

ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА И ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПОЛУСТАЦИОНАРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ (по материалам ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского)

К.В. Шендеров, Г.П. Костюк, Г.И. Винидиктова, Э.О. Гукасян,
Е.А. Курилович, А.О. Лапшин, Н.С. Петрухина

*ГБУЗ Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3
имени В.А.Гиляровского ДЗМ»*

В 1933 году впервые в России при 1-й Московской (Преображенской) психиатрической больнице (сейчас это ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского) был открыт дневной стационар, который рассматривался как важная организационная форма социально-трудовой реабилитации пациентов [5, 6]. В то время дневной стационар по своим функциям приближался к лечебно-трудовым мастерским. Развитие фармакологии сделало возможным осуществлять купирование подострых состояний в дневном стационаре, минуя госпитальный этап [11, 13].

В последние десятилетия в соответствии с накопленным мировым [4, 16–18] и отечественным опытом в России полустационарная психиатрическая помощь получила свое дальнейшее развитие. Она стала более разнообразной, дифференцированной и специализированной, учитывает необходимость решения проблем реабилитации и социального восстановления больных, их адаптации в социальной среде при сохранении «стационарозамещающей» роли полустационаров [1–3].

В наше время, по истечении 80 лет с открытия первого дневного стационара, в ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского с 2013 года на базе филиалов больницы (психоневрологических диспансеров), помимо уже функционировавших дневных стационаров (ДС), были открыты как медико-реабилитационные отделения (МРО), так и отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП). Их появление стало возможным благодаря утверждению «Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах» [9]. Это новые для отечественной психиатрии полустационарные формы помощи, учитывающие потребности основных

клинико-статистических групп пациентов, со специфическими лечебно-реабилитационными задачами и программами [2, 3, 8, 12].

В предыдущих работах [1, 14, 15] мы уже проводили сравнительный анализ решаемых задач, контингентов пациентов ОИОПП, ДС и МРО, применяемых лечебно-реабилитационных программ. Было показано, что во всех полустационарах проводилось комплексное вмешательство, когда помимо фармакологического лечения осуществлялась психосоциальная терапия, специфическая для каждого подразделения [14]. Однако, при подготовке указанных публикаций, освещались результаты, полученные по материалам лишь одного амбулаторного филиала (№1) ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского (до 2013 г. – ПНД №8). Сейчас появилась возможность оценить и провести сравнительный анализ основных показателей деятельности ДС, МРО и ОИОПП во всех филиалах (помимо упомянутого выше – ПНД №9, или амбулаторный филиал №2, также ПНД №14 и ПНД №15, объединенные в амбулаторный филиал №4), входящих в структуру ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского.

Целью данного исследования явилось проведение сравнительного анализа контингентов пациентов полустационарных подразделений, а также оценки применяемых психофармакологических подходов при терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в ОИОПП, ДС и МРО.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе полустационаров (ОИОПП, МРО и ДС) амбулаторных филиалов ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского.

На первом этапе исследования были проанализированы основные показатели деятельности полустационаров за 2013–2015 годы, динамика числа пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29 по МКБ-10) среди всех поступлений, оценен спектр применяемых нейролептиков, назначавшихся при лечении указанного контингента больных. Для сопоставления доз нейролептиков использовали хлорпромазиновый эквивалент [7].

На втором этапе при помощи специально разработанной карты был проведен анализ клинико-социальных особенностей всех больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29), находившихся на лечении в полустационарах по состоянию на 24.07.2014 года (одномоментный срез). Проведен сравнительный анализ психофармакотерапии, включая дозировки используемых нейролептиков.

Статистическая обработка результатов осуществлялась при помощи пакета компьютерных программ Statistica 7. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Нужно отметить, что на момент исследования в филиалах №1 и №2 функционировали все их указанные полустационарные подразделения, а в филиале №4 – ОИОПП и ДС. То есть всего анализ коснулся восьми полустационарных подразделений.

Результаты

В структуре психоневрологических диспансеров (ПНД) ПКБ №3 г. Москвы, помимо уже существовавших дневных стационаров, с середины 2013 года начали функционировать ОИОПП и МРО на 30 и 50 пациенто-мест соответственно.

Анализ *путей поступлений* в полустационары филиалов выявил ряд особенностей. Во все подразделения пациенты направлялись преимущественно

участковым психиатром (от 55 до 96%), причем доля данного пути поступлений в большинстве полустационаров снижалась за изучаемый период (табл. 1). В частности, в ОИОПП филиала №1 с 88,3% в 2013 году до 60,3% в 2015 ($p \leq 0,001$), филиала №2 – с 88,9% до 78,4% ($p \leq 0,05$), филиала №4 – с 94,7% до 65% соответственно ($p \leq 0,001$). Данные тенденции не были отмечены лишь для ДС и МРО филиала №1, где указанный показатель находился на стабильном уровне в изучаемый период.

Снижение доли поступлений с участка ПНД происходило на фоне увеличения доли поступлений после выписки из круглосуточного стационара психиатрической больницы (ПБ) для долечивания. Последний показатель достигал 1/3 от всех поступлений в ОИОПП филиала №1, в ДС филиалов №2 и №3. При этом в ДС филиала №1 указанный показатель лишь немногим превышал 10% от входящего потока пациентов, а в отношении МРО филиала №1 и №2 были отмечены лишь единичные случаи поступлений из ПБ.

В то время как в МРО филиала №1 треть больных поступала для включения в реабилитационные программы отделения по направлению из других полустационарных подразделений, ОИОПП или ДС после того, как было купировано обострение подострого уровня и подбора терапии, в МРО филиала №2 значение данного показателя не превышало 10%.

Таким образом, несмотря на соответствие общего числа поступлений и мощности подразделений, пути поступлений в них в разных филиалах различались. Тем не менее, для большинства подразделений было отмечено увеличение доли больных, поступавших на долечивание из ПБ. Это соответствовало принципам преемственности и этапности оказания психиатрической помощи.

Таблица 1

Пути поступлений больных в полустационары

Поступило	В ОИОПП			В дневной стационар			В МРО		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Филиал №1									
Всего (абс.)	162	220	121	486	487	249	124	231	110
Из ПБ (долечивание), %	9,9	22	32,2	16,0	12	11,6	0	0,9	1,8
С участка ПНД, %	88,3	70	60,3	80,3	83	81,9	60,48	70,6	61,8
Из полустационара, %	1,8	8	7,4	3,7	5	6,4	39,52	28,5	36,4
Филиал №2									
Всего (абс.)	90	189	102	462	516	250	98	260	136
Из ПБ (долечивание), %	0	0	19,6	16,2	22	39,6	0	0	5,9
С участка ПНД, %	88,9	97,4	78,4	82,7	75	58,8	96,9	88,5	86,8
Из полустационара, %	11,1	2,6	2	1,1	3	1,6	3,1	11,5	7,3
Филиал №4									
Всего (абс.)	95	272	130	508	525	222	-	-	-
Из ПБ (долечивание), %	5,3	6	24	16,2	12,4	34,7	-	-	-
С участка ПНД, %	94,7	86	65	88,8	79,4	55,8	-	-	-
Из полустационара, %	0	8	11	0	8,2	9,5	-	-	-

Динамика числа больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29 по МКБ-10) среди всех поступлений. ОИОПП филиала №1 находится на этапе становления контингента, когда доля больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра увеличивается ($p \leq 0,001$) с 50% в 2013 году до 80% от всех поступлений в первом полугодии 2015 года. В ДС и МРО филиала эти показатели более стабильны, 2/3 от всех поступлений приходилось на этот контингент больных.

Наоборот, в ОИОПП филиала №2 отмечено снижение доли больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра среди всех поступлений (с 75,5% в 2013 году до 60,8% в первом полугодии 2015 года; $p \leq 0,05$). Это происходило за счет увеличения числа поступлений больных с аффективной и органической патологией.

В целом во всех полустационарах филиала около 2/3 от поступлений происходило за счет больных с диагнозами F20–F29.

В ОИОПП филиала №4 аналогично с первым филиалом увеличивалась доля больных шизофренического спектра с 55,8% в 2013 году до практически 80% в первом полугодии 2015 года ($p \leq 0,001$). Данные больные становились основным контингентом нового для отечественной психиатрии ОИОПП.

Длительность лечения. Самой высокой средней длительностью лечения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра была в МРО, а также в ОИОПП филиала №2 (около 60 дней), в остальных подразделениях средняя длительность лечения находилась в интервале 45–50 дней (табл. 2), что не превышало сроков терапии, рекомендованных Стандартами оказания психиатрической помощи [10].

Дозировки нейролептиков. Средние дозировки нейролептиков, применяемых в полустационарах соответствовали тяжести состояния контингентов пациентов, страдающих шизофренией (табл. 3) Средние дозировки (в хлорпромазиновом эквиваленте), используемые в ОИОПП филиала №1 (ПНД №8), достоверно ($p \leq 0,05$) превышали этот показатель в ДС и МРО и составляли 660 мг/сут., 508 мг/сут., 385 мг/сут. соответственно (на примере первого полугодия 2015 года). По мере становления психосоциальной терапии на лечение в МРО поступали больные, все более соответствующие задачам отделения (находящиеся в ремиссионном состоянии), при этом дозировки препаратов снижались от 491 мг/сут. в 2013 году до 385 мг/сут. в 2015 году ($p \leq 0,05$).

В филиале №2 (ПНД №9) дозировки нейролептиков, применяемых в ОИОПП также превышали таковые в ДС и МРО. При этом различия между ДС и МРО, отмеченные в 2013 году (360 мг/сут. в ДС и 146 мг/сут. в МРО), нивелировались, и даже несколько инвертировались в 2015 году (461 и 492 мг/сут. соответственно). Тем не менее, если в ОИОПП преимущественно назначались большие дозировки нейролептиков (свыше 600 мг/сут.), то в ДС это были средние (300–600 мг/сут.), а в МРО – малые (менее 300 мг/сут.) дозировки.

При этом в филиале №4 (ПНД №15) не было выявлено различий ($p \geq 0,1$) по дозировкам нейролептиков в ОИОПП и ДС (в 2014 г. 401 мг/сут. и 444 мг/сут. соответственно), что может свидетельствовать о схожести контингентов в этих подразделениях.

Спектр препаратов. Анализ используемых нейролептиков показал, что в МРО чаще назначались атипичные антипсихотики, нежели типичные

Таблица 2

Длительность лечения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29) в полустационарах (дни)

Год	Подразделение							
	Филиал №1			Филиал №2			Филиал №4	
	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС
2013	38	44	43	62	56	71	34	59,2
2014	43	46	62	63	49	62	35,9	44,2
2015 (первое полугодие)	49	45	63	61	50	64	45,1	45,5

Таблица 3

Средние дозировки нейролептиков при терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29) в полустационарах (хлорпромазиновый эквивалент, мг/сут)

Год	Подразделение							
	Филиал №1			Филиал №2			Филиал №4	
	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС
2013	579	443	491	500	360	147	455	482
2014	623	565	429	678	389	275	401	444
2015 (6 мес.)	660	508	385	658	461	492	449	419

Доля типичных нейролептиков при терапии больных шизофренией (F20–F29) в полустационарах (в %)

Год	Подразделение							
	Филиал №1			Филиал №2			Филиал №4	
	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС
2013	58	59	51	57	53	34	57	66,7
2014	58	60	33	70,2	46,5	34,5	49,3	61,9
2015 (6 мес.)	54,7	46,4	48,7	46,4	57	33	35	45,8

(табл. 4). При этом доля атипиков достигала 2/3 от всех используемых нейролептиков (хлорпромазиновый эквивалент). В других же полустационарах (ОИОПП и ДС) данное распределение было более равномерным, с незначительным преобладанием в назначениях типичных нейролептиков.

В спектре типичных нейролептиков в ОИОПП и ДС (Филиал №1) чаще других назначались высокопотентные препараты, такие как галоперидол, зуклопентиксол, флуфеназин, трифлуоперазин (до 75% от числа всех назначений), при этом доля галоперидола достигала 50%. В МРО же половина назначений представлена «малыми» нейролептиками (в частности, хлорпротиксеном, тиоридазином, перфеназином). В филиале №2 также основным типичным нейролептиком во всех подразделениях являлся галоперидол, его доля была наибольшей в ОИОПП (до 61,7% в 2014 г.) и наименьшей – в МРО (28,2% в 2013 году). Схожие данные получены и для филиала №4, где наиболее часто назначаемым типичным нейролептиком также был галоперидол. Можно сделать вывод, что галоперидол остается препаратом выбора при терапии шизофрении среди типичных нейролептиков.

В филиале №1 использовались разнообразные атипичные антипсихотики. В МРО в спектре атипичных антипсихотиков доля кветиапина достигала 58% (2014 год). В филиале №2 обращает на себя внимание существенная доля палиперидона (до 25% от всех атипичных антипсихотиков, в таблетированной и пролонгированной инъекционной форме). Основную же долю в спектре препаратов занимали оланзапин и кветиапин (суммарно около 2/3 от всех атипичных антипсихотиков). В филиале №4 наибольшие доли в спектре атипич-

ных антипсихотиков приходились на кветиапин и рисперидон.

Выбор препаратов фактически определял стоимость лечения. Так, цена одного дня лечения в полустационарах филиала №1 с 2013 по 2015 год снизилась в 2 раза и достигла 51 руб./сут. для ОИОПП, 49 руб./сут. для ДС и 70 руб./сут. для МРО (табл. 5).

При этом стоимость медикаментозного компонента терапии в филиале №2 увеличивалась, и в 2015 году в ОИОПП она в 5 раз превышала аналогичный показатель ОИОПП филиала №1 и в 2,5 раза превышала показатель ДС филиала №2, достигнув 235 руб./сут. То же относится и к МРО филиала №2, где стоимость препаратов на 1 день лечения в 2015 году превышала показатель МРО филиала №1 более, чем в 2 раза (173 и 70 руб./сут. соответственно).

В ОИОПП филиала №4 день лечения (стоимость препаратов) был в 4 раза дороже, нежели в ОИОПП филиала №1, и в 2 раза превышал показатели ДС филиала №4 (195 и 106 руб./сут. соответственно).

Таким образом, в полустационарах использовался широкий спектр препаратов. В МРО филиалов назначались преимущественно атипичные антипсихотики, в то время как в ОИОПП и ДС – типичные нейролептики. Тем не менее, предпочтения в использовании препаратов, выбор препарата в одноименных подразделениях разных диспансеров отличались, что сказывалось и на стоимости терапии.

На втором этапе исследования с целью демонстрации подходов к терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29) был проведен анализ контингента пациентов, проходивших лечение в полустационарах по состоянию на 24.07.2014 года.

Стоимость 1 дня лечения (медикаментозная составляющая) в полустационарном подразделении (руб.)

Год	Подразделение							
	Филиал №1			Филиал №2			Филиал №4	
	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС
2013 год	98	71	117	175	69	24,7	163	62
2014 год	103	96	99	183	98	120	122	114
2015 год (первое полугодие)	51	49	70	235	78	173	195	106

Диагностические категории пациентов, проходивших лечение в полустационарах на 24.07.2014 года

Показатель (абс./%)	Филиал №1			Филиал №2			Филиал №4	
	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС
Всего пациентов	27	50	35	32	61	35	26	65
F00–F09	4/14,8	5/10	7/20	4/12,5	7/10,4	12/34,3	-	10/15,4
F20–F29	21/77,8	37/74	23/65,71	25/78,1	46/75,4	22/62,9	23/88,46	40/61,5
F30–F39	1/3,7	7/14	2/5,71	3/9,4	4/6,56	-	3/11,54	7/10,8
Другие	1/3,7	1/2	3/8,57	-	4/6,56	1/2,9	-	8/12,3

Таблица 7

Распределение больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29) по диагностическим категориям (%)

Показатель	Филиал №1			Филиал №2			Филиал №4	
	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС
24.07.2014								
F20	100	78,3	78,26	72	69,5	77,27	73,91	75
F21	0	18,9	21,74	20	15,2	22,73	17,4	17,5
F25	0	2,7	0	4	10,9	0	4,34	7,5
Прочие	0	0	0	4	4,3	0	4,34	0
Весь 2014 год								
F20	88	70	77	66	70,6	73	75,8	75,4
F21	9	23	20	17	15	18	13	16,9
F25	0,7	3,6	1,2	12,1	6	6	8,5	7,14
Прочие	2,3	3,4	4,9	4,9	8,4	3	2,7	0,56

Таблица 8

Характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получавших лечение в полустационарах на 24.07.2014

Показатель	Филиал №1			Филиал №2			Филиал №4	
	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС
Мужчин (абс.)	12	19	14	12	17	9	11	21
Женщин (абс.)	9	18	9	13	29	13	12	19
Средний возраст	41	47	45	41	41	39,3	43	41,2
Доля инвалидов (%)	86	76	95	76	85	77	70	75
Доля больных с F20.x0 (непрерывное течение шизофрении), %	52	27	11	55	37	35	29	43
Среднее число поступлений в ПБ за 12 месяцев до исследования	1,0	0,59	0,26	0,76	0,17	0,5	0,35	0,2
Среднее число поступлений в полустационары за 12 месяцев до исследования	0,71	1,62	1,56	0,88	1,24	1,5	1,43	1,25

Число больных, проходивших лечение на момент исследования в каждом из подразделений, а также их распределение по диагностическим группам, продемонстрировано в табл. 6.

Доля больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра превышала 2/3 от пациентов, находившихся на лечении в подразделениях на день исследования. Среди группы больных с диагнозами, относящимися к рубрикам F20–F29, во всех полустационарах превалировала подгруппа больных с шизофренией (от 69 до 100%). Указанные данные соответствовали общегодовым показа-

телям 2014 года, в связи с чем выборка может считаться показательной, репрезентативной (табл. 7).

Несмотря на преобладание в выборке больных по состоянию на 24.07.2014 пациентов среднего трудоспособного возраста (от 39 до 47 лет) большинство больных являлись инвалидами по психическому заболеванию (от 70 до 95% в разных полустационарах).

О тяжести контингента и, в определенной степени, о реабилитационном потенциале можно судить также по числу больных с непрерывным типом течения шизофрении (табл. 8), которое было наибольшим в ОИОПП филиала №1 и №2 (более половины

Показатели фармакотерапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра полустационаров на 24.07.2014

Показатель	Филиал №1			Филиал №2			Филиал №4	
	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС	МРО	ОИОПП	ДС
Средние суммарные дозировки нейролептиков (хлорпромазиновый эквивалент, мг/сут на чел.).	661	489	370	540	355	205	427	394
Препарат	Дозировки (мг/сут)							
Кветиапин (мг/сут)	500	375	317	700	500	175	333	440
Оланзапин (мг/сут)	20	15	10	20	15	15	13	10
Рisperидон (мг/сут)	-	3,8	4	8	4	4	4	6
Клозапин (мг/сут)	105	84,6	104	125	52,5	37,5	97	87,5
Зуклопентиксол (мг/сут)	55	49	30	83	30	17	50,7	32,5
Галоперидол (мг/сут)	25	21	16	20	15	7,5	22,5	13
	Доля больных, получающих указанное лечение (в %)							
Комбинация нейролептиков	57	62,2	43,5	40	41,3	27	47,8	42,5
Пролонгированный нейролептик в/м	76	35	22	32	30	27	26	37
Короткодействующий нейролептик в/м	19	16,2	0	36	13,0	0	30,4	0
Нормотимик	7	35,1	43,5	12	32,1	13	47,8	27,5
Антидепрессант	23,8	54	39,1	44	32,6	40,9	43,5	37,5

больных шизофренией), наименьшим в МРО филиала №1 (11%). Указанный показатель в ДС филиала №4 даже превышал данные ОИОПП филиала (43% и 29% соответственно).

О более тяжелом контингенте больных в ОИОПП филиалов (сравнение с ДС и МРО) свидетельствует и частота предшествующих госпитализаций в ПБ за год до исследования. Данные показатели в ОИОПП (в среднем 1,0 госпитализация на больного в ОИОПП филиала №1 и 0,76 – в ОИОПП филиала №2) превышали данные ДС и МРО филиала №1 и №2 в 2–4 раза. В филиале №4 на фоне общего невысокого уровня предшествующих госпитализаций разница между ОИОПП и ДС была менее очевидной (0,35 и 0,2 соответственно).

Причем, если в филиалах №1 и №2 больные ОИОПП за год до исследования почти в 2 раза реже поступали в полустационары (сравнение с ДС и МРО), то в филиале №4 данной тенденции отмечено не было (табл. 8).

Указанные выше особенности контингентом отражались и на дозировках применяемых нейролептиков. Если в филиале №1 и №2 наибольшие дозировки назначались больным в ОИОПП (в среднем 661 и 540 мг/сут. в хлорпромазиновом эквиваленте соответственно), а наименьшие – в МРО (370 и 205 мг/сут.), то в филиале №4 различия в средних дозировках нейролептиков в ОИОПП и ДС не достигали уровня статистической достоверности (427 и 394 мг/сут., $p \geq 0,1$).

При анализе особенностей фармакотерапии больных шизофренией в полустационарах на 24.07.2014 было выделено 6 наиболее часто назначаемых «больших» нейролептиков (кветиапин, оланзапин,

рисперидон, клозапин, зуклопентиксол и галоперидол). В наибольших дозировках указанные препараты назначались в ОИОПП, в наименьших – в МРО (табл. 9). Клозапин во всех подразделениях преимущественно назначался в малых дозах (менее 300 ед. хлорпромазинового эквивалента), то есть для дополнительной седации, а не в качестве противорезистентного препарата. Данная тенденция относится и к зуклопентиксолу, когда в средних дозировках (около 300 ед. хлорпромазинового эквивалента) препарат назначался лишь в ОИОПП филиала №2.

Практически половина изучаемых больных получала комбинацию нейролептиков (табл. 9). Как правило, это был комбинированный прием препарата с мощным антипсихотическим эффектом в сочетании с «малым» седативным нейролептиком.

Активность инъекционной терапии короткодействующими нейролептиками в ОИОПП филиала №4 была выше, нежели в ДС ($p \leq 0,05$). Аналогичная тенденция была отмечена и в филиале №2 (36% и 13,04% в ОИОПП и ДС соответственно).

Доля больных, получающих пролонгированный инъекционный нейролептик, косвенно отражающая комплаентность больных, их приверженность терапии или отсутствие таковой, была наибольшей в ОИОПП филиала №1, где большинство (76%) больных получало инъекционный пролонгированный нейролептик. В остальных подразделениях данный показатель был существенно ниже ($p \leq 0,05$) и находился в интервале от 22 до 37% (табл. 9).

По распространенности назначений антидепрессантов и/или нормотимиков судили о доле больных с отчетливым аффективным компонентом в структуре обострений. В большинстве подразделений

доля таких больных превышала 2/3 от всех больных шизофренией.

Таким образом, в целом контингенты полустационаров в рамках одного филиала и подходы к медикаментозному лечению соответствовали задачам того или иного подразделения (ОИОПП, ДС, МРО). При сравнении филиалов отмечены некоторые различия в подходах к фармакотерапии шизофрении, спектре и дозировках применяемых препаратов, стоимости лечения.

Заключение

Основным контингентом полустационарных подразделений психоневрологических диспансеров (ОИОПП, ДС и МРО) являются больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29), около 2/3 больных. Наиболее тяжелый контингент (уровень госпитализаций, непрерывный тип течения шизофрении и пр.) был характерен для ОИОПП филиалов. Дозировки применяемых нейролептиков соответствовали тяжести состояния, были наибольшими в ОИОПП, наименьшими в МРО. В подразделениях, занимающихся купированием подострых состояний (ОИОПП, ДС), преимущественно использовались типичные нейролептики, а в медико-реабилитационных отделениях – атипичные антипсихотики. Выбор препарата определял стоимость лечения, разница которой между филиалами достигала пятикратного уровня.

Таким образом, проведенный анализ показал, что даже в структуре одной больницы в различных ее филиалах несколько отличаются контингенты полу-

стационарных больных, подходы к терапии, выбор препаратов. В связи с этим сохраняет свою актуальность потребность в разработке и широком внедрении алгоритмов психофармакотерапии шизофрении, в том числе в полустационарных условиях.

Необходимо отметить, что во всех указанных полустационарах фармакотерапия применялась в неразрывной связи с психосоциальным лечением, создавая условия для возможности включения пациентов в реабилитационные программы подразделений.

При этом и критерии направления больных в ОИОПП, ДС и МРО нуждаются в комментариях и доработке. При направлении больного в полустационар (а также при поступлении) важно оценить не только комплаентность больного, остроту состояния, наличие поддержки со стороны родственников и прочее, но и такой важный показатель, как частота госпитализаций в ПБ. Часто госпитализирующиеся больные шизофренией (2 и более за предшествующие 12 мес.) с наибольшей вероятностью должны направляться в ОИОПП, штат которых должен позволять осуществлять полипрофессиональную помощь, включать не только врачей-психиатров, но и социальных работников, клинического психолога, врача-психотерапевта. В МРО преимущественно могут направляться больные в стабилизированном психическом состоянии, со сформированной терапией. Данные больные должны обладать относительно сохранным реабилитационным потенциалом. Критерии оценки эффективности деятельности указанных полустационаров также нуждаются в уточнении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винидиктова Г.И., Висневская Л.Я. Дифференциация контингентов больных и замещающая госпитализацию больных функция дневного стационара // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 2. С. 29–32
2. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–9.
3. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. (ред.). Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: Медпрактика-М., 2007. 356 с.
4. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5–19.
5. Джагаров М.А. Опыт организации полустационара для душевнобольных // Журнал невропатологии и психиатрии. 1937. Т. 37, № 8. С. 137–147.
6. Джагаров М.А., Балабанова В.К. Дневной стационар для душевнобольных. / 1-я Московская психиатрическая больница. М.: Полиграфкомбинат им. Молотова. 1944. 60 с.
7. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. (ред). Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство. М.: Медпрактика-М, 2007. 260 с.
8. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В., Фурсов Б.Б., Зайцева Ю.С., Голланд Э.В. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 3. С. 5–13.
9. Приказ от 17 мая 2012 года №566н. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. 58 с.
10. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1421н. «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при шизофрении, подострой фазе в условиях дневного стационара»
11. Саркисян В.В. Подострые состояния при шизофрении, их клиника и особенности лечения в дневном стационаре: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1983. 196 с.
12. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 174 с.
13. Шендеров К.В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2011. 197 с.
14. Шендеров К.В., Винидиктова Г.И., Костюк Г.П. с соавт. Сравнительный анализ контингента и используемых лечебно-реабилитационных подходов в полустационарных подразделениях психоневрологического диспансера (по материалам однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 1. С. 45–52.
15. Шендеров К.В., Шашкова Н.Г., Лапшин А.О. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи: особенности контингента и оценка эффективности комплексного лечения // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 2. С. 33–39.
16. Briscoe J., McCabe R., Priebe S., Kallert T. A national survey of psychiatric day hospitals // Psychiatr. Bull. 2004. Vol. 28. P. 160–163.
17. Geller J.L. The Last Half-Century of Psychiatric Services // Am. Psychiatr. Assoc. 2000. Vol. 51. P. 41–67.
18. Thornicroft G., Bebbington P. Deinstitutionalisation. From hospital closure to service development // Br. J. Psychiatry. 1989. Vol. 155. P. 739–753.

ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА И ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПОЛУСТАЦИОНАРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ (по материалам ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского)

**К.В. Шендеров, Г.П. Костюк, Г.И. Винидиктова, Э.О. Гукасян, Е.А. Курилович,
А.О. Лапшин, Н.С. Петрухина**

Осуществлен динамический анализ основных показателей деятельности, а также особенностей контингентов отделений интенсивного оказания психиатрической помощи, дневных стационаров и медико-реабилитационных отделений трех психоневрологических диспансеров.

Основным контингентом полустационаров являются больные шизофренией (2/3 от всех поступлений). Более тяжелый контингент был характерен для отделений интенсивного оказания психиатрической помощи. Для купирования подострых состояний преимущественно использовались типичные нейролептики, самым назначаемым был галоперидол. В медико-реабилитационных отделениях чаще назнача-

лись атипичные антипсихотики.

Показания для направления больных в полустационары также нуждаются в доработке. Часто госпитализирующиеся больные шизофренией (2 и более за предшествующие 12 мес.) с наибольшей вероятностью должны направляться в ОИОПП. В МРО преимущественно должны направляться больные в стабилизированном психическом состоянии, имеющие сохранный реабилитационный потенциал.

Ключевые слова: дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационное отделение, шизофрения, фармакотерапия.

CHARACTERISTICS OF POPULATION AND PHARMACOTHERAPY OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS IN DAY CLINICS BY PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARIES (BASED ON THE MATERIALS OF THE GHILYAROVSKY PSYCHIATRIC HOSPITAL NR. 3)

**K.V. Shenderov, G.P.Kostyuk, G.I. Vinidiktova, E.O. Gukasyan, E.A. Kurilovich,
A.O. Lapshin, N.S. Petrukhina**

The authors analyze basic parameters of functioning and also the population characteristics of psychiatric intensive care wards, day clinics and medico-rehabilitation units by three psychoneurological dispensaries.

The prevalent population of day clinics happen to be schizophrenics (2/3 of all admissions). Psychiatric intensive care wards have more severe patients. Typical antipsychotics are widely used for the treatment of subacute conditions, especially haloperidol. Atypical antipsychotics are more frequently prescribed in medico-rehabilitation units.

The authors conclude that indications for referring patients to day clinics require further specification. Schizophrenics with high hospitalization rate (2 or more admissions in recent 12 months) probably need to be referred to psychiatric intensive care wards, and medico-rehabilitation units should admit patients after stabilization of their mental condition, especially those with rehabilitation potential.

Key words: day clinic, psychiatric intensive care ward, medico-rehabilitation unit, schizophrenia, pharmacotherapy.

Шендеров Кирилл Валерьевич – кандидат медицинских наук, заведующий отделением интенсивного оказания психиатрической помощи филиала №1 ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ»; e-mail: kirill.shenderov@yandex.ru

Костюк Георгий Петрович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ»; e-mail: george.kostyuk@gmail.com

Винидиктова Галина Исааковна – заведующая дневным стационаром филиала №1 ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ»

Гукасян Эвелина Омаровна – заместитель главного врача по медицинской части филиала №1 ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ»

Курилович Екатерина Александровна – врач-психиатр медико-реабилитационного отделения филиала №1 ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ»

Лапшин Алексей Олегович – врач-психиатр отделения интенсивного оказания психиатрической помощи филиала №1 ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ»;

Петрухина Наталия Сергеевна – врач-психиатр медико-реабилитационного отделения филиала №1 ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ».