

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ КОНТИНГЕНТОВ БОЛЬНЫХ И ЗАМЕЩАЮЩАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНЫХ ФУНКЦИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Г.И. Винидиктова¹, Л.Я. Висневская²

¹*Филиал №1 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ г.Москвы
«Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ»*
²*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

Большинство дневных стационаров в нашей стране, особенно со времени появления психотропных средств, ориентированы в основном на помощь больным с подострыми психотическими состояниями [1, 2, 9, 10].

В дневной стационар могут направляться больные различных диагностических групп, состояние которых требует более интенсивного лечения при ежедневном врачебном наблюдении, чем это возможно в амбулаторных условиях, но без отрыва больных от привычной социальной среды. В преобладающей части случаев речь идет об обострениях у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, характеристикой которых является диссоциация между выраженностью (иногда довольно значительной, но с отсутствием симптоматики наиболее глубоких кататонно-гебефренических регистров, измененного сознания, а также опасных гетеро- и аутоагрессивных тенденций) психопатологических расстройств, с одной стороны, и сохраняющимся при этом упорядоченным поведением, контактами с врачами, приверженностью лечению и согласием на ежедневные посещения дневного стационара, с другой. Добавочными показаниями для помещения больных в дневной стационар могут служить, особенно при относительной остроте симптоматики, наличие родственников, которые участвуют в контроле поведения и приема лекарств в те часы, когда больной находится дома, могут, когда это бывает необходимо, сопровождать в дневной стационар и забрать его домой, особенно в этих случаях на начальном этапе лечения в дневном стационаре. К показаниям относятся также относительно непродолжительная дорога к дневному стационару и имеющиеся транспортные возможности.

Кроме того, в литературе имеются указания на предпочтительность для лечения в дневном стационаре больных, которые чувствительны к стигме поме-

щения в психиатрическую больницу, дорожат своей ролью в глазах окружающих, семейном положении.

В других странах дневные стационары, ориентированные на лечение с довольно выраженными психотическими состояниями, обозначаются как acute day hospital (острые дневные стационары) [11].

В одном из систематических обзоров работ рандомизированных контролируемых исследований было показано, что в дневных стационарах быстрее, чем в больнице наступало улучшение психического состояния, а стоимость помощи оказывалась меньше на 20,9–36,9% [11]. В то же время программы дневного лечения по улучшению психотических симптомов превосходили по эффективности амбулаторную помощь. Из более чем двух тысяч больных, лечившихся в больнице, 23,3–37,5% могли бы по психическому состоянию получать помощь не путем госпитализации, а в дневном стационаре.

Из других данных, касающихся доли стационарного контингента больных, которые могли бы получать помощь в дневном стационаре, отметим, что как показало исследование, проведенное в клинике Первого психотического эпизода при Московском НИИ психиатрии, работающей как дневной стационар, 49% ранее госпитализированных могли бы лечиться в этой клинике [6].

К настоящему времени в России в процессе подготовки и после опубликования «Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ 17 мая 2012 года, появились новые организационные формы психиатрической помощи, впервые нашедшие отражение в этом Приказе. Теперь среди подразделений, оказывающих психиатрическую помощь по принципам дневного стационара, могут строить свою работу также медико-реабилитационные отделения и отделения интенсивного оказания психиатрической помощи

во внебольничных условиях. Используя это обстоятельство, появились и «гибридные» формы, сочетающие задачи между собой, также, например, между медико-реабилитационным отделением и отделением формирования навыков самостоятельного проживания. Вместе с тем, деятельность каждого из указанных подразделений должна быть направлена на решение важных самостоятельных проблем. Значение дифференциации контингентов больных каждого из этих подразделений особенно актуальны пока подразделения, строящие работу по принципу дневного обслуживания пациентов, находятся на начальном этапе своего создания. В Москве после этапа значительного сокращения коечного фонда психоневрологические диспансеры были присоединены к психиатрическим больницам и в них созданы, кроме дневных стационаров, такие подразделения, как медико-реабилитационное отделение и отделение интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях, также работающие в дневном режиме обслуживания больных.

Представленный в данном сообщении предварительный анализ деятельности дневного стационара Филиала №1 (психоневрологического диспансера №8), входящего в структуру 3-й Московской психоневрологической больницы, в связи с недавно осуществленной реорганизацией, можно было осуществить только за полугодие с 1 июня по 31 декабря 2013 года.

За этот период в дневной стационар было принято 274 больных. Большинство из них были направлены в дневной стационар участковыми врачами – 229 человек (83,5%), из психиатрической больницы на долечивание было переведено 34 человека (12,4%), и 12 человек (3,1%) направлено на обследование в связи с военно-врачебной экспертизой.

Вместе с тем, за указанный период из первично направленных в отделение интенсивной психиатрической помощи в амбулаторных условиях переведено в дневной стационар 7 человек (2,5% от всех поступивших) после купирования обострения для дальнейшего лечения. Переведено из медико-реабилитационного отделения в связи с ухудшением состояния – 11 человек (4%). В свою очередь из дневного стационара переводились в отделение интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях нарушавшие терапевтический режим с ухудшением состояния и переставшие посещать дневной стационар – 5 человек (1,8%), а в медико-реабилитационное отделение – 26 человек (9,5%), нуждающихся больше в реабилитационных мероприятиях. Кроме того, 6 человек (2,5%) в связи с ухудшением состояния были переведены в больницу.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости более четкого дифференцированного учета показаний для направления больных в указанные подразделения.

Для медико-реабилитационного отделения, это помимо учета его работы в полустационарном режиме, наличие относительно стабилизированного состояния (не исключающего, однако, нередко возникающей необходимости некоторой коррекции фармакотерапии в процессе реабилитационных, социально-восстановительных мероприятий), что является основной задачей этого подразделения [8]. Кроме того, при направлении больных в это отделение необходимо иметь в виду, что такое отделение создано в структуре диспансера для психосоциальной реабилитации на возможно более раннем этапе течения болезни с целью сохранения социальных достижений, имеющихся у больных в начале заболевания, а также предупреждения их утраты, насколько это возможно, в дальнейшем. Это тем более важно, поскольку в исследованиях показано, что социальная дезадаптация и социальные потери, часто возникающие еще до первого обращения больных к психиатру, проявляются еще на стадии продрома болезни (нередко многолетнего) и заключаются в уже сложившихся к этому времени тяжелых конфликтных отношениях с родственниками, в потерях друзей и других социальных связей, оставлении учебы, иногда работы и т.п. Начало реабилитации на возможно более раннем этапе заболеваний – важнейшая функция медико-реабилитационного отделения в структуре диспансера. Это важно для формирования контингента больных этого подразделения: неправильно, когда в это отделение направляются преимущественно уже инвалидизированные пациенты с большим стажем инвалидности. Следует постоянно следить за тем, чтобы сюда привлекались молодые пациенты, с небольшими сроками начала болезни. Задача этого отделения – сберегающе-превентивная реабилитация с использованием преимущественно групповых психосоциальных воздействий (психосоциальная терапия и психосоциальная, а том числе когнитивная, реабилитация). Такие воздействия должны отвечать критериям доказательности достигаемого эффекта – они должны быть четко структурированы и направлены на определенные проблемы, задачи, то есть проводиться по определенным модулям, и в связи с конкретными показаниями. Показателями эффективности таких отделений является повышение уровня социального восстановления пациентов, некоторые авторы включают сюда помощь в трудоустройстве, в том числе поддерживаемом трудоустройстве.

Принципом работы отделения интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях, в отличие от других названных подразделений, является возможность посещения больных бригадой специалистов и осуществление назначений на дому, вовлечение семьи в контроль за лекарственным режимом, раннее включение больных в систему психосоциальных воздействий. Это работа на обслуживание наиболее трудной части амбула-

торного контингента больных, для которых попытки лечения в стационаре и в диспансере оказываются неэффективными. Достигнутое улучшение состояния в результате лечения в условиях больницы, при невыполнении в последующем режима назначенной терапии и отказа больного от посещения диспансера, быстро исчезает после выписки. В результате для них характерны сверхчастые госпитализации. Больные обычно социально дезадаптированы, некомплаентны, неконтролируемы со стороны близких, родственников, нуждаются в настойчивой организации терапевтических и психосоциальных мероприятий с участием микросоциального окружения на протяжении длительного непрерывного амбулаторного ведения больных полипрофессиональной бригадой специалистов. Эффективность работы этого отделения обычно проявляется значительным противорецидивным действием с уменьшением числа госпитализаций.

Рассмотрим теперь показатели предварительного (за полгода) анализа контингента больных дневного стационара по всем диагностическим группам и отдельно по шизофрении и расстройствам шизофренического спектра.

С 1 июля по 31 декабря 2013 года в дневном стационаре лечились 274 пациента. Из них – 164 человека (59,9%) больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–29), с органическим расстройством (F00–09) – 41 человек (15%), аффективными расстройствами (F30–39) – 34 человека (12,4%), невротическими расстройствами (F40–49) – 17 человек (6,2%), расстройствами личности (F60) – 6 человек (2,2%), умственной отсталостью – 12 человек (4,3%). По возрасту больные распределялись следующим образом – до 30 лет было 34 человека (12,4%), от 31 до 60 лет – 189 (69%), свыше 60 лет – 51 (18,6%).

Социально-демографические и клинические характеристики больных шизофренией и расстрой-

ствами шизофренического спектра представлены в таблице.

Отметим, что по преобладанию больных шизофренией (59,9%) контингент соответствует критерию, по которому в цитированное выше исследование [11] включались данные дневных стационаров, обозначенных как acute (острые). Что касается других показателей, то можно отметить, что больные шизофренией были моложе, чем весь контингент пациентов за счет большей части больных до 30 лет и меньшей свыше 60 лет, в то время как процент пациентов от 31 до 60 лет оказался практически одинаковым. Обращает на себя внимание группа пациентов, больных шизофренией, которые не работают, не имеют инвалидности, требующая специального изучения в аспекте нарушений, в том числе неустойчивой, трудовой адаптации как группа риска инвалидности [7]. Этот, как и некоторые другие показатели, можно сопоставить с соответствующими показателями больничного контингента по данным недавно опубликованного исследования [8]. Эта группа безработных больных шизофренией в больничном контингенте оказалась еще больше. Из других диагностических групп можно выделить группу пациентов с аффективными расстройствами, как характерную для дневных стационаров. Доля больных с этим диагнозом в дневном стационаре в 3 раза больше, чем в больнице. Процент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра выше в контингенте дневного стационара, а процент больных других диагностических групп в больничном контингенте меньше.

Наконец, следует указать на еще один важный для оценки деятельности дневного стационара вопрос. В дневном стационаре во втором полугодии 2013 года лечились пациенты, из которых (за соответствующий период) 13 человек стационарировались ежегодно (больные с частыми госпитализациями), к этому следует добавить 5 других госпитализаций пациентов

Социально-демографические и клинические характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

№№	Клинические и социально-демографические характеристики больных	Абс. (%)
1.	Шизофрения и расстройства шизофренического спектра – всего	164 (100%)
	Шизофрения параноидная:	
	- с непрерывным течением	49 (29,9%)
	- с эпизодическим течением	64 (39,0%)
	Шизофрения недифференцированная	2 (1,2%)
	Другие формы	5 (3,0%)
2.	Шизотипическое расстройство	36 (22,0%)
	Шизоаффективное расстройство	8 (4,9%)
	Возраст:	
до 30 лет	30 (18,3%)	
31–60 лет	112 (68,3%)	
Свыше 60 лет	22 (13,4%)	
3.	Социальное и трудовое положение:	
	Работают или учатся	10 (6,1%)
	Инвалиды	124 (75,6%)
	не работают (не имеющие пенсии и группы инвалидности)	21 (12,8%)
пенсионеры по возрасту	9 (5,5%)	

за прошедшее полугодие, всего 18 госпитализаций. Было бы правильно учесть также то обстоятельство, что 12 пациентов направлялись в течение данного полугодия в дневной стационар в связи с военно-врачебной экспертизой, что при других обстоятельствах осуществляется в госпитальных условиях. В целом можно считать, что предупреждение 30 госпитализаций отражает за полгода замещающую госпитализацию функцию дневного стационара.

Дневные стационары, оказывающие помощь больным, в том числе с довольно выраженными

психотическими состояниями в менее ограничительных условиях и без отрыва от привычной социальной среды (по статистически данным число больных, выписанных из дневных стационаров, составляло в 2006 г. по стране 18,5% от всех выписанных из психиатрических больниц и достигло 21% в 2011 г. [3], а вместе с другими подразделениями, оказывающими психиатрическую помощь на принципах дневного обслуживания), становятся все более значительным разделом психиатрической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Никитина Г.Ф., Саркисян В.В. и соавт. К вопросу о месте дневного стационара в системе помощи больным шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1977. Т. 77, № 2. С. 1726–1732.
2. Гурович И.Я., Саркисян В.В., Куцай С.И. Подострые состояния при шизофрении во внебольничной практике // Ранняя реабилитация психически больных. Л., 1984. С. 118–125.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006–2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития). М.: Медпрактика-М, 2012. 699 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контингент пациентов психиатрической больницы (по данным однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23Б, № 2. С. 5–13.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих лечение в психиатрической больнице // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 48–54.
6. Дороднова А.С. Клинико-организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: Дисс. ... канд.мед.наук. М., 2006. 167 с.
7. Кирьянова Е.М. Больные шизофренией с неустойчивой трудовой адаптацией: Дисс. ... канд.мед.наук. М., 1994. 214 с.
8. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. и соавт. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейropsychологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 5–13.
9. Саркисян В.В. Подострые состояния при шизофрении, их клиника и особенности лечения в дневном стационаре: Дисс. ... канд.мед.наук. М., 1983. 190 с.
10. Шендеров К.В., Шевченко В.А., Загиев В.В. и соавт. Контингент и задачи по психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих помощь в условиях дневного стационара // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 10–14.
11. Marshall M., Grownther R., Almazaz-Serrano A. et al. Systematic review of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders, acute day hospital versus outpatients care // Health Technol. Asses. 2001. Vol. 21, N 2. P. 1–75.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ КОНТИНГЕНТОВ БОЛЬНЫХ И ЗАМЕЩАЮЩАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНЫХ ФУНКЦИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Г.И. Винидиктова, Л.Я. Висневская

В статье представлены клинические и социально-демографические характеристики контингента больных дневного стационара, ориентированного преимущественно на помощь больным с подострыми психотическими состояниями, протекающими при упорядоченном поведении и соблюдении режима терапии. Приводится дифференциация этого контингента от контингентов других, впервые появившихся теперь органи-

зационных форм психиатрической помощи, работа которых строится также по принципу дневного обслуживания больных.

Ключевые слова: дневной стационар, медико-реабилитационное отделение, отделение интенсивного оказания помощи в амбулаторных условиях, контингенты больных, госпитализации замещающая функция.

DIFFERENTIATION IN PATIENT POPULATIONS AND HOSPITALIZATION-REPLACING FUNCTION OF A DAY CLINIC

G.I. Vinidiktova, L.Ya. Visnevskaya

This article presents clinical and sociodemographic characteristics of the patient population of the day clinic oriented primarily to care for patients with subacute psychotic conditions without signs of disordered behaviour or non-compliance. The authors show the difference of this patient population

from the patient populations in other forms of psychiatric care functioning as day hospitals.

Key words: day hospital, medico-rehabilitation ward, day intensive care unit, patient population, hospitalization-replacing function.

Винидиктова Галина Исааковна – заведующая дневным стационаром Филиала №1 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А.Гиляровского».

Висневская Лидия Яновна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.