

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОЖИВАЮЩИМ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ РАЙОНЕ

Р. М. Щербич

*Ханты-Мансийский клинический психоневрологический диспансер*

Проблема организации психиатрической помощи в настоящее время продолжает привлекать пристальное внимание исследователей [1–3, 9]. Разрабатываются ее новые формы, учитывающие актуальные потребности целевых групп пациентов (с частыми и длительными госпитализациями, инвалидов, лиц с неустойчивой трудовой адаптацией, утративших социальные связи и навыки независимого проживания и др.) и продемонстрировавшие свою клиничко-социальную и экономическую эффективность [4, 5, 7, 8]. Одной из таких целевых групп больных, нуждающихся в специальных мероприятиях для улучшения качества помощи, являются пациенты, проживающие в территориях с большим радиусом обслуживания, малой плотностью населения и рядом транспортных проблем.

Ханты-Мансийский клинический психоневрологический диспансер (ПНД, главный врач – К.Б. Мисюра) обслуживает население г. Ханты-Мансийска и Ханты-Мансийского района. Взрослое население обслуживается на двух психиатрических участках: всего под наблюдением ПНД на начало проведения данного исследования (2005 г.) состояло 1 425 человек (диспансерное наблюдение и консультативно-лечебная группа), из которых 170 пациентов наблюдалось с диагнозом шизофрения и с расстройствами шизофренического спектра. Из них 138 человек проживало в г. Ханты-Мансийске и 32 человека – в Ханты-Мансийском районе (из которых 31 пациент – 96,9% принял участие в данном исследовании), в населённых пунктах, удалённых от города на 20–209 км. При этом, в населённых пунктах с удобным расположением – с доступностью наземного транспорта круглый год, проживало лишь 5 человек (16,1%). Остальные (26 чел., 83,9%) проживали в сёлах, где комфортная транспортная связь функционирует сезонно, в зимнее и летнее время. В весенний и осенний периоды, между городом и данными населёнными пунктами функционирует исключи-

тельно воздушный транспорт, что в этот период значительно затрудняет контакт фельдшеров и сельских врачей с ПНД – центром оказания специализированной психиатрической помощи.

Средний возраст пациентов составлял  $42,5 \pm 12,8$  лет, то есть преобладали пациенты трудоспособного возраста (муж. – 64,5%, жен. – 35,5%). При этом, большинство больных (64,5%) не имели даже среднего образования и лишь 19,4% получили какое-либо специальное образование (среднее специальное, высшее, незаконченное высшее). Это, безусловно, сказывалось на трудовом статусе пациентов: работали только 6 больных (19,3%), 67,7% имели группу инвалидности, а 6,5% были безработными. При этом, в 45,2% случаев отсутствовала установка на трудоустройство, в том числе и в специально созданных условиях. В официальном браке состояли лишь 5 человек (16,1%), у 1 больного (3,2%) брак был не зарегистрирован и 11 человек (35,4%) находились в разводе. В 2/3 случаев отмечалось выраженное ограничение контактов, у 9,7% пациентов имели место конфликтные отношения с окружающими, 6,4% – отвергались ближайшим окружением.

Преобладали больные шизофренией (26 чел.; 83,9%), остальные случаи приходились на долю расстройств шизофренического спектра, из которых 1 человек (3,2%) страдал шизотипическим расстройством, 2 человека (6,45%) – острым полиморфным психотическим расстройством и двое пациенток (6,45%) были с хроническим бредовым расстройством (табл. 2). У больных шизофренией чаще встречались неблагоприятные варианты течения заболевания: в половине случаев (16 чел.; 51,6%) – непрерывное течение, еще у 29% – эпизодическое с нарастающим дефектом. Большинство пациентов болели длительное время (64,6% – свыше 10 лет) и, соответственно, длительно наблюдались в ПНД, неоднократно стационарились в пси-

Динамика показателей по шкале PANSS всех включенных в исследование больных (n=31)

Показатели	До включения больных в исследование	Через 6 месяцев	В конце исследования
Позитивные симптомы	13,9±7,1	12,3±6,3	11,4±5,9
Негативные симптомы	21,0±9,1	19,5±8,9	18,7±8,7
Общесихопатологические симптомы	36,3±12,3	31,7±11,5	28,8±11,7*
Суммарный балл по PANSS	71,1±27,5	63,5±25,9	59,0±25,6

Примечания: \* –  $p < 0,05$  по сравнению с началом исследования.

хиатрическую больницу (единичные госпитализации были менее чем у 1/3 больных).

В течение 2006 года описанный контингент больных (31 чел.) был включен в специальную годовичную программу интенсификации помощи. За период исследования было выполнено 63 выезда в населённые пункты Ханты-Мансийского района. Проводилась коррекция психофармакотерапии (22 чел.; 71,0%), а также групповая и индивидуальная (в случаях, когда было невозможно собрать группу в силу малочисленности больных, проживающих в данном населённом пункте) психосоциальная работа. Групповая работа проводилась в относительно крупном населённом пункте Ханты-Мансийского района – п.Горноправдинск, расположенном на расстоянии 200 км от г.Ханты-Мансийска. Психосоциальная работа проводилась по методике, разработанной в отделении внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии [6], и была направлена на формирование комплаенса, раннее распознавание признаков начинающегося обострения, совладание с остаточной психопатологической симптоматикой, преодоление самостигматизации и формирование социальной автономии.

Цикл включал 10 занятий, каждое из которых было длительностью 1 час. Перед началом работы в группе на предварительном этапе происходило обязательное первичное индивидуальное консультирование с целью определения проблем пациента и установления с ним партнёрских отношений, а также выработки мотивации к участию в психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятиях.

На первой сессии участники познакомились с целями и задачами программы, правилами работы в группе, получали информацию о том, как будут проводиться сессии. Большое внимание уделялось созданию атмосферы эмпатии, эмоциональной безопасности внутри группы, знакомству участников между собой. Последующие сессии строились по методу интерактивного обучения, что включало в себя обмен мнениями, совместное обсуждение опыта совладания с остаточными (при продолжающейся фармакотерапии) психопатическими расстройствами. Информация многократно повторялась в течение каждого занятия, предоставлялась небольшими частями с одновременным активным побуждением участников к ответной реакции, что

стимулировало участников к взаимодействию. Пациентам предоставлялась информация о причинах, течении и прогнозе психических заболеваний, обсуждались наиболее характерные для шизофренических симптомы, неправильное поведение.

После подробного описания каждого симптома пациенты обучались распознавать у себя его проявления, а также признаки, предшествующие началу обострения или ухудшения. Стимулировалось взаимодействие участников, обратная связь друг с другом. В трёх сессиях обсуждалась информация об использовании психотропных препаратов, о возможных побочных эффектах и методах их коррекции. При обсуждении психофармакотерапии подчёркивалась необходимость соответствия лечения клиническому состоянию, формировалась мотивация на соблюдение предписанного режима терапии. На последней сессии предоставлялась информация о системе поддержки, об учреждениях, которые оказывают психиатрическую помощь, социальных службах, рассказывалось о льготах психически больных. Кроме того, участники мотивировались на дальнейшее поддержание дружеских отношений друг с другом.

В результате коррекции фармакотерапии, пациенты стали получать более интенсивное лечение. Так, если до включения в программу, только 9,7% больным назначались атипичные антипсихотики, то в дальнейшем их число увеличилось до 16,1%. В 3-х случаях (9,7%) была осуществлена замена одного традиционного нейролептика на другой; 13 пациентам – увеличена доза принимаемого препарата. В целом, средний хлорпромазиновый эквивалент увеличился почти в 2 раза: с 61,9±68,1 до 118,5±110,6 ( $p < 0,05$ ). При этом увеличилось число полностью комплаентных пациентов (с 25,8% до 45,2%;  $p < 0,001$ ).

Через год участия в программе среднее значение суммарного балла по PANSS достигло уровня ремиссии (табл. 1), а у 21 пациента (67,7%) отмечалась статистически значимая положительная динамика состояния как при оценке общей эффективности, так и по субшкалам позитивной и общесихопатологической симптоматики; положительная динамика негативной симптоматики у этих больных регистрировалась на уровне тенденции (табл. 2). Остальные 10 пациентов не обнаруживали сколько-нибудь существенного улучшения.

## Динамика показателей по шкале PANSS в подгруппе больных с отчетливым улучшением клинического состояния (n=21)

Показатели	До включения больных в исследование	Через 6 месяцев	В конце исследования
Позитивные симптомы	12,5±5,5	10,3±3,1	9,2±1,9*
Негативные симптомы	19,1±7,5	16,9±6,1	15,8±5,3
Общепсихопатологические симптомы	34,1±10,0	27,8±6,4**	23,8±4,1***
Суммарный балл по PANSS	65,7±21,7	54,9±14,5	48,8±10,3**

Примечания: сравнение показателей с полученными перед началом исследования; \* – p<0,05; \*\* – p<0,01; \*\*\* – p<0,001.

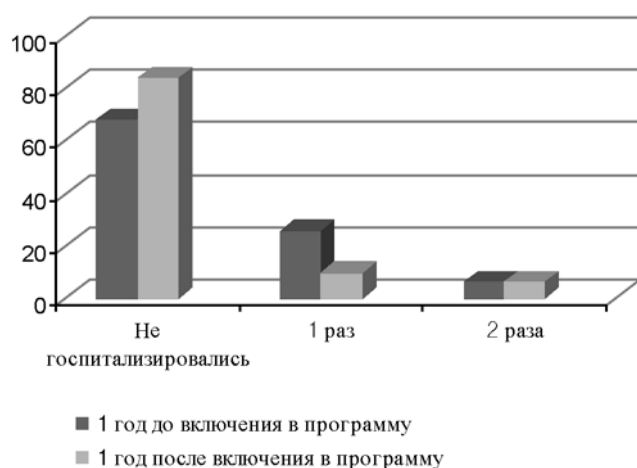


Рис. 1. Динамика числа больных (в %) с различной частотой госпитализаций

Число госпитализировавшихся в течение года больных сократилось в 2 раза (p<0,05): с 32,3% за 12 месяцев перед включением в программу до 16,1% в течение 12 месяцев после включения в программу (рис. 1).

В процессе участия в программе произошли положительные сдвиги в социальных характеристиках больных. Так, количество пациентов, имеющих постоянную работу или трудоустроенных временно, возросло (p<0,05) с 25,8% до 41,9% (рис. 2). Несколько улучшились отношения в семье: число пациентов, у которых в семье сохранялись конфликтные отношения, снизилось с 22,6% до 12,9%.

Положительные результаты были получены также при оценке стоимости проведенных мероприятий. В 2006–2007 годах стоимость койко-дня в психиатрическом стационаре Ханты-Мансийского клинического психоневрологического диспансера составляла 300 рублей 60 копеек. За год до включения больных в программу суммарная длительность пребывания пациентов на стационарном лечении

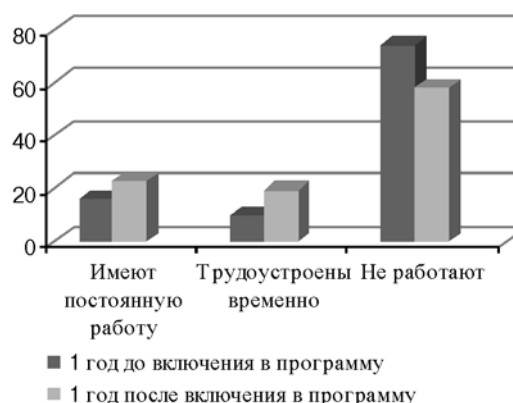


Рис. 2. Динамика числа больных (в %) с различным уровнем трудоустройства

составила 1 080 дней. Таким образом, на больничное лечение было потрачено 324 648 рублей. После включения в программу число дней госпитализации сократилось до 404, а ее стоимость, соответственно, составила 121 442,4 рублей. С учетом увеличения затрат (с 71 698, 85 руб. до 164 680,9 руб.) на амбулаторную фармакотерапию и стоимости расходов на проезд до населенных пунктов Ханты-Мансийского района (38 102 руб.), расходы на оказание помощи данному контингенту снизились на 72 121,55 рублей (с 396 346, 85 руб. до 324 225,3 руб.) или на 18,2%, то есть в среднем на 2 326,5 рублей на человека.

Таким образом, внедрение программы активного наблюдения и лечения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, проживающих в сельском районе на значительном удалении от ПНД, позволяет повысить качество оказания психиатрической помощи как в клиническом, так и социальном отношениях, обнаруживая в то же время стоимостную эффективность.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 1. С. 9–15.
2. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности 1999–2006 гг. М., 2007. 571 с.
3. Казаковцев Б.А. Современные тенденции в организации психиатрической помощи // Российский психиатрический журнал. 2001. № 1. С. 57–61.
4. Ландышев М.А., Ландышева Т.И. Влияние социальных факторов на частоту стационарирования и программа помощи больным шизофренией с частыми госпитализациями // XIV Съезд психиатров России, 15–18 ноября 2005 г. (Материалы съезда). М., 2005. С. 64.
5. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006. 164 с.
6. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Семёнова Н.Д., Архипова Е.Л. Модуль психообразовательной работы с больными шизофре-

нией и их родственниками // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2004. С. 76–97.

7. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 174 с.

8. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 153 с.

9. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С., Рытик Э.Г. Организационный и экономический аспекты психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1998. Т. 98, № 1. С. 5–9.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОЖИВАЮЩИМ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ РАЙОНЕ**

**Р. М. Щербич**

В работе приводятся результаты внедрения программы помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, проживающим в сельском районе Ханты-Мансийска на значительном удалении от ПНД и наличием ряда транспортных проблем. В результате осуществления данной программы увеличилось число полностью комплаентных пациентов ( $p < 0,001$ ), число госпитализировавшихся в течение года больных сократилось в 2 раза ( $p < 0,05$ ). Возросло количество работающих пациентов 25,8% до 41,9%

( $p < 0,05$ ). Несколько улучшились отношения в семье. При этом расходы на оказание помощи данному контингенту снизились на 18,2%. Таким образом, внедрение данной программы позволило повысить качество оказания психиатрической помощи как в клиническом, так и социальном отношениях, обнаруживая в то же время стоимостную эффективность.

**Ключевые слова:** шизофрения, качество психиатрической помощи, стоимостная эффективность.

## **EFFICACY OF THE PSYCHIATRIC CARE PROGRAM FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA-SPECTRUM DISORDERS IN THE KHANTY-MANSI REGION**

**R. M. Scherbich**

The author reports the results of the recently introduced Psychiatric Care Program for patients with schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders in rural areas of the Khanty-Mansi Region. These patients are in a difficult situation because they reside far away from Psychoneurologic Dispensaries and also experience transport problems. The introduction of a new program resulted in increasing number of compliant patients ( $p < 0,001$ ) and a two-fold decrease of the annual hospitalization rate

( $p < 0,05$ ). The number of patients with jobs increased from 25,8% to 41,9% ( $p < 0,05$ ). Family relations also show a slight positive trend. The costs of care for these patients vice versa decreased by 18,2%. Thus, the introduction of this program allowed to improve the quality of psychiatric care in both clinical and social sense, also making it more cost-effective.

**Key words:** schizophrenia, quality of psychiatric care, cost-effectiveness.

---

**Щербич Ростислав Михайлович** – врач-психиатр Ханты-Мансийского клинического психоневрологического диспансера;  
e-mail: shcherbich42@mail.ru