

КОНТИНГЕНТ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ (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*

Совершенствование оказания специализированной помощи населению в настоящее время является одной из наиболее актуальных задач психиатрической службы. Решение данной задачи требует, среди прочего, максимально полного представления о контингентах больных, получающих помощь в различных ее звеньях [1, 3, 6, 7, 9, 11, 14, 15]. Ранее [4] были представлены результаты однодневной переписи контингента пациентов психиатрической больницы (ПБ), выявившие его особенности, а также содержание и объем предоставляемой помощи. В данной статье представлены аналогичные данные, полученные в результате переписи, в отношении больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе Московской городской клинической психиатрической больницы №4 им. П.Б.Ганнушкина. Обслуживаемое население и структура больницы были представлены в предыдущей публикации [4].

Исследование носило невыборочный характер: изучаемые данные (демографические и социальные характеристики, сведения о диагнозе по МКБ-10, особенностях обследования и лечения) обо всех находящихся в этот момент на лечении пациентах больницы (в том числе больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра) регистрировались на определенное число – 16 апреля 2012 года. Полученные результаты заносились в электронную базу данных. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета компьютерных программ Statistica for Windows 6.1. В случаях, когда в базе данные сведения о тех или иных показателях у отдельных больных отсутствовали, обсчет производился на фак-

тическое число обследованных по анализируемому показателю.

Результаты

Число обследованных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра составило 719 человек (56,5% пациентов с различными диагнозами, находящихся в больнице на момент проведения переписи), в том числе 281 мужчина (39,1%) и 438 женщин (60,9%); средний возраст – $46,2 \pm 15,7$ лет. Число больных шизофренией составило 584 человек (81,2%), в том числе у 552 человек (76,8% всех пациентов или 94,6% больных шизофренией) – параноидная форма. У 58 больных (8,1%) было диагностировано шизотипическое расстройство, у 30 человек (4,2%) – шизоаффективное расстройство, у 29 человек (4,0%) – острое и транзиторное психотическое расстройство и у 18 пациентов (2,5%) – хроническое бредовое расстройство.

Социальные характеристики обследованных больных представлены в табл. 1.

Средняя длительность пребывания пациентов в ПБ (\pm стандартное отклонение – СО) на момент обследования составляла $48,3 \pm 50,6$ дней, а с учетом даты выписки (сведения о которой в дальнейшем дополнили данные переписи) – $92,7 \pm 66,4$ дней¹, при значительном разбросе в сроках госпитализации (табл. 2). Получающие стационарное лечение больные шизофренией женщины были старше мужчин ($p < 0,05$). При этом была выявлена слабая достоверная корреляция между возрастом и длительностью лечения ($R = 0,24$; $p < 0,05$), а также между женским

¹ Фактический срок лечения пациентов был несколько выше, так как часть больных с длительным пребыванием в больнице переводилась в загородные ПБ и, таким образом, при статистическом анализе учитывались как выписанные.

Таблица 1

Социальные показатели обследованных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Показатель	Число больных	
	Абс.	%
Семейное положение (n=709)		
состоит в браке	105	14,8
холост	382	53,9
разведен	156	22,0
вдова (вдовец)	66	9,3
С кем проживает (n=709)		
одинок (нет родственников)	84	11,9
проживает один при наличии родственников	129	18,2
родители+больной	264	37,2
супруг+больной	101	14,2
ребенок+больной	81	11,4
другие родственники+больной	50	7,1
Трудовой статус (n=719)		
работает	42	5,8
учащийся	11	1,5
пенсионер	46	6,4
безработный	150	20,9*
группа инвалидности по психическому заболеванию	457	63,6
группа инвалидности по соматическому заболеванию	13	1,8

Примечания: среди лиц 60 лет и моложе (568 чел.) не работают и не учатся 26,4%.

полом и длительностью лечения ($R=0,13$; $p<0,05$). В частности, количество мужчин, больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, со сроком госпитализации до 84 дней составляло 64,6%, в то время как женщин – только 50,1% ($p<0,001$). Вместе с тем, множественный регрессионный анализ показал, что длительность лечения в больнице в большей степени связана с возрастом больных, чем с их полом ($R=0,20$; $p<0,05$; $\beta_{\text{возраст}}=0,16$, $\beta_{\text{пол}}=0,09$).

В табл. 3 представлены данные о ряде клинико-социальных показателей больных, сгруппированные в зависимости от длительности их лечения в ПБ. Имея в виду довольно высокие значения стандартного отклонения, что увеличивает вероятность ошибки, тем не менее, заметны некоторые тенденции динамики представленных в таблице показателей. Так, при рассмотрении подгрупп больных с увеличивающейся продолжительностью стационарной терапии, отмечается нарастание длительности болезни, увеличение числа пациентов, имеющих группу инвалидности, и давности ее установления, изменение особенностей поступления больных в ПБ (уменьшение числа пациентов, достав-

Таблица 2

Распределение больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра по длительности лечения в больнице

Длительность лечения	Число больных		Средний возраст (n=692)	Пол (n=692)			
	Абс.	%		м	%	ж	%
≤42 дня	146	21,1	40,5±14,4	63	43,2	83	56,8
43–84 дней	243	35,1	45,4±15,7	112	46,1	131	53,9
85–126 дней	153	22,1	49,2±14,6	56	36,6	97	63,4
127–182 дня	87	12,6	49,0±16,6	21	24,1	66	75,9
≥183 дня	63	9,1	51,8±15,2	19	30,2	44	69,8
Итого	692	100,0	46,2±15,7	271	39,2	421	60,1

Таблица 3

Клинико-организационные характеристики обследованного контингента больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

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. ¹	СО		Ср. ¹	СО	ОЗ ²	ПНД	Сам ³		Клин. ⁴	Соц. ⁵	Клин. + соц. ⁶	12 мес.		36 мес.		12 мес.		36 мес.	
													Ср. ¹	СО	Ср. ¹	СО	Ср. ¹	СО	Ср. ¹	СО
≤42 дня	12,1	10,8	55,5	9,5	8,8	51,8	44,1	4,1	21,4	86,2	3,4	10,4	1,8	1,3	2,8	3,1	52,6	62,9	93,2	118,4
43–84 дней	13,6	11,4	65,8	10,3	9,4	44,4	54,7	1,2	25,3	83,0	2,5	14,5	1,8	1,1	3,1	2,3	79,0	63,1	151,2	138,6
85–126 дней	15,3	11,1	64,1	12,2	10,0	45,1	51,6	3,3	35,5	78,3	2,6	19,1	2,1	2,2	3,2	2,7	105,7	75,8	190,6	183,7
127–182 дня	16,6	12,4	70,1	13,0	9,0	40,6	54,7	4,7	32,9	68,2	5,9	25,9	1,9	1,0	3,3	2,4	132,8	94,8	254,1	233,5
≥183 дня	18,4	14,0	77,8	12,0	9,8	27,0	69,9	3,1	27,4	62,9	8,1	29,0	1,8	0,9	3,0	2,5	188,8	121,5	331,7	267,0
Все больные	14,5	11,7	64,7	11,3	9,4	43,8	53,1	3,1	28,6	79,0	3,7	17,3	1,9	1,4	3,1	3,0	96,1	87,5	175,7	185,9

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

ленных «Скорой помощью», и увеличение направленных психоневрологическим диспансером при сокращении удельного веса клинических причин госпитализации и росте социальных – изолированно и, особенно, в сочетании с клиническими).

В определенной степени эти выводы подтверждают данные корреляционного анализа (табл. 4). При этом, обращает на себя внимание, что, несмотря на статистическую значимость выявленных связей, их сила была слабой или даже очень слабой. Единственным исключением в этом ряду были корреляции между длительностью данной госпитализации и аналогичным показателем за последние 1–3 года.

Корреляция между повторностью и длительностью лечения в ПБ была не только статистически значимой, но и заметной (по Чеддоку) – при анализе данного показателя за последние 12 месяцев ($R=0,51$; $p<0,0001$), и сильной – при учете за период 36 месяцев, предшествующих данной госпитализации ($R=0,73$; $p<0,0001$). Больные в течение предшествующего данной госпитализации 1 года поступали в больницу в среднем почти 2 раза, а в течение трех лет – 3 раза (причем повторность практически не зависела от длительности текущей госпитализации – она была примерно равной для всех выделенных подгрупп). 54,1%

больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в течение 12 месяцев поступали в больницу повторно (как минимум, два раза). Повторные ежегодные поступления в больницу в течение 3 лет (общее число госпитализаций за этот период – 6 и более) отмечались у 12,0% больных.

Таким образом, выявляется довольно значительная по объему группа пациентов, которые на протяжении длительного периода времени неоднократно (как минимум, 2 раза в год) госпитализируются в ПБ. При этом в большом числе случаев эти госпитализации являются не только частыми, но и длительными. Анализ данного контингента является чрезвычайно важным, поскольку эти больные потребляют существенную часть ресурсов стационарной психиатрической службы. В частности, пациенты, длительность пребывания которых в ПБ в течение текущей госпитализации превышала 4 месяца (126 дней), составляли 21,7% всех больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, в то время как число койко-дней, приходящееся на их долю, достигало 45,4%. Более того, эти показатели, подсчитанные за предшествующие данной госпитализации 12 месяцев, увеличивались до 29,0% и 62,5% соответственно. При расчете на 36 месяцев – 13,2% больных лечились в больнице

Таблица 4

Связь длительности лечения в ПБ с клиничко-социальными показателями больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Показатель	Корреляция (rs)
Длительность заболевания	0,15***
Наличие группы инвалидности по психическому заболеванию	0,11**
Длительность группы инвалидности	0,15***
Отсутствие работы без наличия группы инвалидности	-0,09*
Нахождение на пенсии по возрасту	0,04
Работает или учится	-0,11**
Отсутствие пенсии по возрасту или инвалидности	-0,15***
Отсутствие близких родственников	0,25***
Проживание отдельно от родственников при их наличии	0,07
Проживание с родителями	-0,14***
Проживание с супругом	-0,14***
Проживание с детьми (в том числе взрослыми)	0,01
Проживание с другими родственниками	0,02
Проживание с кем-либо из родственников (родители, супруг, дети и пр.)	-0,24***
Состоит в браке	-0,17***
Холост (никогда не состоял в браке)	0,08*
Не состоит в браке (разведен, вдов)	0,02
Поступил по «Скорой помощи»	-0,10**
Поступил по направлению психоневрологического диспансера	0,09*
Обратился за помощью самостоятельно	0,01
Недобровольная госпитализация	0,09*
Преимущественно клинические причины госпитализации	-0,17***
Преимущественно социальные причины госпитализации	0,07
Комбинация клинических и социальных причин госпитализации	0,15***
Наличие социальных причин госпитализации изолированно или в комбинации с клиническими	0,17***
Количество поступлений за последние 12 мес.	0,03
Количество поступлений за последние 36 мес.	0,06
Число поступлений в течение жизни	0,15***
Длительность госпитализации за последние 12 мес.	0,42***
Длительность госпитализации за последние 36 мес.	0,37***

Примечания: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

за этот период свыше 365 дней (средний срок пребывания для данной выборки – 548,0±185,7 дней; 95% доверительный интервал (ДИ)=38,2), что составляет 42,0% койко-дней, проведенных в ПБ за анализируемый период больными шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Количество больных, получавших терапию в ПБ более 6 месяцев (средний срок пребывания – 369,5±185,3 дня; 95% ДИ=23,5) за 3 года, составляло 34,7%, но количество проведенных ими койко-дней достигло 74,6%.

В табл. 5 приведены социальные характеристики данного контингента. Обращает на себя внимание, что формальные социальные показатели паци-

ентов с длительными госпитализациями практически не отличались от таковых всей выборки больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих стационарное лечение (табл. 1), за исключением тенденции к меньшему числу больных состоящих в браке и, наоборот, большему количеству пациентов, которые никогда не были замужем и женаты, а также, что естественно, имеющих группу инвалидности ($p < 0,001$).

Ниже представлены данные о характере медикаментозного лечения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в стационаре (табл. 6, 7), а также о проведенных им лаборатор-

Таблица 5

Социальные показатели больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с длительными сроками госпитализации

Показатель	Число больных с различными сроками госпитализации					
	>126 дней за 12 мес.		>182 дней за 36 мес.		>365 дней за 36 мес.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Семейное положение						
состоит в браке	15	7,6	9	8,7	5	5,7
холост	129	65,1	65	62,5	54	62,1
разведен	39	19,7	21	20,1	20	23,0
вдова (вдовец)	15	7,6	9	8,7	8	9,2
Всего	198	100,0	104	100,0	87	100,0
С кем проживает						
одинок (нет родственников)	36	18,3	16	15,6	14	15,9
проживает один при наличии родственников	39	19,8	23	22,3	16	18,2
родители+больной	74	37,6	38	36,9	34	38,6
супруг+больной	15	7,6	9	8,7	5	5,7
ребенок+больной	16	8,1	9	8,7	8	9,1
другие родственники+больной	17	8,6	8	7,8	11	12,5
Всего	197	100,0	103	100,0	88	100,0
Трудовой статус						
работает	2	1,0	1	0,9	0	0
учащийся	1	0,5	0	0	0	0
пенсионер	11	5,4	6	5,7	3	3,3
безработный	17	8,4	8	7,5	5	5,6
группа инвалидности по психическому заболеванию	169	83,2	89	84,0	82	91,1
группа инвалидности по соматическому заболеванию	3	1,5	2	1,9	0	0
Всего	203	100,0	106	100,0	90	100,0

Таблица 6

Частота назначения различных видов фармакотерапии больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящимся в стационаре на момент обследования

Препараты	Число больных (%), получающих соответствующее лечение (n=713)	95% ДИ
Нейролептики	98,3	0,9
традиционные нейролептики	70,3*	3,4
атипичные антипсихотики	41,1*	3,6
пролонги	19,5*	2,9
Корректоры	80,4	2,9
Антидепрессанты	24,0	3,1
Трициклические	13,0*	2,5
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	7,6*	1,9
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	2,2*	1,1
Другие антидепрессанты	3,6*	1,4
Нормотимики	16,6	2,7
Транквилизаторы	35,3	3,5
Ноотропы	12,3	2,4
Другие препараты	5,3	2,2

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

ных исследованиях и осмотрах специалистами различного профиля (табл. 8).

Как и следовало ожидать, практически все пациенты получали нейролептики (табл. 6), причем более 40% – атипичные антипсихотики (18,7% больным назначалась комбинация атипичных и традиционных антипсихотиков). Несмотря на то, что шизоаффективное расстройство было диагностировано только в 4,2% случаев, значительно большее

число больных принимали нормотимики (16,6%) и антидепрессанты (24,0%). Только отдельные больные получали более одного антидепрессанта. Еще одной особенностью терапевтической тактики был высокий процент использования транквилизаторов – их принимали более 1/3 пациентов.

Внутримышечные назначения препаратов (табл. 7) в большей степени использовались на начальных этапах лечения (первые 6 недель). Уве-

Таблица 7

Среднее количество процедур парентерального введения препаратов на одного больного шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, 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 ¹	≤42 дня ²	43–84 дней ³	85–126 дней ⁴	127–182 дня ⁵	≥183 дня ⁶
Внутримышечно	15,3 (1,4)	12,5 (1,5)	16,1 (2,8)*	24,0 (5,9)**	22,7 (9,9)	25,0 (13,8)
Внутривенно струйно	0,2 (0,1)	0,1 (0,1)	0,2 (0,3)	0,7 (0,6)	0,5 (0,7)	0,4 (0,8)
Внутривенно капельно	1,0 (0,2)	0,9 (0,3)	0,8 (0,4)	1,7 (1,0)*	1,3 (1,1)	1,3 (1,7)

Примечания: среднее значение (95% ДИ): ¹ – 48,30 (3,71); ² – 19,85 (1,08); ³ – 59,70 (1,64); ⁴ – 104,77 (3,23); ⁵ – 147,45 (4,51); ⁶ – 271,25 (56,18); * – p<0,05; ** – p<0,01 (значимость различий между соседними группами пациентов).

Таблица 8

Среднее количество исследований и консультаций на одного больного шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящегося в стационаре на момент обследования

Наименование исследования	Среднее число исследований (95% ДИ) в зависимости от длительности лечения больных на момент обследования					
	Все больные ¹	≤42 дня ²	43–84 дней ³	85–126 дней ⁴	127–182 дня ⁵	≥183 дня ⁶
Клинический анализ крови	1,51 (0,11)	1,20 (0,06)	1,55 (0,07)***	2,16 (0,29)***	2,42 (0,43)	3,31 (1,24)
Биохимический анализ крови	1,24 (0,06)	1,09 (0,05)	1,23 (0,09)**	1,64 (0,19)***	1,70 (0,32)	1,69 (1,36)
Анализ крови на содержание лития	0,07 (0,02)	0,07 (0,03)	0,06 (0,04)	0,13 (0,12)	0,06 (0,08)	0
Анализ крови на пролактин	0,02 (0,01)	0,02 (0,02)	0,01 (0,01)	0,03 (0,06)	0	0
Другие лабораторные исследования	1,96 (0,32)	1,80(0,22)	1,97 (0,36)	1,95 (0,67)	1,69 (0,77)	1,61 (1,28)
Электрокардиография	1,09 (0,03)	1,03 (0,03)	1,11 (0,08)*	1,16 (0,01)	1,33 (0,23)	1,38 (0,27)
Эхоэнцефалография	0,04 (0,01)	0,03 (0,02)	0,04 (0,03)	0,02 (0,03)	0,03 (0,06)	0
Электроэнцефалография	0,10 (0,02)	0,10 (0,03)	0,11 (0,05)	0,07 (0,06)	0,12 (0,11)	0
Реоэнцефалография	0,007 (0,006)	0,007 (0,008)	0,005 (0,11)	0,016 (0,03)	0	0
Реовазография	0	0	0	0	0	0
Рентгенография черепа	0,001 (0,003)	0	0,006 (0,011)	0	0	0
МРТ головного мозга	0,024 (0,011)	0,027 (0,027)	0,017 (0,019)	0,016 (0,03)	0	0
Рентгенография легких	0,62 (0,04)	0,56 (0,05)	0,71 (0,07)***	0,69(0,12)	0,76 (0,21)	0,92 (0,52)
Другие инструментальные исследования	0,28 (0,05)	0,26 (0,05)	0,34 (0,011)	0,23 (0,11)	0,15 (0,12)	0,38 (0,61)
Консультация психотерапевта	0,25 (0,05)	0,18 (0,05)	0,29 (0,14)	0,46 (0,25)	0,39 (0,26)	0,38 (0,52)
Консультация психолога	0,20 (0,03)	0,17 (0,04)	0,21 (0,06)	0,30 (0,11)	0,21 (0,14)	0,46 (0,36)
Консультация специалиста по социальной работе	0,006 (0,005)	0,002 (0,005)	0,011 (0,016)	0,16 (0,032)	0	0
Консультация социального работника	0,011 (0,010)	0,004 (0,007)	0,029 (0,037)	0,016 (0,032)	0	0
Консультация терапевта	1,40 (0,07)	1,21 (0,07)	1,49 (0,13)***	1,93 (0,27)**	1,76 (0,42)	2,31 (0,90)
Консультация невропатолога	0,92 (0,03)	0,84 (0,05)	0,97 (0,05)***	1,10 (0,09)*	1,06 (0,19)	1,54 (0,61)
Консультация окулиста	0,60 (0,04)	0,56 (0,05)	0,60 (0,07)	0,72 (0,14)	0,73 (0,18)	0,85 (0,20)
Консультация гинеколога	0,65 (0,05)	0,56 (0,06)	0,79 (0,08)***	0,72 (0,16)	0,94 (0,24)	1,0 (0,54)
Консультация других специалистов	0,64 (0,10)	0,42 (0,09)	0,84 (0,22)***	1,13 (0,44)	0,91 (0,62)	1,77 (1,75)

Примечания: среднее значение (95% ДИ): ¹ – 48,30 (3,71); ² – 19,85 (1,08); ³ – 59,70 (1,64); ⁴ – 104,77 (3,23); ⁵ – 147,45 (4,51); ⁶ – 271,25 (56,18); * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001 (значимость различий между соседними группами пациентов).

личение числа процедур на протяжении последующих двух 6-недельных этапов, хотя и было статистически значимым, существенно отставало от продолжительности лечения. После 4 месяцев терапии в стационаре данный показатель практически не менялся, что указывает на редкость назначения внутримышечных инъекций в этот период. Количество внутривенных вливаний практически не различалось у различных по длительности лечения в ПБ подгрупп больных, что также указывает на большую вероятность их осуществления на начальном этапе пребывания в больнице.

Всего внутримышечные инъекции получали 74,0% госпитализированных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (среднее количество процедур на одного получавшего их больного составляло 20,7; СО=9,8; 95% ДИ=1,7). Внутривенно струйно препараты вводились 4,0% обследованным пациентам (среднее количество процедур составляло 5,7 на одного получавшего их пациента; СО=4,2; 95% ДИ=1,6); внутривенно капельно – 16,3% (среднее количество процедур – 6,2 на одного получавшего их пациента; СО=5,3; 95% ДИ=0,5).

При анализе осуществленных инструментальных и лабораторных исследований и консультаций специалистов (табл. 8) выявлялась уже отмеченная выше тенденция: большинство из них проводилось на начальных этапах пребывания пациентов в стационаре, и их количество мало менялось в дальнейшем, за исключением обязательных, то есть предписанных имеющимися правилами. Однако и в последнем случае, несмотря на то, что зачастую, отмечалось статистически значимое их увеличение в зависимости от длительности нахождения больных в ПБ, рост их числа заметно отставал от продолжительности лечения в больнице. Кроме того, ряд лабораторных исследований (анализ крови на содержание лития, пролактина) и консультаций (например, социальных специалистов) проводился лишь единичным больным, что разительно не соответствовало уровню назначений (в частности, лития, а также нейролептиков, потенциально вызывающих гиперпролактинемия) и распространенности имеющихся проблем социальной адаптации.

Обсуждение и выводы

Представленные выше данные, в целом, соответствуют приводимым в первой публикации [4]. В то же время, сравнение с внебольничным контингентом больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра [1, 17] демонстрирует заметные их различия, главным образом, касающиеся более тяжелого клинико-социального статуса пациентов стационара. Последние в значительном числе случаев фактически являются отдельной подгруппой диспансерных больных. В частности, ранее было показано [1], что только 15% больных

шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, наблюдающихся в психоневрологическом диспансере (ПНД), госпитализировались в течение 5 лет не менее 3 раз, а почти $\frac{1}{4}$ пациентов имели за этот период единичные поступления в больницу (1–2 раза). Соответственно, более 60% больных в течение этого времени ни разу не поступали в ПБ и наблюдались только во внебольничных условиях.

Результаты проведенного исследования подтверждают, что в стационаре проходит лечение, в значительной степени, ограниченная наиболее тяжелая группа больных данной диагностической категории. Так, более половины этих пациентов в течение 12 месяцев поступали в больницу повторно. Предшествующее изучение больных шизофренией с частыми и сверхчастыми госпитализациями выявило ряд клинических особенностей течения заболевания, а также социального функционирования у данного контингента пациентов, что требует специальных подходов при оказании им психиатрической помощи [11].

Следует также отметить, что нередко эти госпитализации являются не только частыми, но и длительными. Так, полученные данные свидетельствуют, что больные, находящиеся в стационаре более 4 месяцев за год, составляя только 29% всего контингента, блокируют почти $\frac{2}{3}$ коечного фонда, а пациенты с длительностью пребывания в стационаре свыше 6 месяцев за 3 года ($\frac{1}{3}$ всего контингента) – почти три четверти. При этом интенсивность психофармакологического лечения при увеличении его длительности практически не меняется при очевидном нарастании социальных проблем и катастрофическом отставании психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Уже достаточно давно было показано, что клинико-социальный прогноз заболевания (в частности, уровень инвалидизации) в значительной степени связан с особенностями оказания психиатрической помощи в стационарных и внебольничных условиях и их соотношением [13]. В настоящее время разработан и получил юридическое подкрепление целый спектр новых клинико-организационных форм оказания психиатрической помощи во всех ее звеньях [2, 5, 8, 10, 12, 14, 16]. Сюда можно отнести так называемые клиники первого психотического эпизода, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационные отделения, отделения медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях и ряд других, которые продемонстрировали свою эффективность (клиническую, социальную, экономическую) в отношении помощи данному тяжелому контингенту психически больных. Широкое внедрение и развитие подобных инновационных подходов на современном этапе представляет собой неотъемлемую часть совершенствования психиатрической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В., Шмуклер А.Б. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 4. С. 10–14.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М., 2012. 544 с.
3. 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.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контингент пациентов психиатрической больницы (по материалам однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 2. С. 5–14.
5. Давыдов К.В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальная характеристика и комплексная внебольничная помощь после выписки из стационара): Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005.
6. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. Рига, 1988. 236 с.
7. Костюк Г.П. Отдаленный катамнез больных шизофренией, уволенных из Вооруженных Сил (с позиций многоосевой диагностики): Дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 1999. 191 с.
8. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006. 164 с.
9. Папусев О.О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью в условиях комплексного центра социального обслуживания: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 183 с.
10. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в обществе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 174 с.
11. 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.
12. 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.
13. Шашков В.Б. Временная нетрудоспособность и инвалидизация: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1992. 135 с.
14. Шендеров К.В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1992. 197 с.
15. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1999. 423 с.
16. Щербич Р.М. Особенности оказания психиатрической помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в регионах с большой территорией и малой плотностью населения: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2012. 143 с.
17. Ястребов В.С. Внебольничная шизофрения (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1987. 44 с.

КОНТИНГЕНТ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ (по материалам однодневной переписи)

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

Данная статья является продолжением работы, представленной авторами в предыдущем номере журнала. В ней представлены результаты однодневной переписи контингента больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра психиатрической больницы, выявившие его особенности, а также содержание и объем предоставляемой помощи.

Число обследованных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра составило 719 человек, в том числе 281 мужчина (39,1%) и 438 женщин (60,9%); средний возраст – 46,2±15,7 лет. Результаты проведенного исследования подтверждают, что в стационаре проходит лечение, в значительной степени, ограниченная наиболее тяжелая группа больных данной диагностической категории. Так, более половины этих пациентов в течение 12 месяцев поступали в больницу

повторно. Нередко эти госпитализации являются не только частыми, но и длительными. При этом интенсивность психофармакологического лечения при увеличении его длительности практически не меняется при очевидном нарастании социальных проблем и катастрофическом отставании психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий. Решение задачи совершенствования психиатрической помощи данной категории больных требует широкого внедрения ее новых инновационных форм, в частности клиник первого психотического эпизода, отделений интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационных отделений, отделений медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях и ряда других.

Ключевые слова: шизофрения, психиатрическая больница, длительность лечения, психиатрическая помощь.

THE PATIENT POPULATION WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS TREATED IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL (ACCORDING TO ONE-DAY ASSESSMENT DATA)

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

This article continues the subject presented in the previous issue of this journal. It reports the results of a single day registration of all patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders treated in one hospital, the characteristics of this population as well as the content and amount of care.

Total number of investigated patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders was 719 persons; 281 male (39.1%) and 438 female (60.9%); average age 46.2±15.7 years. Results of investigation confirm that the patients treated in the hospital happen to be the most severe cases in this diagnostic category. More than half of these patients had repeated hospitalizations during recent 12 months, and their stay

could be also long. The intensity of psychopharmacological treatment hardly varies and does not seem to depend on duration of therapy while patients' social problems obviously increase, also in the circumstances of 'catastrophic' shortage of psychosocial treatment and rehabilitation measures. Improvement of care for this patients' category includes wide-scope introduction into practice of new 'innovation' forms like first psychotic episode clinics, wards for intensive psychiatric care, outpatient units for medico-social care etc.

Key words: schizophrenia, 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.