Е.Д., Миневич В.Б., Петров М.И. и др. Индустриальная реабилитация психически больных. — Томск. — 1980. — 134 с.
7. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. — М.: Медгиз. — 1963. — 195 с.
8. Рукина Н.Ю. Сравнительные клинические и социально-адаптационные характеристики больных шизофренией: 1987–2007 гг. Автореф. канд.дисс. — Томск. — 2012. — 20 с.
9. Случевская Н.С. Мой дорогой, любимый, незабвенный // В кн. Случевский Ф.И. Избранные труды // Сост.: Е.В. Снедков, В.А. Точилев, С.Ф. Случевская. — СПб.: Изд. Фонда «Содружество». — 2011. — С. 45–48.
10. Случевский Ф.И. К вопросу дифференциальной диагностики шизофрении и клинически сходных состояний // Клинические и экспериментальные исследования при нервных и психических заболеваниях. Труды института. — Т. XL. — Л.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 1967. — С. 155–163.

Таблица 4

Корреляционные взаимосвязи между повторными госпитализациями в течение года и другими клинико-динамическими и психофармакологическими показателями

Показатели	$\gamma$	Z	$p$
Предыдущие госпитализации	0,65	5,06	<0,0001
Госпитализации, обусловленные обострением болезненного процесса	0,50	2,95	<0,01
Госпитализации, обусловленные социальными показаниями	– 0,55	– 3,34	<0,0001
Монотерапия	0,50	2,39	<0,05
Комбинированная терапия	– 0,57	– 2,95	<0,01
Отказ от приема препаратов между госпитализациями	– 0,57	– 2,95	<0,01

11. Солоненко А.В., Косенко В.Г., Цыганков Б.Д. Межличностные отношения в семьях пациентов с первым психотическим эпизодом. — Краснодар: Эдви. — 2009. — 135 с.
12. Федоров Я.О. Исследование патопластических факторов шизофрении (сравнительный клинико-катамнестический анализ) Автореф. канд.дисс. — СПб. — 2010. — 26 с.
13. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Пер.с англ. — М.: Медиа Сфера. — 1998. — 347 с.
14. Щербук Ю.А., Литвинцев С.В., Шигапов Д.Ю. О совершенствовании психиатрической помощи в Санкт-Петербурге // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20. — вып. 2. — С. 61–66.
15. Botha U.A., Koen L., Joska J.A. et.al. The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. // Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2010. — V.45. — №4. — P. 461–468.
16. Capdevielle D., Ritchie K., Villebrun D. et.al. Schizophrenic patients' length of stay: clinical factors of variability and consequences. // Encephale. — 2009. — V.35. — №1. — P. 90–96.
17. Grinshpoon A., Abramowitz M.Z., Lerner Y., Zilber N. Re-hospitalization of first-in-life admitted schizophrenic patients before and after rehabilitation legislation: a comparison of two national cohorts. // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2007. Vol. 42. — №5. — P. 355–359.
18. Rittmannsberger H. Lebensumstände schizophrener Erkrankter. In: Rittmannsberger H, Wancata J, editors. Der Österreichische Schizophreniebericht. Linz: edition pro mente. — 2008.
19. Takahashi N., Terao T., Oga T., Okada M. Comparison of risperidone and mosapramine addition to neuroleptic treatment in chronic schizophrenia. // Neuropsychobiology. — 1999. — V. 39. №2. — P. 81–85.
20. Valevski A, Zalsman G, Tsafirir S, et.al. Rate of readmission and mortality risks of schizophrenia patients who were discharged against medical advice. // Eur. Psychiatry. 2012. V.27. №7. — P. 496–499.

## Clinical and social evaluation of patients with schizophrenia treated in psychiatric hospital (comparative study)

LOBKO A.N.<sup>1</sup>, SOFRONOV A.G.<sup>2</sup>, PASHKOVSKIY V.E.<sup>2</sup>, SAVELYEV A.P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>City psychiatric hospital №3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov, St Petersburg

<sup>2</sup>North-Western state medical university named after I.I. Mechnikov

*The purpose of this study is to conduct a comparative analysis of clinical-dynamic and socio-demographic indicators of patients treated in psychiatric hospitals in 1968–1970 and 2010 to 2012. We conducted a retrospective study with a historical or nonconcurrent control in the St Petersburg psychiatric hospital №3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov using specially designed card, consisting of four modules and including 273 variables. We studied 104 case histories of patients with schizophrenia who were hospitalized in 1968–1970 (1st group of 53 patients) and in 2010–2012. (2nd group of 51 patients). The female to male ratio in the 1st group was 52.8/47.2%, in the 2nd group was 52.9/47.1%. The average age in the 1st group was 35.2+ 9.8 and 36.5+ 11.7 years in the 2nd group. Statistical processing was carried out with STATISTICA software package. The level of significance was  $p < 0.05$ . Patients with paranoid schizophrenia (F20.0) dominated in the 1st and 2nd group, 84.9% and 66.7% respectively,  $p = 0.03$ . Patients with simple schizophrenia (F20.6) was 1.9% and 3.9%, hebephrenic schizophrenia (F20.1) — 5.7% and 5.9%, and catatonic schizophrenia (F20.2) — 3.8% and 2.0%, acute schizophrenic episode (F23) — 1.9% and 5.9%, residual schizophrenia (F20.5) - 1.9% and 11.7% and schizoaffective psychosis (F25) — 0% and 3.9% respectively. The number of unemployed patients, who are unmarried and disabled statistically significantly prevailed in the 2nd group respectively: 82.4 % against 51.0%,  $p = 0.0012$ ; 64.7% against 39.6%,  $p = 0.01$  and 62.7% against 34.0%,  $p = 0.003$ . A significant reduction of unemployed patients in the 2nd group is connected with the lack of industrial rehabilitation, which has reached the greatest prosperity in the 70s and 80s, when not only various forms of labor reinsertion were developed, but also appropriate medical and psychological impact on the patient during it. Accumulation of patients with severe social problems in hospital complicates the healing process. It requires the application of modern strategies to enhance pharmacotherapy and improving measures of social rehabilitation, therapy employment, and comprehensive social support.*

**Key words:** schizophrenia, a psychiatric hospital, historical or nonconcurrent control.