

## КОНТИНГЕНТ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (по материалам однодневной переписи)

И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Г. П. Костюк, А. В. Нарышкин

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,  
Московская городская клиническая психиатрическая больница №4  
им. П.Б. Ганнушкина*

Для эффективного осуществления процесса совершенствования психиатрической службы необходимо наличие достаточного количества объективных данных, касающихся особенностей деятельности психиатрических учреждений. Имеющиеся публикации [1], отражающие данные официальной отчетности, в этом отношении чрезвычайно важны, однако приведенная в них информация ограничена сведениями, внесенными в соответствующие отчетные формы и, таким образом, содержат далеко не весь интересующий специалистов материал. В связи со сказанным очевидна необходимость проведения специальных исследований, направленных на изучение контингента больных, получающих помощь в психиатрических учреждениях различных территорий Российской Федерации.

**Целью** данного исследования являлось определение состава психически больных, получающих стационарное лечение, и особенностей оказания им психиатрической помощи.

### Материал и методы

Исследование проводилось на базе Московской городской клинической психиатрической больницы №4 им. П.Б.Ганнушкина. Больница оказывает стационарную психиатрическую помощь жителям ряда районов города Москвы с населением более 1 млн. 700 тысяч человек, обслуживаемым во внебольничных условиях 5 психоневрологическими диспансерами. Всего в 22 отделениях больницы (в том числе 4 геронтопсихиатрических) развернуто 1 430 коек.

Исследование носило сплошной, невыборочный характер. На основе специально разработанной карты была осуществлена одномоментная перепись (сведения регистрировались на определенное число – 16 апреля 2012 г.) пациентов всех отделений больницы – 1 290 человек, находившихся в этот период на лечении. Данные, заносимые в карту, включали демографические (пол, возраст) и социальные характеристики (семейное положение, со-

став семьи, трудовой статус), сведения о диагнозе по МКБ-10, особенности обследования (инструментальные и лабораторные исследования, консультации специалистов) и лечения (структура фармакотерапии, длительность и повторность пребывания в стационаре и пр.).

В дальнейшем полученные результаты были занесены в электронную базу данных и подвергнуты статистической обработке с помощью пакета компьютерных программ Statistica for Windows 6.1. В ряде карт сведения о некоторых показателях отсутствовали (их количество, как правило, было незначительным и ни в одном случае не превышало 3,8% от общего числа обследованных), в этих случаях данные наблюдения исключались из обработки, и обсчет производился на фактическое число обследованных по анализируемому показателю.

Кроме того, необходимо иметь в виду, что больница осуществляет лечение пациентов, поступающих в нее не по территориально-участковому принципу: ВИЧ-инфицированных психически больных, иногородних женщин, лиц без определенного места жительства, пациентов, направленных Московским НИИ психиатрии по неотложным показаниям, а также осуществляет военно-врачебную экспертизу. Общее количество таких пациентов составило 23,5% от общего числа обследованных.

В основу обработки результатов переписи был положен показатель длительности пребывания пациентов в психиатрической больнице (ПБ). Всего было выделено 5 групп с «шагом», кратным 6 неделям (стандартная продолжительность одного курса лечения, используемая в клинических исследованиях): 1) пациенты с длительностью лечения, не превышающей 42 дня; 2) 43–84 дня; 3) 85–126 дней; 4) 127–182 дня; 5) 183–365 дней.

Наряду с анализом данных, выявленных для всего контингента больных, специальное внимание было уделено изучению показателей по диагностическим группам, результаты которого будут представлены в отдельной работе.

## Результаты

Всего было обследовано 1 290 больных, в том числе 525 мужчин (40,7%) и 765 женщин (59,3%); средний возраст ( $\pm$  стандартное отклонение, СО) – 49,8 $\pm$ 18,6 лет (для женщин – 54,0 $\pm$ 19,4 лет; для мужчин – 43,7 $\pm$ 15,6 лет). Число больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F2) составило 719 человек (56,5%, n=1274), органическим поражением ЦНС (включая слабоумие – F0) – 358 человек (28,1%), аффективными расстройствами (F3) – 41 человек (3,2%); психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами (F1) были диагностированы у 93 человек (7,3%), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4) – у 17 человек (1,3%), расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F6) – у 15 человек (1,2%) и умственная отсталость (F7) – у 31 человека (2,4%).

Социальные характеристики обследованных больных представлены в табл. 1. Как видно, лишь

Таблица 1

Социальные показатели больных ПБ

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Семейное положение (n=1 272)		
состоит в браке	215	16,9
холост	578	45,4
разведен	249	19,6
вдова (вдовец)	230	18,1
С кем проживает (n=1 281)		
одинок (нет родственников)	154	12,0
проживает один при наличии родственников	271	21,2
родители+больной	379	29,6
супруг+больной	215	16,8
ребенок+больной	154	12,0
другие родственники+больной	108	8,4
Трудовой статус (n=1 289)		
работает	79	6,1
учащийся	19	1,5
пенсионер	190	14,7
безработный	288	22,3
группа инвалидности по психическому заболеванию	613	47,6
группа инвалидности по соматическому заболеванию	100	7,8
Недееспособны (n=1 283)	106	8,3

незначительное число пациентов на момент обследования состояло в браке, а почти половина – никогда не были замужем или женаты. При этом практически 1/3 были одиноки, то есть не имели близких родственников, не поддерживали с ними отношений или проживали отдельно от них. Совместно с родителями или другими родственниками проживало большинство больных; 12,0% пациентов жили с детьми, однако следует учитывать, что в части случаев последние были взрослыми и, скорее, оказывали поддержку своим заболевшим родителям, чем получали помощь от них.

Обращал на себя внимание чрезвычайно низкий трудовой статус обследованных больных: работали или учились только 7,6% из них; более половины имели группу инвалидности (причем 47,6% по психическому заболеванию); число безработных достигало 22,3% (среди лиц трудоспособного возраста – 11,4%; 55,4% и 33,2% соответственно).

Средняя длительность пребывания пациентов в ПБ ( $\pm$ СО) на момент обследования составляла 44,5 $\pm$ 47,9 дней; однако с учетом даты выписки (сведения о которой в дальнейшем дополнили данные переписи) срок их лечения составлял 84,5 $\pm$ 65,1 дней<sup>1</sup>, при приближающемся к нормальному распределению с правосторонней асимметрией (рисунок) и значительном разбросе в сроках госпитализации (табл. 2). Так, 29,8% больных лечились в больнице не более 42 дней; еще для практически такого же числа пациентов (30,6%) срок лечения не превышал 12 недель. Вместе с тем, 20,7% больных лечились в стационаре свыше 4 месяцев; из них 7,7% – более полугода. При этом обращало на себя внимание увеличение возраста больных в группах с большей длительностью пребывания в стационаре: связь между указанными показателями была высоко достоверна ( $r_s=0,22$ ;  $p<0,0001$ ).

Также отмечалось более длительное пребывание в стационаре женщин: среди всех госпитализированных мужчин количество больных со сроками пребывания до 42 дней составляло 36,4%, а женщин – 25,4%; наоборот, число женщин, находя-

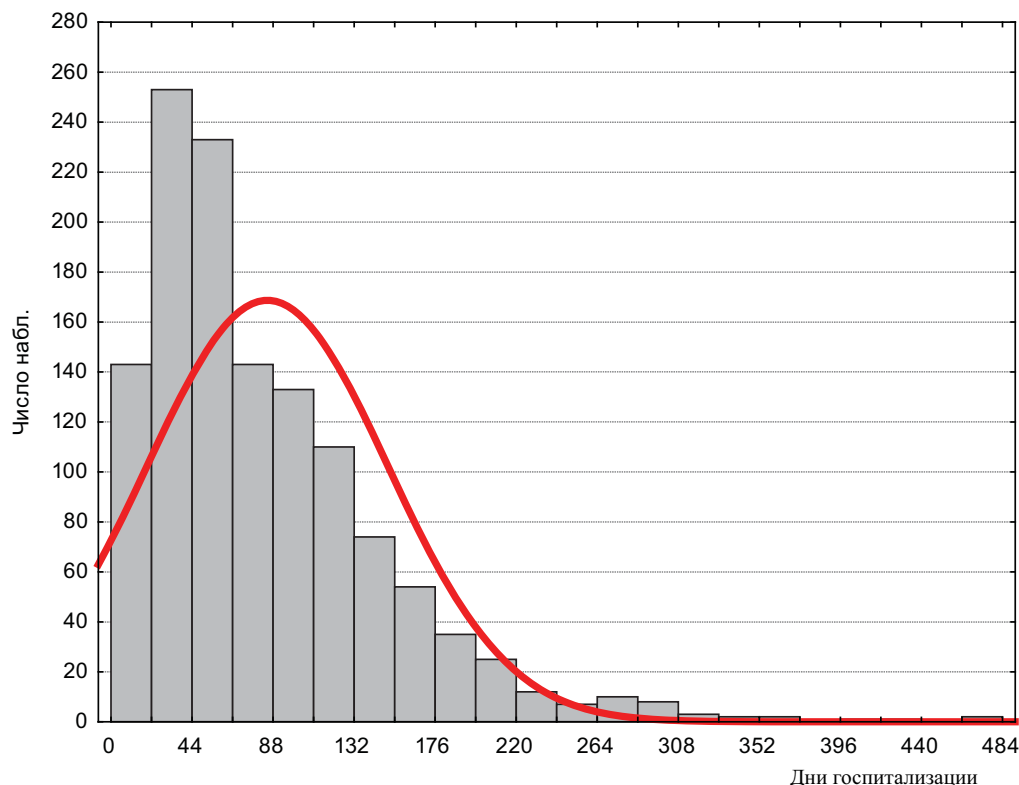
<sup>1</sup> Фактически, средний срок лечения пациентов, скорее всего, был несколько выше, поскольку часть больных, наиболее длительно находящихся в больнице, на определенном этапе переводились в загородные ПБ и, таким образом, при статистическом анализе учитывались как выписанные.

Таблица 2

Распределение пациентов по длительности лечения в ПБ

Группы больных по длительности лечения	Средняя длительность лечения (СО)	Число больных		Средний возраст (СО)	Пол			
		Абс.	%		м	%	ж	%
≤42 дня	26,2 (11,2)	373	29,8	44,9 (19,2)	184	49,3	189	50,7
43–84 дней	60,7 (12,2)	382	30,6	48,8 (18,8)	161	42,1	221	57,9
85–126 дней	105,5 (12,9)	236	18,9	54,0 (17,6)	90	38,1	146	61,9
127–82 дня	150,6 (15,1)	163	13,0	54,3 (18,5)	45	27,6	118	72,4
≥183 дня	242,4 (61,4)	96	7,7	55,7 (16,1)	26	27,1	70	72,9
Все больные	84,5 (65,1)	1250	100,0	49,9 (18,7)	506	40,5	744	59,5

Частное распределение  
обследованных больных по  
длительности лечения в ПБ



щихся в больнице свыше 4 месяцев – 25,3%, а мужчин – 14,0%. Корреляция между полом и длительностью лечения в ПБ также достоверна ( $r_s=0,13$ ;  $p<0,0001$ ), хотя и еще меньше по силе, чем предыдущая связь. Однако следует иметь в виду, что средний возраст госпитализированных женщин выше, чем у мужчин при наличии значимой корреляции между женским полом и более старшим возрастом пациентов ПБ ( $r_s=0,26$ ;  $p<0,0001$ ). Осуществленный в связи с данным фактом множественный регресси-

онный анализ показал, что длительность пребывания в стационаре связана в большей степени с возрастом больных (фактор 1), чем с их полом (фактор 2), хотя очень слабая связь с последним также присутствовала ( $R=0,18$ ;  $p<0,0001$ ;  $\beta_1=0,14$ ,  $p<0,05$ ;  $\beta_2=0,085$ ,  $p<0,05$ ).

В табл. 3 представлены данные о ряде клинико-социальных показателей больных, сгруппированные в зависимости от длительности их лечения в стационаре. При анализе этих результатов обраща-

Таблица 3

Клинико-организационные характеристики обследованного контингента больных

Длительность лечения	Длительность заболевания (лет)		Наличие группы инвалидности (%)	Давность установления группы инвалидности (лет)		Направлен (%)			Недобровольная госпитализация	Ведущие причины госпитализации			Число предшествующих госпитализаций				Длительность предшествующих госпитализаций			
	Ср. <sup>1</sup>	СО		Ср. <sup>1</sup>	СО	03 <sup>2</sup>	ПНД	Сам <sup>3</sup>		Клин. <sup>4</sup>	Соц. <sup>5</sup>	Клин. + соц. <sup>6</sup>	12 мес.		36 мес.		12 мес.		36 мес.	
													Ср. <sup>1</sup>	СО	Ср. <sup>1</sup>	СО	Ср. <sup>1</sup>	СО	Ср. <sup>1</sup>	СО
≤42 дня	8,8	9,5	35,4	9,7	8,7	52,2	45,1	2,7	20,8	78,9	2,2	18,9	1,8	2,9	2,8	8,1	44,7	55,8	75,5	99,2
43–84 дней	11,5	11,4	51,2	10,2	9,5	42,7	56,8	0,5	26,7	79,6	3,2	17,2	1,8	1,4	2,8	2,4	70,6	63,4	130,4	138,6
85–126 дней	12,9	11,7	56,8	11,2	10,1	38,3	58,7	3,0	34,1	68,9	5,1	26,0	2,0	1,9	3,0	2,4	101,1	82,2	176,9	178,6
127–182 дня	13,2	12,4	51,9	13,7	8,9	34,8	59,6	5,6	34,6	59,2	7,7	33,1	2,2	4,2	4,1	12,2	130,6	90,3	222,1	209,1
≥183 дня	15,6	13,7	61,5	13,2	9,6	30,2	66,7	3,1	29,0	57,0	5,4	37,6	1,8	0,9	2,9	2,4	177,5	121,3	298,6	249,7
Все больные	11,4	11,4	47,6	10,7	9,5	43,1	54,1	2,8	27,6	73,5	4,0	22,5	1,9	2,4	3,1	6,6	84,9	84,6	146,3	170,5

Примечания: <sup>1</sup> – среднее значение; <sup>2</sup> – поступление по скорой помощи; <sup>3</sup> – самостоятельное обращение в больницу; <sup>4</sup> – клинические; <sup>5</sup> – социальные; <sup>6</sup> – клинические плюс социальные.

ют на себя внимание высокие значения стандартного отклонения, что указывает на неоднородность выделенных групп по представленным в таблице показателям. Тем не менее, прослеживается отчетливая тенденция изменений средних значений в группах с увеличивающейся продолжительностью госпитализаций: регистрируется рост общей длительности заболевания, относительного количества больных, имеющих группу инвалидности, и давность ее установления; увеличивается процент пациентов, поступивших в стационар по направлению психоневрологического диспансера (ПНД), при сокращении числа больных, доставленных «Скорой помощью» (в целом, для всей выборки эти показатели составляли 54,1% и 43,1% соответственно).

Таблица 4

**Связь длительности лечения больных в ПБ с клинико-социальными показателями**

Показатель	Корреляция (rs)
Длительность заболевания	0,19***
Наличие группы инвалидности по психическому заболеванию	0,19***
Длительность группы инвалидности	0,15***
Отсутствие работы без наличия группы инвалидности	-0,13***
Нахождение на пенсии по возрасту	0,01
Работает или учится	-0,16***
Отсутствие пенсии по возрасту или инвалидности	-0,20***
Отсутствие близких родственников	0,23***
Проживание отдельно от родственников при их наличии	0,04
Проживание с родителями	-0,13***
Проживание с супругом	-0,14***
Проживание с детьми (в том числе взрослыми)	0,03
Проживание с другими родственниками	0,02
Проживание с кем-либо из родственников (родители, супруг, дети и пр.)	-0,20***
Состоит в браке	-0,16***
Холост (никогда не состоял в браке)	0,07*
Не состоит в браке (разведен, вдов)	0,04
Поступил по «Скорой помощи»	-0,14***
Поступил по направлению психоневрологического диспансера	0,15***
Обратился за помощью самостоятельно	0,01
Недобровольная госпитализация	0,11***
Преимущественно клинические причины госпитализации	-0,17***
Преимущественно социальные причины госпитализации	0,10***
Комбинация клинических и социальных причин госпитализации	0,13***
Наличие социальных причин госпитализации изолированно или в комбинации с клиническими	0,17***
Количество поступлений за последние 12 мес.	0,11***
Количество поступлений за последние 36 мес.	0,13***
Число поступление в течение жизни	0,19***
Длительность госпитализации за последние 12 мес.	0,47***
Длительность госпитализации за последние 36 мес.	0,44***

Примечания: \* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Ведущими причинами поступления больных в ПБ являлись клинические (обострение симптоматики). Однако обращает на себя внимание, что социальные причины изолированно или (значительно чаще) в комбинации с клиническими служили основанием для поступления в стационар более чем в четверти случаев. При этом, отмечается заметный рост удельного веса социальных причин госпитализации у больных с более длительными сроками лечения в ПБ: в крайних группах – более чем в два раза (с 21,1% до 43,0%).

Среди всех пациентов, находившихся в больнице на момент обследования, 27,6% поступили в нее в недобровольном порядке, причем их относительное количество устойчиво увеличивалось с 20,8% в группе больных с наименьшей продолжительностью лечения (хотя в данном случае число больных, доставленных «Скорой помощью», превышало 50%) до 34,6% у пациентов с длительностью пребывания в стационаре от 4 до 6 месяцев, незначительно снижаясь (до 29,0%) в следующей группе. Аналогичная тенденция обнаруживается и при анализе показателя повторности госпитализаций, рассчитанном как за предшествующие 12 месяцев (52,8% больных; среднее количество госпитализаций на 1 больного – 1,9; 95% доверительный интервал (ДИ) = 0,1), так и, особенно, за 36 месяцев (63,6% больных; среднее количество госпитализаций на 1 больного – 3,1; 95% ДИ = 0,3): максимальные цифры выявляются в группе с длительностью пребывания в стационаре 127–182 дня, с некоторым снижением в следующей группе. В то же время, при подсчете длительности лечения за предшествующие 12 и 36 месяцев (в среднем, 84,9 (95% ДИ=4,7) и 146,3 (95% ДИ=9,6) дней, соответственно) выявлена неуклонная и достаточно равномерная динамика увеличения этих показателей в зависимости от продолжительности данной госпитализации.

Для уточнения закономерностей соотношения анализируемых данных был проведен корреляционный анализ. Как видно из табл. 4, обнаруживается достоверная слабая положительная связь продолжительности настоящей госпитализации с длительностью заболевания, наличием группы инвалидности и давностью ее установления, а также отсутствием близких родственников. Наоборот, отрицательно коррелировали с продолжительностью нахождения в ПБ учеба пациента, наличие у него работы, а также, что оказалось несколько неожиданным – временная безработица; совместное проживание с кем-либо из родных (преимущественно с родителями или супругом, но не с детьми или другими родственниками). Также выявлялись положительные статистически значимые корреляции срока госпитализации с направлением на стационарирование участковым психиатром психоневрологического диспансера (при госпитализации по «скорой помощи» связь была отрицательной) и недобровольным поступлением в ПБ.

Количество поступлений в больницу положительно коррелировало с числом предшествующих госпитализаций, однако наибольшая сила связи (умеренная по Чеддоку) обнаруживалась с длительностью лечения в стационаре за последние 1–3 года.

Следует отметить, что повторность и длительность лечения больных в стационаре, рассчитанные за 36 месяцев, являются более информативными и отражающими реальную ситуацию показателями, чем традиционно представляемые в отчетах данные за 1 год. При этом, особый интерес представляют пациенты с наиболее длительными сроками лечения в ПБ.

Согласно полученным данным, выборка больных, суммарная длительность пребывания которых в стационаре за 3 года превышала 365 дней, составляла 129 человек, то есть 10,3% от общего числа пациентов стационара (n=1 251). Эти больные провели в ПБ за 36 месяцев в среднем 539,4 дней (СО=174,6; 95% ДИ=30,1). Таким образом, при достаточной однородности изученной выборки (коэффициент вариации составляет 32,4%) с высокой степенью достоверности можно утверждать, что эти пациенты на данном этапе заболевания лечатся в больнице примерно половину времени (с 95% вероятностью – 17÷19 месяцев за 3 года).

Как и в общей группе, здесь преобладали женщины (73 чел., 56,6%). Средний возраст пациентов был 50,8 лет (СО=16,5; 95% ДИ=2,8), что приближалось к показателю для всех пациентов ПБ. Число больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F2) составляло 91 человек (70,5%),

органическим поражением ЦНС (включая слабоумие – F0) – 27 человек (20,9%); остальные заболевания встречались в единичных случаях (включая умственную отсталость (F7) – 6 человек; 4,7%). Средняя длительность заболевания составляла 17,0 лет (СО=11,1), при значительном размахе крайних значений – от 3 до 46 лет. При этом число больных со сроком болезни до 10 лет (включительно) достигало 40 человек или 31,5% (в том числе до 5 лет включительно – 18 чел. или 14,2%), то есть было достаточно велико, практически не отличаясь от количества пациентов с более длительным «стажем» заболевания: 11–20 лет – 47 человек (35,4%); более 20 лет – 42 человека (33,1%). При данной госпитализации 23,6% пациентов были доставлены в больницу по скорой помощи, 69,3% – направлены ПНД и 7,1% – обратились самостоятельно (n=127). При этом, среди причин госпитализации в 41,5% случаев (n=123) существенную роль играли социальные факторы (изолированно или в сочетании с клиническими).

Социальные характеристики пациентов с длительными сроками госпитализации (табл. 5) были несколько хуже, чем у остальной части больных, однако значимо различались лишь трудовой статус больных (доля инвалидов по психическому заболеванию – 81,1% и 43,9% соответственно; t=7,2; df=1287; p<0,0001) и число недееспособных (23,6% и 6,6% соответственно; t=5,6; df=1281; p<0,0001).

В следующих трех таблицах представлены данные о психофармакотерапии изученных пациентов (табл. 6, 7), а также о проведенных им лаборатор-

Таблица 5

Социальные показатели больных с длительными сроками госпитализации

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Семейное положение (n=125)		
состоит в браке	13	10,4
холост	68	54,4
разведен	27	21,6
вдова (вдовец)	17	13,6
С кем проживает (n=125)		
одинок (нет родственников)	24	19,2
проживает один при наличии родственников	23	18,4
родители + больной	38	30,4
супруг + больной	13	10,4
ребенок + больной	11	8,8
другие родственники + больной	16	12,8
Трудовой статус (n=127)		
работает	0	0
учащийся	0	0
пенсионер	7	5,5
безработный	9	7,1
группа инвалидности по психическому заболеванию	103	81,1
группа инвалидности по соматическому заболеванию	8	6,3
Недееспособны (n=127)	30	23,6

Таблица 6

Частота назначения различных видов фармакотерапии больным, находящимся в стационаре на момент обследования

Препараты	Число больных (%), получающих соответствующее лечение (n=1 285)	95% ДИ
Нейролептики	86,5	1,9
традиционные нейролептики	66,3*	2,6
атипичные антипсихотики	29,3*	2,5
пролонги	12,4*	1,8
Корректоры	53,3	2,7
Антидепрессанты	24,0	2,3
Трициклические	13,6*	1,9
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	6,9*	1,4
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадренина	1,9*	0,8
Другие антидепрессанты	4,1*	1,1
Нормотимики	20,4	2,2
Транквилизаторы	38,1	2,7
Ноотропы	29,9	2,5
Противоэпилептические препараты	8,5	1,5
Другие препараты	11,3	2,2

Примечания: \* – проценты рассчитаны относительно общего количества обследованных пациентов.

Среднее количество процедур парентерального введения препаратов на одного больного, находящегося в стационаре на момент обследования

Способ введения препаратов	Среднее число процедур на одного больного (95% ДИ) в зависимости от длительности лечения в ПБ на момент обследования					
	Все больные <sup>1</sup>	≤42 дня <sup>2</sup>	43 – 84 дней <sup>3</sup>	85 – 126 дней <sup>4</sup>	127 – 182 дня <sup>5</sup>	≥ 183 дня <sup>6</sup>
Внутримышечно	13,35 (0,97)	11,36 (0,99)	13,55 (2,07)*	20,62 (4,25)**	22,38 (7,53)	17,80 (10,0)
Внутривенно струйно	0,26 (0,08)	0,21 (0,10)	0,28 (0,21)	0,53 (0,11)	0,43 (0,50)	0,25 (0,51)
Внутривенно капельно	1,27 (0,17)	1,29 (0,21)	0,93 (0,31)	1,90 (0,75)**	1,28 (0,82)	1,15 (1,18)

Примечания: среднее значение (95% ДИ): <sup>1</sup> – 44,40 (2,65); <sup>2</sup> – 19,0 (0,85); <sup>3</sup> – 60,49 (1,37); <sup>4</sup> – 103,66 (2,55); <sup>5</sup> – 146,31 (3,57); <sup>6</sup> – 270,05 (19,31); \* – p<0,05; \*\* – p<0,01 (значимость различий между соседними группами пациентов).

ных исследованиях и осмотрах специалистами различного профиля (табл. 8), в том числе, в зависимости от длительности лечения в больнице.

Как видно из табл. 6, большинство пациентов ПБ лечились нейролептиками (86,5%), причем преобладающая часть из них (79,7% получающих данную терапию) – традиционными (включая препараты пролонгированного действия – 14,3%, применяемых изолированно или в комбинации с другими нейролептиками). Атипичные антипсихотики принимали 1/3 пациентов (33,9%); в части случаев использовалась комбинация традиционных и атипичных антипсихотиков – 13,6%. При этом корректоры назначались только 61,6% больным, получающим нейролептическую терапию.

Около 1/4 пациентам назначались антидепрессанты (АД), преимущественно трициклические (56,6% всех назначений АД); 28,75% больных лечились селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. Комбинацию антидепрессантов и нейролептиков принимали 19,1% всех больных стационара или 79,6% пациентов, получающих антидепрессивную терапию. Довольно значительному числу больных назначались нормотимики (20,4%), транквилизаторы (38,1%) и ноотропы (29,9%).

В большинстве случаев препараты принимались перорально. Внутримышечное введение препаратов (табл. 7) осуществлялось в среднем 13,35 раза на одного больного (95% ДИ=0,97), при значительном разбросе количества процедур в каждом отдельном случае (СО=8,19). Фактически, внутримышечно терапию получали 69,6% больных, при среднем количестве процедур на каждого из них 19,20 (СО=18,53; 95% ДИ=1,21). Среднее количество внутривенных введений препаратов было довольно невелико (табл. 7), при этом оно осуществлялось лишь 4,1% больных (внутривенно капельно – 23,0%), составляя в этих случаях в среднем 6,26 (СО=4,48; 95% ДИ=1,21) и 5,51 (СО=4,51; 95% ДИ=0,51) процедур на человека соответственно. Обращает на себя внимание, что увеличение числа процедур парентерального введения препаратов в группах с более длительным пребыванием в стационаре проис-

ходило преимущественно лишь в случаях лечения до 4-х месяцев, а при более длительных сроках терапии, как правило, даже уменьшалось.

Число проведенных исследований (табл. 8) вычислялось с учетом длительности пребывания больных в стационаре на момент «переписи», которая, естественно, была ниже действительного количества койко-дней, проведенных пациентом в больнице (после «переписи» больные продолжали лечиться, иногда довольно значительный период времени). Однако вычисление данного показателя позволило определить удельный вес исследований на одного больного в зависимости от продолжительности его нахождения в стационаре.

Следует отметить, что удельный объем обязательных исследований (общий клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ) и консультаций (терапевта, невропатолога, гинеколога) был довольно значителен (табл. 8), приближаясь к 1 (или даже превышая 1) на одного больного (в том числе с учетом пола) или показывая весьма высокие значения (окулист, рентгенография легких). Другие консультации (психотерапевт, психолог) хотя и не были столь распространены, тем не менее, осуществлялись достаточно часто. Вместе с тем, целый ряд анализов (анализы крови на содержание лития и пролактин), инструментальных исследований, консультаций (в первую очередь, социальных специалистов) осуществлялись лишь единичным больным.

При анализе рассматриваемых выше показателей, с учетом длительности пребывания пациентов в больнице, выявляются те же особенности, на которые обращалось внимание при изучении назначений парентерального введения препаратов: за исключением обязательных мероприятий (регулярные анализы крови, консультации терапевта), увеличение числа которых в определенной степени соответствовало длительности пребывания пациентов в больнице, динамика проведения остальных клинико-диагностических процедур с течением времени менялась лишь в небольшой степени, заметно отставая от длительности лечения пациентов,

Среднее количество исследований и консультаций на одного больного, находящегося в стационаре на момент обследования

Наименование исследования	Среднее число исследований (95% ДИ) в зависимости от длительности лечения больных на момент обследования					
	Все больные <sup>1</sup>	≤42 дня <sup>2</sup>	43 – 84 дней <sup>3</sup>	85 – 126 дней <sup>4</sup>	127 – 182 дня <sup>5</sup>	≥ 183 дня <sup>6</sup>
Клинический анализ крови	1,47 (0,08)	1,22 (0,04)	1,71 (0,13)***	2,37 (0,28)***	2,52 (0,32)	3,05 (0,84)
Биохимический анализ крови	1,23 (0,05)	1,08 (0,03)	1,26 (0,07)***	1,62 (0,16)***	1,79 (0,26)	2,80 (1,02)**
Анализ крови на содержание лития	0,05 (0,01)	0,04 (0,02)	0,06 (0,03)	0,08 (0,08)	0,03 (0,05)	0
Анализ крови на пролактин	0,01 (0,01)	0,01 (0,01)	0,004 (0,007)	0,02 (0,04)	0	0
Другие лабораторные исследования	1,75 (0,14)	1,85 (0,29)	2,0 (0,30)	2,26 (0,60)	1,67 (0,69)	1,68 (1,13)
Электрокардиография	1,12 (0,03)	1,06 (0,03)	1,13 (0,06)*	1,30 (0,13)*	1,52 (0,21)	1,70 (0,32)
Эхоэнцефалография	0,03 (0,01)	0,03 (0,01)	0,03 (0,02)	0,01 (0,02)	0,03 (0,05)	0
Электрoэнцефалография	0,14 (0,01)	0,13 (0,02)	0,12 (0,04)	0,08 (0,05)	0,22 (0,12)*	0,15 (0,16)
Реоэнцефалография	0,004 (0,004)	0,005 (0,005)	0,007 (0,10)	0,01 (0,02)	0	0
Реовазография	0,001 (0,002)	0,001 (0,002)	0	0	0	0
Рентгенография черепа	0,001 (0,002)	0,001 (0,002)	0,003 (0,007)	0	0	0
МРТ головного мозга	0,025 (0,001)	0,026 (0,011)	0,015 (0,014)	0,01 (0,02)	0,02 (0,03)	0
Рентгенография легких	0,60 (0,03)	0,55 (0,03)	0,65 (0,06)**	0,66 (0,11)	0,78 (0,15)	0,90 (0,34)
Другие инструментальные исследования	0,27 (0,04)	0,25 (0,03)	0,37 (0,08)***	0,29 (0,10)	0,27 (0,13)	0,30 (0,40)
Консультация психотерапевта	0,22 (0,04)	0,18 (0,04)	0,27 (0,10)*	0,46 (0,19)	0,29 (0,17)	0,35 (0,38)
Консультация психолога	0,19 (0,03)	0,18 (0,03)	0,16 (0,04)	0,26 (0,09)*	0,21 (0,12)	0,40 (0,26)
Консультация специалиста по социальной работе	0,003 (0,003)	0,004 (0,004)	0,007 (0,010)	0,010 (0,02)	0	0
Консультация социального работника	0,004 (0,004)	0,005 (0,004)	0,018 (0,024)	0,010 (0,02)	0	0
Консультация терапевта	1,42 (0,06)	1,26 (0,05)	1,66 (0,15)***	2,08 (0,28)**	2,12 (0,37)	2,50 (0,64)
Консультация невропатолога	0,91 (0,03)	0,86 (0,03)	1,0 (0,05)***	1,05 (0,07)	1,12 (0,15)	1,45 (0,41)*
Консультация окулиста	0,62 (0,03)	0,58 (0,04)	0,64 (0,06)	0,70 (0,11)	0,84 (0,16)	0,90 (0,13)
Консультация гинеколога	0,59 (0,04)	0,54 (0,04)	0,80 (0,10)***	0,82 (0,20)	0,93 (0,21)	0,80 (0,42)
Консультация других специалистов	0,63 (0,08)	0,48 (0,06)	0,80 (0,16)***	1,17 (0,33)*	1,53 (0,65)	1,80 (1,32)

Примечания: среднее значение (95% ДИ): <sup>1</sup> – 44,40 (2,65); <sup>2</sup> – 19,0 (0,85); <sup>3</sup> – 60,49 (1,37); <sup>4</sup> – 103,66 (2,55); <sup>5</sup> – 146,31 (3,57); <sup>6</sup> – 270,05 (19,31); \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$  (значимость различий между соседними группами пациентов).

а иногда вообще производя впечатление случайных колебаний.

### Обсуждение и выводы

Полученные данные о контингенте больных стационара в определенной степени отличаются от результатов невыборочного исследования пациентов, наблюдающихся на участке ПНД [4, 11]. Хотя демографические данные сопоставляемых контингентов близки (на участке ПНД количество мужчин составляло 44,3%, женщин – 55,7%; средний возраст – 43,7±15,4 лет), в ПБ по сравнению с ПНД значимо

больше лечилось больных с органическим поражением ЦНС, включая деменцию ( $p < 0,0001$ ), а также шизофренией и расстройствами шизофренического спектра ( $p < 0,05$ ). Среди больных трудоспособного возраста, получающих лечение в ПБ по сравнению с наблюдающимися в ПНД, было значительно больше пациентов, имеющих группу инвалидности по психическому заболеванию и безработных, и, соответственно, меньше работающих (во всех случаях  $p < 0,0001$ ). Кроме того, среди стационарных пациентов было меньше пациентов, состоящих в браке (16,9% и 25,7%;  $p < 0,001$ ). Однако различий по ко-

личеству больных проживающих отдельно от других родственников или в семьях, выявлено не было.

Таким образом, как и следовало ожидать [13], состав стационарного контингента больных оказался значительно более тяжелым (по диагностическому составу и социальным показателям) по сравнению с пациентами, наблюдающимися в ПНД. Это, безусловно, отражалось на показателях повторности лечения больных в ПБ: так, более половины пациентов поступали в больницу неоднократно в течение предшествующих 12 месяцев, а почти 2/3 – в течение предшествующих данной госпитализации 3 лет. Ранее было показано [10], что число пациентов ПНД с относительно регулярными госпитализациями, не превышает 20% от общего числа наблюдаемых больных. Фактически можно говорить, что значительная часть больных ПБ составляет особую, наиболее тяжелую по клинико-социальным показателям выборку всего контингента психиатрических пациентов.

При этом обращает на себя внимание, что полученные в данном исследовании значения повторности и средней длительности пребывания пациентов в больнице превышали данные официальной отчетности [1]. Это расхождение можно объяснить методикой расчетов, которая, например, при анализе продолжительности лечения больных учитывала ее фактические показатели, а не вычислялась только для выбывших в течение календарного года, когда пациенты, продолжающие находиться в стационаре (в том числе с наиболее длительным, а иногда и многолетним пребыванием), не будучи еще выписанными на конец года, не включаются в отчет. Еще в большей степени расхождения касаются повторности госпитализаций: фактическая повторность за предшествующие данной госпитализации 12 месяцев почти в 2,5 раза превышала рассчитанную за календарный год. В последнем случае, чем позже в году выписывается пациент, тем за меньший срок рассчитывается данный показатель (например, для пациента, выписанного 1 апреля – за 9 мес., 1 июля – 6 мес., а 1 декабря, лишь за 1 мес.).

Следует отметить, что, как видно из полученных данных, состав больных ПБ в зависимости от длительности госпитализации чрезвычайно разнороден, что неоднократно отмечалось и ранее [3]. Так, значительная часть больных лечится в стационаре лишь непродолжительное время: средний срок пребывания почти 30% пациентов не превышал 1 месяца (26,2 дня; ДИ=1,1), а еще для такого же числа пациентов составлял 2 месяца (60,7 дня; ДИ=1,2). В то же время, более 1/3 больных лечились в ПБ в среднем от 100 до 250 дней. Таким образом, выявлено относительно равномерное распределение пациентов по длительности лечения в психиатрическом стационаре: примерно равные по количеству группы лечились непродолжительное время (около 1 мес.), более длительно (2 мес.) и значительный

период (3 мес. и более, в том числе 7,7% – свыше 6 мес.).

Учитывая полученные результаты, существенным представляется анализ взаимосвязей длительности лечения больных с их демографическими и клинико-социальными характеристиками. При этом данные выводы следует интерпретировать с известной долей осторожности, ввиду высоких цифр СО, что повышает вероятность ошибки. Половозрастные показатели обнаруживали значимые корреляции (более длительные сроки госпитализации у пациентов старших возрастных групп и женщин), однако сила связи была достаточно слабой. Длительность пребывания больных в стационаре положительно связана с давностью возникновения заболевания, наличием группы инвалидности и ее сроком, то есть признаками, косвенно указывающими на тяжесть болезни. С другой стороны, хотя недобровольная госпитализация обнаруживала слабую, но достоверную положительную связь, поступление пациентов по «Скорой помощи» коррелировало с длительностью госпитализации отрицательно, так же, как и преимущественно клинические причины госпитализации. При этом, наличие социальных причин госпитализации (изолированно или в комплексе с клиническими) было положительно связано с удлинением сроков лечения.

Таким образом, можно говорить об особенностях социальных характеристик больных как о существенных факторах, связанных со сроком их госпитализации: статистически значимая положительная связь обнаруживается с отсутствием близких родственников, а отрицательная – с проживанием с кем-либо из родных, наличием собственной семьи, трудоустройством пациентов или их обучением, а также временной безработицей. Как показывают предшествующие публикации [4–7, 9, 10, 12], учет не только формальных социальных показателей, но и их качественных аспектов позволяет еще в большей степени «объяснить» длительные сроки госпитализации больных, а качественное оказание психосоциальной терапии способствует их существенному сокращению и выраженному экономическому эффекту.

Это представляется тем более важным, что длительный период нахождения больных в стационаре, как правило, не является единичным фактом данной госпитализации: выявлены значимые положительные связи с повторностью и длительностью поступлений пациентов в течение последних 3 лет (при этом сила связи выше при корреляции с суммарной длительностью предшествующих госпитализаций по сравнению с их повторностью). Соответственно, выделение групп больных с частыми и длительными госпитализациями является актуальной задачей оптимизации помощи этому контингенту [2, 5, 8]. При достаточной однородности исследованной выборки по основному критерию ее фор-



мирования (средний срок пребывания в стационаре за 36 мес. – 539,4 дня; ДИ=30,1), данные пациенты заметно различались по диагностическому составу и длительности болезни (примерно равное их число имели «стаж» заболевания до 10 лет, 10–20 лет и свыше 20 лет). По сравнению с пациентами, имевшими суммарно более короткие периоды госпитализации, они чаще поступали с направлением ПНД и реже госпитализировались по «Скорой помощи» (т.е. были менее «острыми») при большем значении социальных причин для направления в стационар. Таким образом, данный контингент (а это 10,3% от общего числа стационарированных больных) еще в большей степени, чем пациенты с более короткими сроками госпитализации, нуждается в проведении активных психосоциальных мероприятий.

Между тем, как следует из полученных данных, число осмотров госпитализированных больных психотерапевтами, психологами, специалистами по социальной работе и социальными работниками крайне невелико и заметно отстает от уровня имеющих у пациентов социальных проблем, а также мало зависит от длительности их пребывания в ста-

ционаре (например, больные, находившиеся в больнице более 4 мес., ни разу не были осмотрены социальными специалистами, а другие пациенты осматривались лишь в единичных случаях). Во многом, это объясняется существенным кадровым дефицитом, однако нельзя сбрасывать со счетов и недооценку значения психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в оказании стационарной психиатрической помощи. При этом очевидна необходимость проведения психосоциальных мероприятий на всех этапах ее осуществления, однако для больных с длительным пребыванием в стационаре (при снижении интенсивности медикаментозного лечения, проявляющегося, например, в уменьшении удельного веса парентерального введения препаратов, наиболее интенсивно проводящегося в первые недели терапии) данный подход приобретает особую актуальность.

В целом, полученные данные позволяют получить представление о стационарном контингенте психически больных и интенсивности оказания им психиатрической помощи, что представляется существенным для ее оптимизации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России. Динамика показателей и анализ процессов развития. М., 2012. 600 с.
2. Давыдов К.В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальная характеристика и комплексная внебольничная помощь после выписки из стационара). Дис. ... канд. мед. наук. М., 2005.
3. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. Рига, 1988. 236 с.
4. Костюк Г.П. Отдаленный катамнез больных шизофрений, уволенных из Вооруженных Сил (с позиций многоосевой диагностики). Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1999. 191 с.
5. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 164 с.
6. Папсуев О.О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью в условиях комплексного центра социального обслуживания. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 183 с.
7. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в обществе. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 174 с.
8. Ткачев Д.Ю., Кирьянова Е.М. Этап сверхчастых госпитализаций у больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (роль клинико-психопатологических и социальных факторов) // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 19–25.
9. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 153 с.
10. Шендеров К.В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 197 с.
11. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Дис. ... докт. мед. наук. М., 1999. 423 с.
12. Щербич Р.М. Особенности оказания психиатрической помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в регионах с большой территорией и малой плотностью населения. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2012. 143 с.
13. Ястребов В.С. «Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы» // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, №2. С. 63–67.

## КОНТИНГЕНТ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОДНОДНЕВНОЙ ПЕРЕПИСИ)

И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Г. П. Костюк, А. В. Нарышкин

Целью данного исследования являлось определение состава психически больных, получающих стационарное лечение, и особенностей оказания им психиатрической помощи. Работа проводилась на базе Московской городской клинической психиатрической больницы №4 им. П.Б.Ганнушкина. На основе специально разработанной карты была осуществлена выборочная одномоментная перепись (сведения регистрировались на определенное число – 16 апреля 2012 г.) пациентов всех отделений больницы – 1 290 человек, находившихся в этот период на лечении. Полученные данные касались демографических и клинико-социальных характеристик больных, распре-

деленных в 5 групп в зависимости от длительности лечения в больнице, а также особенностей и интенсивности оказания им психиатрической помощи. Результаты были занесены в электронную базу данных и подвергнуты статистической обработке с помощью пакета компьютерных программ Statistica for Windows 6.1. Проведенный анализ позволил получить объективные данные об особенностях и объеме обследований и лечения пациентов психиатрической больницы, что может быть использовано при оптимизации психиатрической службы.

**Ключевые слова:** психически больные, психиатрическая больница, длительность лечения, психиатрическая помощь.

## ANALYSIS OF THE PATIENT POPULATION OF A PSYCHIATRIC HOSPITAL (ACCORDING TO THE ONE-DAY ASSESSMENT DATA)

I. Ya. Gurovich, A. B. Shmukler, G. P. Kostyuk, A. V. Naryshkin

The goal of this investigation was studying the characteristics of psychiatric inpatients in a psychiatric hospital as well as the characteristics of psychiatric care. The investigation was performed on the basis of the Moscow Gannoushkin Psychiatric Hospital Nr. 4. The authors developed a special checklist for a cross-section census of all the patients that happened to be in this hospital on 16 April 2012. At the moment, the total number of patients in the hospital was 1290 persons. The data obtained included demographic and clinico-social parameters of the patients. The patients were divided into five groups, depending on duration of in-patient

treatment and also on the character of their disorders and the intensity of care. All the information was entered into a data-base and was processed using the package Statistica for Windows 6.1. This analysis has provided objective data about the features and the range of investigations and treatment for psychiatric in-patients. This information can be used for optimization of psychiatric care.

**Key words:** mental patients, psychiatric hospital, duration of treatment, psychiatric care.

---

**Гурович Исаак Яковлевич** – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе, заведующий отделом внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: prof.gurovich@gmail.com

**Шмуклер Александр Борисович** – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: ashmukler@yandex.ru

**Костюк Георгий Петрович** – доктор медицинских наук, профессор, главный врач Московской психиатрической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского, на момент сбора материала являлся главным врачом Московской городской клинической психиатрической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина; e-mail: george.kostyuk@gmail.com.

**Нарышкин Андрей Владимирович** – главный врач Московской городской клинической психиатрической больницы №4 им. П.Б.Ганнушкина, на момент сбора материала являлся заместителем главного врача этой больницы.