

Состояние и проблемы стационарной психиатрической помощи в Ленинградской области

Н.В. Семенова

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Проведен анализ уровня и сроков госпитализации больных в психиатрические стационары Ленинградской области в сравнении с общероссийскими данными. Показано, что, несмотря на сокращение коечного фонда и снижение количества госпитализируемых больных, длительность стационарного лечения в области остается достаточно высокой, преимущественно за счет утяжеления контингента больных, значительной доли длительных (более года) госпитализаций, а также недостатка стационарзамещающих технологий в регионе.

Ключевые слова: организация психиатрической помощи, стационарная психиатрическая помощь, госпитализация

State and problems of hospital psychiatric care in the Leningrad Region

N.V. Semenova

The Saint-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. An analysis of the level and length of hospitalization of patients in psychiatric hospitals in the Leningrad Region compared with the nation-wide data was made. It was found that despite the reduction in hospital beds and reducing number of hospitalized patients the duration of hospitalization in the Region remains high enough, mainly due to the more difficult contingent of patients, significant proportion of long-term (more than a year) hospital admissions, as well as a lack of hospital replacement technologies in the Region/

Key words: Organization of psychiatric care, psychiatric hospital care, hospitalization

В современных условиях модернизации здравоохранения особое внимание заслуживают вопросы оказания психиатрической помощи психически больным с длительными сроками пребывания в психиатрическом стационаре. Согласно эпидемиологическим данным, более 20 % коечного фонда психиатрических стационаров занимают пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, а в ряде психиатрических учреждений России эта цифра достигает 50–60 %; около 1/4 пациентов, находящихся в стационарах на конец года, составляют больные с длительными, более 1 года, госпитализациями [1, 5]. Таким образом, значительная часть стационарного коечного фонда, по сути, «блокируется» хронизированными больными, потребляющими непропорционально большую часть ресурсов психиатрической службы. Это диктует необходимость активизации психосоциальных реабилитационных воздействий на всех этапах оказания психиатрической помощи и поиски новых организационных форм для их осуществления.

Цель исследования: анализ уровня и сроков госпитализации в психиатрические стационары больных с психическими расстройствами в Ленинградской области за первое десятилетие XXI века.

Материалы и методы. Проанализированы отчетные формы «Сведения о контингентах психически больных» (форма № 36) Ленинградского областного психоневрологического диспансера за 2000–2009 гг. Применялись клиничко-

эпидемиологический и статистический (расчет экстенсивных и интенсивных показателей) методы исследования. Использовались официальные данные о численности населения Ленинградской области, предоставленные Ленинградским областным бюро медицинской статистики.

Результаты. В последние годы регистрируется снижение уровня госпитализации больных в психиатрические стационары Российской Федерации (РФ), что связано с развитием стационарзамещающих технологий и сокращением коечного психиатрического фонда. С 2000 по 2009 г. коечный фонд в РФ сократился на 11 % — со 172 394 до 153 687 коек [4, 5]. За 10 лет снижение числа госпитализируемых больных в РФ носило медленный, но неуклонный характер и составило 6 % в абсолютных значениях (в 2000 году было госпитализировано 675,7 тысячи человек, а в 2009 году — 639,9 тысячи) и 3 % в расчете на численность населения (показатель госпитализации уменьшился с 464,3 до 450,9 на 100 тысяч населения) [4, 5]. Аналогичная тенденция прослеживается и в ЛО, где уровень госпитализации психически больных за 10 лет уменьшился на 14 % как в абсолютных значениях (с 5607 человек в 2000 г. до 4830 в 2009 г.), так и в расчете на численность населения (с 348 до 301 на 100 тысяч, соответственно). В то же время ежегодные показатели уровня госпитализации в психиатрические стационары ЛО оказываются на 25–38 % ниже общероссийских, а в расчете на численность населения эта разница составляет порядка 110–150 человек на 100 тысяч (рис. 1).

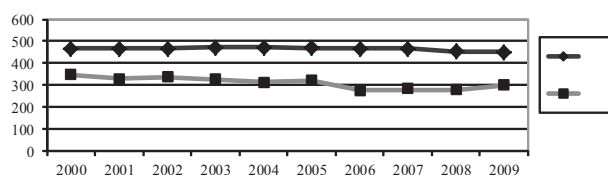


Рис. 1. Динамика показателей госпитализации психически больных в РФ и ЛО (на 100 тыс. населения)

Снижение уровня госпитализации в ЛО связано в первую очередь с уменьшением коечного фонда. С 2000 по 2009 г. коечный фонд сократился с 1820 до 1370 коек (на 25 %). Обеспеченность койками в ЛО снизилась с 11,3 до 8,5 койки на 10 000 населения (также на 25 %). Для сравнения: в РФ этот показатель составлял в те же годы, соответственно, 12,0 и 11,0 коек на 10 000 населения [2].

В структуре госпитализированных больных в ЛО 40–50 % составляют сельские жители, а 50–60 % — городские. Вместе с тем, поскольку численность сельского населения примерно вдвое меньше городского, уровень госпитализации сельских жителей значительно выше, чем городских. Так, в 2000 г. уровень госпитализации сельских жителей составлял 639 человек на 100 000 сельского населения, а городских — 421 на 100 000 городского, то есть уровень госпитализации сельских жителей превышал аналогичный показатель городских жителей в полтора раза. К 2009 г. эта разница еще более увеличилась — 492 против 267 на 100 тысяч, соответственно, то есть уровень госпитализации сельских жителей был почти вдвое выше, чем городских.

К сожалению, сокращение коечного фонда и снижение уровня госпитализации не сопровождалось развитием полу- и вне стационарных форм помощи в регионе. В 2000–2006 гг. в области существовал лишь один дневной стационар (ДС) на 9–11 койко-мест. Количество пролеченных в этом дневном стационаре больных прогрессивно снижалось с 618 человек в 2000 г. до 371 в 2006 г. С 2007 г. ДС не функционировал, его работа была

возобновлена лишь в 2010 г. В конце 90-х годов XX столетия были упразднены лечебно-трудовые мастерские, и до сегодняшнего дня трудовая реабилитация психически больных практически не проводится.

По данным А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой [4, 5], в РФ за 10 лет средняя длительность стационарного лечения в психиатрических больницах в общей когорте психически больных уменьшилась на 9 %, преимущественно за счет больных психозами, слабоумием (на 12 %) и шизофренией (на 16 %), хотя в группах больных с умственной отсталостью и с непсихотическими расстройствами она увеличилась (на 12 % и 3 %, соответственно). Авторы объясняют снижение показателя длительности стационарного лечения в России развитием в последние годы стационарзамещающих технологий, новых форм внебольничной помощи психически больным, а также использованием современных фармакологических средств (атипичных антипсихотиков, селективных антидепрессантов и т. п.), вызывающих меньше побочных эффектов и осложнений и, следовательно, улучшающих комплаенс и позволяющих добиться более длительных и качественных ремиссий психических заболеваний.

В ходе исследования были проанализированы региональные показатели средней длительности пребывания больного на койке в общем контингенте госпитализированных психически больных и в различных диагностических группах, включая психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Эти данные представлены в табл. 1.

Как показывает табл. 1, средний срок госпитализации в ЛО возрастает как в общей когорте психически больных, так и по отдельным диагностическим группам. Причем период 2000–2002 гг. характеризуется тенденцией к снижению этого показателя во всех диагностических группах больных (за исключением заболеваний, связанных с употреблением ПАВ), а затем с 2003 г. наблюдается почти неуклонный его подъем. Самый длительный срок госпитализации приходится на долю больных, страдающих шизофренией, несколько меньший — в группе больных

Таблица 1

Средняя длительность пребывания больного на койке (в днях) в ЛО

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Все психические расстройства	80,5	79,0	71,3	85,5	88,9	103,8	95,7	102,8	99,5	112,7
Психозы и состояния слабоумия	144,9	140,5	125,3	148,0	153,9	171,5	154,3	155,4	155,6	182,2
Шизофрения	171,0	169,9	137,7	169,4	185,4	228,4	185,5	188,9	189,6	225,5
Умственная отсталость	107,8	80,9	98,0	116,2	125,2	133,8	100,3	156,1	178,5	177,3
Непсихотические расстройства	40,3	37,1	40,5	60,5	54,5	49,5	57,8	63,6	51,8	54,0
Заболевания, связанные с употреблением ПАВ	14,9	18,2	20,2	23,1	21,6	22,7	24,9	19,5	18,7	22,1

с психозами и слабоумием. В группе больных с умственной отсталостью средний срок госпитализации занимает третью по длительности позицию, отставая в 2000 г. от показателя больных с психозами и слабоумием на 26 % (108 против 145 дней, соответственно). К концу десятилетия длительность стационарного лечения больных с умственной отсталостью приближается к аналогичному показателю у больных с психозами и слабоумием, а в 2007–2008 гг. даже незначительно его превышает. Самыми короткими оказываются сроки лечения больных с неврогическими расстройствами и с заболеваниями, вызванными употреблением ПАВ.

В общей когорте больных средняя длительность госпитализации увеличилась за 10 лет на 32,2 дня (на 40 %). В группе больных, страдающих психозами и слабоумием, увеличение средней длительности стационарного лечения произошло более чем на месяц — на 37,3 дня (на 26 %). У пациентов, страдающих шизофренией, средний срок стационарного лечения вырос на 54,5 дня (на 32 %). В группе пациентов с умственной отсталостью срок лечения увеличился более чем на два месяца — на 69,5 дней (на 65 %). В группе больных с непсихотическими психическими расстройствами средний срок госпитализации вырос за 10 лет на 13,7 дня (на 34 %). Самый короткий срок стационарного лечения приходится на больных, у которых психические расстройства были связаны с употреблением ПАВ. В этой группе

средний срок лечения вырос в полтора раза — на 7,2 дня или на 48 %.

Сравнительный анализ показывает, что средняя длительность пребывания больного на психиатрической койке в ЛО значительно превышает аналогичный общероссийский показатель — как в общей когорте психически больных, так и в отдельных диагностических группах (рис. 2).

На рис. 2 видно, что в динамике за 10 лет разница областных и федеральных показателей длительности стационарного лечения увеличивается. Так, если в 2000 г. средний срок пребывания на койке в стационарах ЛО в общей группе психически больных соответствовал общероссийскому уровню и был даже несколько его ниже (80,5 и 82,8 дня, соответственно), то к концу 2009 г. региональный показатель превысил федеральный на 89 %. Такое же значительное превышение общероссийских показателей прослеживается и в диагностических группах больных, проживающих в Ленинградской области, и эти различия не только не уменьшаются, но все возрастают: в группе больных психозами и слабоумием — с 13 % в 2000 г. до 87 % в 2009 г., в группе больных шизофренией — с 36 % до 113 %, в группе больных с умственной отсталостью — с 29 % до 88 % и в группе больных с непсихотическими расстройствами — с 3 % до 34 %, соответственно.

В России высокая средняя длительность госпитализации в психиатрические стационары в немалой степени обусловлена тем, что процент

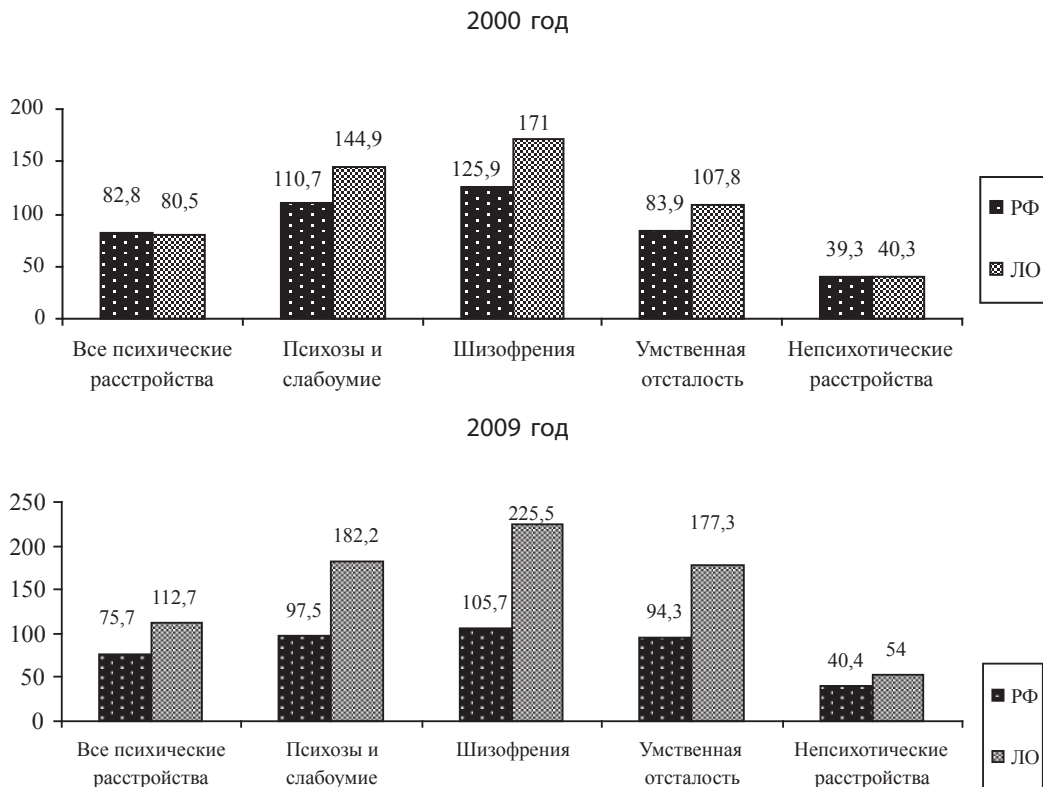


Рис. 2. Средняя длительность пребывания больного на койке в Российской Федерации и Ленинградской области в 2000 и 2009 гг.

Исследования

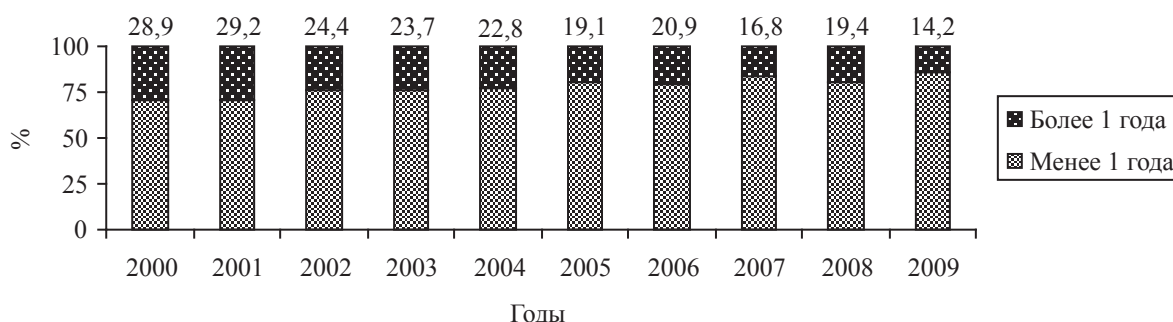


Рис. 3. Количество больных, находящихся в стационарах ЛО более 1 года (%)

больных, находящихся на лечении более 1 года, остается стабильно высоким и составляет 21–23 % [4, 5]. Анализ ситуации с длительными госпитализациями был проведен и в ЛО. Данные о количестве больных, находящихся в стационарах ЛО более года, приведены на рис. 3.

Как показывает рис. 3, в 2000 г. число больных, находившихся в стационарах ЛО области более года, составляло 29 % от общего числа госпитализированных больных. К 2009 г. доля таких госпитализаций сократилась до 14 %. Процент длительных госпитализаций в ЛО соответствует или превосходит общероссийский уровень, за исключением последних лет, когда этот показатель в области становится ниже федерального.

Значительная часть длительных госпитализаций в стационары ЛО приходится на больных, находящихся на принудительном лечении. В общем контингенте госпитализированных больных их доля составляет порядка 2–3 %, однако средняя длительность пребывания на койке таких больных постоянно растет. Так, если в 2000 г. средний срок принудительного стационарного лечения составлял 379,4 дня, то в 2009 г. он достигает 593,4 дня. Причем среди больных, направленных на принудительное лечение, сохраняется довольно высокий процент повторных правонарушений и назначения повторных сроков принудительного лечения (в 2008 г. больные-рецидивисты составляли 29 % от всех больных, находящихся на принудительном лечении, в 2009 г. — 10 %).

Обсуждение и выводы. Таким образом, в Ленинградской области регистрируется сокращение коечного фонда при отсутствии полустационарных и стационарзамещающих форм помощи, что приводит к недостаточному обеспечению населения специализированными психиатрическими койками. Эти структурные процессы сопровождаются снижением уровня госпитализации и изменением соотношения городских и сельских жителей в сторону увеличения уровня госпитализации последних. В то же время первичная

заболеваемость психическими расстройствами у сельских жителей оказывается достоверно ниже, чем у городских [3]. Все это позволяет сделать вывод о существенных недостатках в выявлении психических расстройств и оказании необходимой психиатрической помощи жителям сельской местности на догоспитальном этапе. Сельские жители, у которых дебютирует психическое заболевание, не обращаются в амбулаторную сеть и не получают необходимой помощи вплоть до выраженной эскалации психических и поведенческих нарушений, требующих лечения уже только в условиях психиатрического стационара.

Средние сроки лечения в психиатрических больницах области возрастают, превышая по некоторым группам больных более чем в два раза общероссийские показатели. Наиболее вероятными причинами длительного среднего срока стационарного лечения в ЛО, помимо высокого процента длительных (более 1 года) госпитализаций «по социальным показаниям» и в связи с назначением принудительного лечения, являются утяжеление контингента стационарных больных (преобладание больных с психозами и слабоумием), отсутствие стационарзамещающих форм помощи, нехватка технологий, направленных на медицинскую и социальную (в том числе трудовую) реабилитацию, отсутствие эффективной системы социальной поддержки и сопровождения психически больных и инвалидов.

С сожалением приходится констатировать, что провозглашаемая на федеральном уровне модернизация психиатрической службы в части, касающейся реформы психиатрических стационаров, сопровождается сокращением коечного психиатрического фонда без подкрепления на региональном уровне организационными процессами, позволяющими амбулаторной службе в необходимой мере оказывать медицинскую помощь и осуществлять медико-социальную реабилитацию пациентов во внестационарных условиях.

Литература

1. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России. М., 2000.
2. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения (статистическая информация) [электронный ресурс]. Подгот. МЗ и соц. развития

- РФ. М., 2009. [<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/stat/15>].
3. Семенова Н.В., Незнанов Н.Г. Динамика общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Ленинградской области в 2000–2009 гг. // *Российский психиатрический журнал*. 2010. № 5. С. 29–33.
 4. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Психиатрическая помощь в Российской Федерации в 2005 г. // *Российский психиатрический журнал*. 2006. № 5. С. 4–12.
 5. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Состояние психиатрической службы Российской Федерации в 2009 г. // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2010. № 11. С. 4–10.

Сведения об авторе

Семенова Наталия Владимировна — к. м. н., ведущий научный сотрудник отделения научно-медицинской информации ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: onmi@bekhterev.ru
