

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОНТИНГЕНТА И ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В ПОЛУСТАЦИОНАРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА (по материалам однодневной переписи)**

**К.В. Шендеров, Г.И. Винидиктова, Г.П. Костюк, М.А. Михалев, Д.Н. Белицын,  
Л.Я. Висневская, А.М. Воробьев, А.О. Лапшин, Н.С. Петрухина,  
Н.М. Сегренева-Воробьева, Н.Г. Шашкова**

*Филиал №1 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ г. Москвы  
«Психиатрическая клиническая больница №3 имени В.А. Гиляровского ДЗМ»,  
Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ  
«ФМИЦПН» Минздрава России,  
ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3  
имени В.А. Гиляровского ДЗМ»*

В нашей стране на фоне реформирования здравоохранения, происходящей оптимизации коечного фонда [3], продолжается совершенствование внебольничной общественно ориентированной психиатрической службы [7, 13], что соответствует международному опыту лечения психически больных [5, 20, 21]. В частности, свое дальнейшее развитие получает полустационарная психиатрическая помощь, которая становится все более разнообразной и дифференцированной [6, 7, 8, 11, 13, 16, 17], учитывает не только «стационарозамещающую» роль [22, 23, 25], но и проблему адаптации больных в социальной среде, необходимость социального восстановления и реабилитации [3, 4, 9]. К настоящему времени в России (согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 года) среди подразделений, оказывающих полустационарную психиатрическую помощь, по принципам дневного стационара (ДС) строят свою работу также медико-реабилитационные отделения (МРО) и отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП).

В частности, в 2013 году на базе филиалов (психоневрологических диспансеров) ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского г. Москвы, помимо уже функционирующих дневных стационаров, были развернуты ОИОПП и МРО на 30 и 50 мест соответственно. Вместе с тем, вопросы дифференциации контингентов каждого из этих подразделений, равно как и специ-

фичность применяемых лечебно-реабилитационных подходов нуждаются в уточнении. Мы уже обращались к сравнительному анализу задач и контингентов этих подразделений [2, 19], в данной публикации он касается всех аспектов их деятельности.

**Цель** исследования: провести сравнительный анализ клиничко-социальных характеристик пациентов МРО, ОИОПП и дневного стационара, а также используемых терапевтических подходов (на примере больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра).

### **Материал и методы**

Исследование проводилось на базе медико-реабилитационного отделения, ОИОПП и дневного стационара филиала №1 ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ. Диспансер обслуживает ряд муниципальных образований Восточного административного округа г. Москвы («Сокольники», «Преображенское», «Богородское», «Гольяново», «Метрогородок»), с общей численностью прикрепленного населения 441 700 человек.

Исследование носило сплошной, невыборочный характер. На основе специально разработанной карты была осуществлена одномоментная перепись пациентов всех диагностических групп, находящихся на лечении в МРО, ДС и ОИОПП на 24.07.2014 года (суммарно 112 чел.). В исследование не включались больные, выписанные в указанный день из полустационаров.

Полученные данные включали демографические (пол, возраст), социальные характеристики (семейное положение, образование, трудовой статус, характер взаимоотношения с родственниками и проч.), информацию о диагнозе (по МКБ-10), ведущем синдроме, особенностях фармакотерапии для каждого больного, приверженности к терапии, объеме проводимых психосоциальных вмешательств, а также частоте и длительности предшествующих госпитализаций в психиатрический стационар и поступлений в дневной стационар. С целью объективизации данных для пациентов шизофренического спектра (F20–F29) использовалась шкала PANSS [10] и PSP [24].

В медико-реабилитационном отделении, предназначенном для проведения психосоциальной терапии и реабилитации пациентов с психическими расстройствами вне обострения (стабилизированные состояния), на момент исследования лечилось 35 человек. В отделение направлялись больные, нуждающиеся в психосоциальной реабилитации, коррекции межличностных взаимодействий, включая внутрисемейные отношения, имеющие дефицит навыков самообслуживания, нуждающиеся в восстановлении трудовых навыков, в помощи по трудоустройству, решении юридических проблем и прочее. Пациенты направлялись в МРО преимущественно ( $p \leq 0,001$ ) участковым психиатром (26 чел., 74,28%), переводились из ДС (6 чел., 17,14%) или ОИОПП (3 чел., 8,57%).

Дневной стационар предназначен для лечебно-реабилитационной помощи пациентам с широким спектром психиатрической патологии и психосоциальных проблем [11, 13]. В частности, это больные с психозами подострого уровня [14], состояние которых не требует круглосуточного наблюдения. Необходимо отметить диагностическую роль дневного стационара, функции долечивания и реабилитации после выписки из психиатрического отделения круглосуточного пребывания. На момент обследования в ДС получали лечение 50 человек. Пациенты направлялись участковым психиатром в 80,0% случаев (40 чел.), что значимо превышало другие пути поступления ( $p \leq 0,001$ ), психиатром круглосуточного стационара для долечивания (7 чел., 14,0%), трое больных (6,0%) были переведены из ОИОПП после купирования остроты симптоматики.

Рекомендованными критериями для направления в ОИОПП была частота госпитализаций пациентов в психиатрический стационар два и более раза за предшествующие 12 месяцев и/или обострение симптоматики (в том числе после неэффективного амбулаторного или полустационарного лечения в других подразделениях), требующее активизации терапии, усиленного наблюдения за больным (при потребности – на дому), при условии отсутствия показаний к обязательной госпитализации в психиатрический стационар, хотя до организации ОИОПП госпитализация обычно осуществлялась [13, 16]. Среди 27 человек, находившихся на лечении в отде-

лении на момент исследования, большинство больных ( $p \leq 0,05$ ) направлялись участковым психиатром (17 чел., 62,96%), еще 9 пациентов (33,33%) были направлены на долечивание врачом круглосуточного психиатрического стационара, одна пациентка (3,70%) была переведена из МРО в связи с утяжелением состояния.

Среди пациентов МРО ( $n=35$ ), находящихся на момент исследования на лечении, доминировала группа больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29 по МКБ-10) – 23 человека, 65,71% (14 муж., 9 жен.). Для пациентов МРО шизофренического спектра речь фактически шла о стабилизированных состояниях или о становлении ремиссии (PANSS=60,74±11,17), когда остаточная астено-депрессивная симптоматика превалировала среди продуктивных расстройств у трети больных (7 чел., 30,43%), остаточная галлюцинаторно-бредовая симптоматика, не отражающаяся на поведении больных, носящая резидуальный характер, была отмечена у 9 человек (39,13%). Симптоматика определялась невротоподобными или психопатоподобными проявлениями у 3 человек (13,04%), у остальных пациентов (4 чел., 17,39%), фактически пятая часть, статус определялся негативными проявлениями.

Пациенты с расстройствами органического круга (F00–F09) имели невыраженное когнитивное снижение, личностные нарушения вне декомпенсации, а также астеническую симптоматику (6 чел., 17,14% от всех больных МРО). У остальных пациентов диагностирована ремиссия биполярного аффективного расстройства (2 чел., 5,71%), умственная отсталость легкой степени (2 чел., 5,71%), компенсированное личностное расстройство (1 чел., 2,88%).

В дневном стационаре также у 2/3 больных (37 чел., из них 19 муж. и 18 жен.) были диагностированы расстройства шизофренического спектра (F20–F29 по МКБ-10) с превалированием параноидной формы шизофрении (24 чел., 64,86%). Статус определялся подострым психозом (PANSS=70,75±8,90;  $p \leq 0,001$  в сравнении с МРО), у 10 человек (27,03%) доминировала галлюцинаторно-бредовая симптоматика, у 4 человек (10,81%) отмечены депрессивно-бредовые состояния. Симптоматика определялась аффективными, тревожно-депрессивными, астено-депрессивными проявлениями у 15 человек (40%). Симптоматика с ведущими невротоподобными, психопатоподобными или сенесто-ипохондрическими проявлениями доминировала в трех случаях (8,11%), у остальных пациентов к моменту исследования доминировали негативные симптомы с астеническими и апато-абулическими проявлениями (5 чел., 13,51%).

В дневном стационаре получали лечение пациенты и с иной патологией (13 чел., 26,0%). Это больные аффективного спектра (7 чел., 14%), статус которых определялся депрессивным синдромом легкой

или средней степени выраженности, а также (один больной) гипоманией. Органические расстройства (F00–F09) были отмечены у 5 человек (10,0%), включая двоих пациентов с органическим галлюцинозом. Для последних было характерно отсутствие когнитивного снижения, наличие поддержки со стороны родственников, возможность посещать полустационар. В одном случае диагностировано смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

Аналогично вышеуказанным подразделениям в ОИОПП доминировали пациенты с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29), 21 человек (77,78%; 12 муж., 9 жен.). Больные отличались большей остротой состояния, по сравнению с иными изучаемыми полустационарными подразделениями (PANSS=75,95±11,17,  $p \leq 0,1$  по сравнению с ДС;  $p \leq 0,001$  по сравнению с МРО). В отличие от дневного стационара статус больных шизофренического спектра ОИОПП чаще ( $p \leq 0,05$ ) определялся галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, в том числе, с кататоническими включениями (12 чел., 57,14%). Аффективно-бредовая симптоматика была отмечена у 4 больных (19,05%). Отмечался больший полиморфизм, слабо систематизированная бредовая симптоматика, флюктуирующие слуховые обманы, элементы психического автоматизма, парафренические включения (двое больных). У троих пациентов статус определялся становлением ремиссии после купированного обострения, планировалась выписка из отделения. В отличие от МРО и дневного стационара в ОИОПП на момент исследования не было больных с доминированием аффективной или невротоподобной симптоматики ( $p \leq 0,05$ ).

Одна пациентка получала лечение по поводу выраженной диссоциативно-конверсионной симптоматики в рамках личностного расстройства, лечение в первые недели осуществлялось на дому. Больная со смешанным эпизодом биполярного аффективного расстройства (БАР) была переведена в ОИОПП из МРО в связи с обострением симптоматики, течение приближалось к континуальному. У четверых больных органического спектра (F00–F09) диагностировалась деменция с психотическими включениями, состояниями спутанности и нарушениями поведения, что требовало ежедневного наблюдения, активной психофармакотерапии.

Средняя дозировка нейролептиков (в хлорпромазиновом эквиваленте), назначаемых в МРО при лечении пациентов шизофренического спектра на момент обследования составила 370,95±255,73 единиц. При этом в ДС пациенты в среднем получали 489,75±368,65 единиц ( $p=0,18$ ), в ОИОПП – 661,76±272,49 единиц ( $p \leq 0,001$  в сравнении с МРО;  $p=0,067$  в сравнении с ДС), что было обусловлено особенностями психического статуса больных.

Диагностическая и лечебно-реабилитационная работа осуществлялась полипрофессиональной бригадой специалистов подразделений, включая врача-

психиатра, психотерапевта, клинического психолога, специалиста по социальной работе. Больные включались в групповые психосоциальные занятия, учитывающие индивидуальные клинико-социальные особенности пациентов.

Был осуществлен более подробный сравнительный анализ клинико-социальных характеристик и используемых лечебно-реабилитационных подходов к ведению пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29), получающих помощь в МРО, ОИОПП и ДС. Статистическая обработка результатов осуществлялась при помощи пакета компьютерных программ Statistica 7. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента.

### Результаты исследования

На момент исследования средняя длительность пребывания пациентов шизофренического спектра в дневном стационаре составляла 32,16±20,31 дня. Указанный показатель превышал данные как ОИОПП (21,04±14,28 день,  $p \leq 0,05$ ), так и МРО (21,74±19,47,  $p=0,054$ ).

Во всех сравниваемых подразделениях среди пациентов шизофренического спектра доминировала группа больных с параноидной формой шизофрении (табл. 1). При этом, если в МРО и ДС относительно благоприятные эпизодические и ремиттирующие типы течения параноидной шизофрении преобладали над частотой диагностики непрерывнотекущих вариантов ( $p \leq 0,001$  и  $p \leq 0,01$  соответственно), то в ОИОПП данное распределение было более равномерным (табл. 1). Доля больных ОИОПП с непрерывным течением параноидной шизофрении была значимо больше ( $p=0,015$ ) по сравнению с МРО и на уровне тенденций ( $p \leq 0,1$ ) превышала показатели ДС. Соответственно для ДС и МРО (в сравнении с ОИОПП) были более характерны эпизодический или ремиттирующий тип течения параноидной шизофрении ( $p \leq 0,1$  и  $p \leq 0,05$  соответственно). Также в ОИОПП, в отличие от МРО и ДС, вовсе не было идентифицировано больных с шизотипическим расстройством, а также относительно благоприятным шизоаффективным.

Пациенты дневного стационара характеризовались большей остротой симптоматики в сравнении с МРО ( $p \leq 0,001$  для суммы баллов по PANSS). Это было связано как с подшкалой продуктивных расстройств ( $p \leq 0,05$ ), так и с разницей в подшкале общей психопатологии ( $p \leq 0,001$ ).

Различия прослеживались и в приверженности использования того или иного звена психиатрической помощи, частоте поступлений в психиатрический стационар и полустационар. Как видно из табл. 1, пациенты ОИОПП за 12 месяцев до данного исследования чаще по сравнению с больными ДС и МРО поступали в психиатрические больницы ( $p \leq 0,05$  и  $p \leq 0,001$  соответственно), а также

## Основные клинические характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Показатель	ОИОПП (n=21)	ДС (n=37)	МРО (n=23)
Параноидная форма шизофрении, в том числе:	19 чел. /90,48%	24 чел. /64,86%	16 чел. /69,56%
- эпизодический или ремиттирующий тип течения	9 чел. /47,37%	17 чел. /70,83%	14 чел. /87,5%
- непрерывное течение	10 чел. /52,63%	7 чел. /29,16% p1≤0,1	2 чел. /12,5% p2≤0,05
Шизотипическое расстройство	0/0	7 чел. /18,91%	5 чел. /21,74%
Шизоаффективное расстройство	0/0	1 чел. /2,70%	0/0
Другие формы	2 чел. /9,52%	5 чел. /13,51%	2 чел. /8,69%
Длительность лечения в отделении на момент обследования (в днях)	21,04±14,28	32,16±20,31 p1≤0,05	21,74±19,47 p3=0,054
Число поступлений в ПБ за 12 мес. до исследования	1,00±0,71	0,59±0,64 p1≤0,05	0,26±0,45 p2≤0,001 p3≤0,05
Число поступлений в полустационар за 12 мес. до исследования	0,71±0,90	1,62±1,46 p1=0,013	1,56±1,44 p2≤0,05
Длительность лечения в ПБ за 12 мес. до исследования (в днях)	46,14±40,19	20,56±25,12 p1≤0,01	9,56±17,78 p2≤0,001 p3≤0,1
Длительность лечения в полустационаре за 12 мес. до исследования (в днях)	32,95±44,83	88,08±83,59 p1=0,007	74,21±66,97 p2=0,022 p3=0,50
Типичные нейролептики (хлорпромазиновый эквивалент, в сутки)	359,38±279,36	261,37±338,10	177,47±220,62 p2=0,02
Атипичные антипсихотики (хлорпромазиновый эквивалент, в сутки)	302,38±292,61	228,37±250,50	193,47±232,38
Суммарная среднесуточная дозировка нейролептиков	661,76±272,49	489,75±368,65 p1=0,067	370,95±255,73 p2≤0,001
Число в/м инъекций за период лечения	2,47±2,40	1,37±1,83 p1=0,055	0,56±1,7 p2≤0,01; p3≤0,1
PSP	39,52±6,45	44,41±10,61 p1=0,06	51,65±9,24 p2≤0,001; p3≤0,01
Продуктивная симптоматика PANSS	15,38±2,67	13,24±3,63 p1≤0,05	11,22±2,11 p2≤0,001; p3≤0,05
Негативная симптоматика PANSS	22,00±4,70	19,70±4,15 p1≤0,1	17,30±2,24 p2≤0,001 p3≤0,05
Субшкала общей психопатологии PANSS	39,76±6,20	37,73±4,88	32,74±3,11 p2≤0,001; p3≤0,001
Сумма по PANSS	75,95±11,17	70,75±8,90 p1=0,056	60,74±11,17 p2≤0,001; p3≤0,001
Прием терапии:			
- регулярный	2 чел. /9,52%	13 чел. /35,13% p≤0,05	15 чел. /65,22% p2=0,001 p3=0,03
- нарушали режим (эпизодически или отказ)	19 чел. /90,48%	24 чел. /64,86% p≤0,05	8 чел. /34,78% p3=0,05 p2=0,001

Примечания: p1 – достоверность различий между ОИОПП и ДС; p2 – достоверность различий между МРО и ОИОПП; p3 – достоверность различий между МРО и ДС.

имели большую длительность стационарного лечения ( $p \leq 0,01$ ). В противоположность этому, пациенты МРО и дневного стационара (по сравнению с ОИОПП) чаще использовали полустационарное звено оказания психиатрической помощи, что про-

являлось в частоте поступлений ( $p \leq 0,05$ ) и длительности ( $p \leq 0,05$ ) предшествующей полустационарной терапии.

Была оценена регулярность приема терапии [1] в период 12 месяцев до момента исследования. Наи-

большой комплаентностью в плане приверженности к регулярному приему лекарств отличались пациенты МРО (стабилизированные состояния), где для 2/3 больных было свойственно аккуратное следование врачебным рекомендациям (65,22% больных). Пациенты МРО в отличие от иных подразделений с наибольшей вероятностью за год до исследования регулярно принимали терапию (различия достоверны,  $p \leq 0,001$  по сравнению с ОИОПП,  $p \leq 0,05$  – с ДС). При этом наименьшая приверженность к регулярному приему терапии была свойственна для больных ОИОПП, где 90% пациентов или принимали лечение эпизодически, или вовсе отказывались от такового. 2/3 больных ДС нарушали режим терапии ( $p \leq 0,05$  по сравнению с ОИОПП).

В ОИОПП пролонгированные инъекционные формы нейролептиков получало 16 человек (76,19%), что превышало частоту назначения данных препаратов как в ДС (13 чел., 35,13%,  $p \leq 0,01$ ), так и в МРО (5 чел., 21,74%,  $p \leq 0,001$ ) и отражало различия между подразделениями в количестве пациентов, нарушающих режим терапии.

Показатели персонального и социального функционирования (шкала PSP) больных изучаемых подразделений различались, что отражало степень выраженности затруднений в таких областях, как социально полезная деятельность, отношения с близкими, самообслуживание, а также заметные поведенческие нарушения. Средний общий балл PSP пациентов ОИОПП ( $39,76 \pm 6,20$ ) был значимо ниже данных ДС ( $44,41 \pm 10,61$ ;  $p = 0,06$ ), а также МРО ( $51,65 \pm 9,24$ ;  $p \leq 0,001$ ). Пациенты медико-реабилитационного отделения имели более сохраненный реабилитационный потенциал, на что дополнительно указывает анализ социальных характеристик больных.

Несмотря на то, что среди пациентов ОИОПП, ДС и МРО преобладали лица среднего, трудоспособного возраста ( $41,43 \pm 12,36$ ;  $47,67 \pm 15,40$ ;  $45,43 \pm 11,51$  лет соответственно,  $p > 0,1$ ), в дневном стационаре доля пациентов в возрасте старше 60 лет достоверно превышала аналогичный показатель для МРО ( $p \leq 0,05$ ), а количество пациентов ДС в возрасте от 50 до 59 лет было больше ( $p \leq 0,1$ ), нежели в ОИОПП (табл. 2). То есть для дневного стационара по сравнению с иными подразделениями было более характерно наличие подгрупп пожилых больных, со специфическими особенностями социального функционирования, требующих прицельных психосоциальных программ.

Несмотря на преобладание лиц трудоспособного возраста, наличие специального образования практически у 2/3 пациентов каждого из подразделений, большинство больных на момент исследования имели инвалидность и являлись нетрудоспособными. При этом в МРО инвалидами было 100% больных (из них 95,65% по психическому расстройству), в дневном стационаре – 75,68% ( $p \leq 0,1$ ), в ОИОПП – 85,71%.

Необходимо отметить наличие в дневном стационаре группы больных (5 чел., 13,5%) не работающих и не имеющих инвалидности.

Длительность инвалидности по психическому расстройству была существенной и более чем в 2/3 случаях во всех подразделениях превышала 5 лет. При этом в МРО доля таких больных превышала показатели ОИОПП ( $p \leq 0,1$ ).

Пациенты изучаемых подразделений имели неблагоприятный семейный статус, 2/3 больных никогда не состояли в браке. По сравнению с ОИОПП в МРО была выявлена большая доля (треть выборки) разведенных пациентов ( $p \leq 0,1$ ) и меньшее число больных, состоящих в браке ( $p \leq 0,1$ ). Более половины больных в ОИОПП проживали с родителями ( $p \leq 0,1$  по сравнению с ДС). Имели свои семьи менее трети пациентов изучаемых подразделений.

Пациенты ОИОПП по сравнению с другими подразделениями с большей вероятностью имели конфликтные отношения с родственниками (71,43% в ОИОПП против 37,84% в ДС,  $p \leq 0,1$  и 26,09% в МРО,  $p \leq 0,1$ ). Подавляющее большинство больных ОИОПП, ДС и МРО испытывали затруднения в самообслуживании или нуждались в помощи по мелким бытовым вопросам (табл. 2).

Нуждались в социально-правовой помощи и поддержке (взаимодействие с социальными службами, юридическая защита, оформление пенсий, пособий, помощь в решении жилищных вопросов и проч.) 39,13% больных МРО, десятая часть пациентов ДС ( $p \leq 0,01$ ), каждый пятый больной ОИОПП ( $p > 0,1$ ).

Таким образом, пациенты трех изучаемых подразделений имели свои особенности клинического, социального статуса и функционирования, что ставило перед полипрофессиональными бригадами подразделений специфические лечебно-реабилитационные задачи.

Для родственников пациентов проводилось семейное консультирование [26] лечащим врачом и специалистом по социальной работе. Осуществлялась индивидуальная работа с больным с целью установления партнерских отношений врача и пациента, мотивирования на регулярный прием фармакотерапии, на необходимость включения в реабилитационные программы отделений. Проводился тренинг мотивации к психосоциальной реабилитации [15].

Больные включались в групповые занятия с целью формирования комплаенса, мотивации к аккуратному и длительному приему терапии, осуществлялся тренинг навыков совладания с остаточной психопатологической симптоматикой, тренинг распознавания ранних признаков начинающегося обострения [12]. На момент проведения исследования в данную программу было включено 57,14% больных ОИОПП, 29,72% пациентов ДС ( $p \leq 0,05$  по сравнению с ОИОПП) и 8,70% – МРО ( $p \leq 0,01$  по сравнению с ОИОПП;  $p \leq 0,05$  по сравнению с ДС).

**Социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, использующих полустационарное звено оказания психиатрической помощи**

Показатель	ОИОПП (абс./ %) n=21	ДС (абс./ %) n=37	МРО (абс./ %) n=23
Пол: - мужской - женский	12/57,14% 9/42,86%	19/51,35% 18/48,65%	14/60,87% 9/39,13%
Возрастная группа: - менее 20 лет - от 20 до 29 - от 30 до 39 - от 40 до 49 - от 50 до 59 - 60 лет и старше	0/0 5/23,81 5/23,81 6/28,57 2/9,52 3/14,29	1/2,70 3/8,11 7/18,92 6/16,22 11/29,73; p1≤0,1 9/24,32	0/0 3/13,04 4/17,39 6/20,09 9/39,13 1/4,35; p3≤0,05
Образование: - высшее - незаконченное высшее - среднее специальное - среднее - неполное среднее - начальное - студент ВУЗа	3/14,28 1/4,76 10/47,62 6/28,57 1/4,76 0/0 0/0	4/10,81 2/5,41 16/43,24 8/21,62 4/10,81 2/5,41 1/2,70	6/26,09 1/4,35 6/26,09 8/34,78 2/8,69 0/0 0/0
Профессиональная группа 1. Инвалид по психическому расстройству: - 1 группа - 2 группа - 3 группа - суммарно 2. Инвалид в связи с соматическим заболеванием 3. Пенсионер по возрасту 4. Работает или учится 5. Не работает, не имея инвалидности	0/0 18/85,71 0/0 18/85,71 0/0 1/4,76 1/4,76 1/4,76	0/0 26/70,27 2/5,41 28/75,68 0/0 1/2,70 3/8,11 5/13,5	1/4,35 19/82,61 2/8,69 22/95,65; p3≤0,1 1/4,35 0/0 0/0 0/0
Длительность инвалидности по психическому расстройству: - до 5 лет - свыше 5 лет	n=18 6/33,33 12/66,67	n=28 7/25,00 21/75,00	n=22 2/9,09; p2≤0,1 20/90,91; p2≤0,1
Семейное положение: - холост - в браке - в разводе - овдовел	13/61,90 5/23,81 2/9,52 1/4,76	21/56,76 7/18,92 8/21,62 1/2,70	14/60,87 1/4,35; p2≤0,1 7/30,43; p2≤0,1 1/4,35
Проживали: - в своей семье (супруг и/или дети) - с родителями - с другими родственниками - отдельно - один	6/28,57 12/57,14 1/4,76 1/4,76 1/4,76	11/29,73 12/32,43; p1≤0,1 5/13,51 8/21,62 1/2,70	3/13,04 9/39,13 4/17,39 5/21,74 2/8,70
Взаимоотношения с родственниками: - конфликтные или неустойчивые - нейтральные или хорошие - нет родственников	15/71,43 5/23,81 1/4,76	14/37,84; p1≤0,1 22/59,46; p1≤0,1 1/2,70	6/26,09; p2≤0,01 15/65,21; p2≤0,01 2/8,70
Юридические проблемы	4/19,05	4/10,81	9/39,13; p3≤0,01
Самообслуживание: - полностью себя обслуживает - испытывает затруднения - нуждается в помощи по мелким бытовым вопросам	1/4,76 13/61,90 7/33,33	4/10,81 26/70,27 7/18,92	5/21,74 14/60,87 4/17,39

Примечания: p1 – достоверность различий между ОИОПП и ДС; p2 – достоверность различий между МРО и ОИОПП; p3 – достоверность различий между МРО и ДС.

Для пациентов с сохранным трудовым реабилитационным потенциалом проводилась психосоциальная работа с акцентом на формирование устойчивой мотивации к трудовой деятельности, овладение новой профессией, оказывалась помощь при трудоустройстве. На момент исследования данным модулем было охвачено 34,78% пациентов МРО, что превышало показатели дневного стационара (13,51%,  $p \leq 0,05$ ) и ОИОПП (9,52%,  $p \leq 0,05$ ).

Пациенты нетрудоспособного возраста (треть больных) с утраченным трудовым потенциалом нуждались в специфическом психосоциальном подходе, учитывающем медицинские, психологические, социологические, юридические, демографические и гендерные проблемы людей старшего возраста.

Осуществлялась психосоциальная терапия по модулю независимого проживания с пациентами, имеющими дефицит навыков самообслуживания (более 80% больных в каждом из подразделений).

Оказывалась помощь в установлении контактов с организациями в сообществе, способных осуществлять поддержку лицам с инвалидностью, в том числе, в получении льгот.

В групповом формате проводился тренинг социальных и коммуникативных навыков, работа по активизации социальных сетей [12]. При этом сама группа являлась для участников особой терапевтической средой, в которой пациенты в защищенных, эмоционально безопасных условиях вырабатывали и совершенствовали навыки адекватного поведения, общения, совладания со сложными ситуациями [6].

Таким образом, исследование показывает, что проводимая в условиях психиатрических полустационаров лечебно-реабилитационная работа соответствует принципам полипрофессиональной помощи и в достаточной мере отражает специфику каждого из изучаемых подразделений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С., Бородин В.И. От некомплаенса к отказу от психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7, № 6. С. 316–318.
2. 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.
3. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–9.
4. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. (ред.). Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: Медпрактика-М, 2007. 356 с.
5. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшего развития психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5–19.
6. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3, № 1. С. 3–6.
7. 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.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012. 600 с.
8. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первым психотическим эпизодом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006. 23 с.
9. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб., 1998. 256 с.
10. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 237 с.
11. 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: нейropsychологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 5–13.
12. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных (под редакцией проф. И.Я. Гуровича и д.м.н. А.Б. Шмуклера). М.: ИД Медпрактика-М, 2002. 180 с.
13. Приказ от 17 мая 2012 года. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. 58 с.
14. Саркисян В.В. Подострые состояния при шизофрении, их клиника и особенности лечения в дневном стационаре: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1983. 196 с.
15. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 52–63.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Briscoe J., McCabe R., Priebe S., Kallert T. A national survey of psychiatric day hospitals // Psychiatric Bull. 2004. Vol. 28. P. 160–163.
21. Geller Jeffrey L. The last half-century of psychiatric services // Am. Psychiatric Assoc. 2000. Vol. 51. P. 41–67.
22. Marshall M., Crowther R., Almaraz-Serrano A.M., Tyrer P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001. Issue 2. Art. No.: CD003240.
23. Marshall M. Acute psychiatric day hospitals // Br. Med. J. 2003. Vol. 327. P. 116–117.
24. Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L. et al. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Vol. 101. P. 323–329.
25. Priebe S., Gemma J., McCabe R. et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: Randomised controlled trial // Br. J. Psychiatry. 2006. Vol. 188. P. 243–249.
26. Wynne L.C. The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients // Acta Psychiatr. Scand. 1994. Vol. 384, Suppl. P. 125–132.

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОНТИНГЕНТА И ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В ПОЛУСТАЦИОНАРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

(по материалам однодневной переписи)

**К.В. Шендеров, Г.И. Винидиктова, Г.П. Костюк, М.А. Михалев, Д.Н. Белицын, Л.Я. Висневская, А.М. Воробьев, А.О. Лапшин, Н.С. Петрухина, Н.М. Сегренева-Воробьева, Н.Г. Шашкова**

По материалам однодневной переписи проведен сравнительный анализ пациентов дневного стационара, медико-реабилитационного отделения и отделения интенсивного оказания психиатрической помощи.

На примере больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра продемонстрирована специфика каждого из указанных полустационарных подразделений как в клинико-социальных особен-

ностях контингента, так и в используемых лечебно-реабилитационных подходах.

**Ключевые слова:** дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационное отделение, шизофрения, полипрофессиональная помощь, психосоциальная терапия.

## COMPARATIVE ANALYSIS OF PATIENTS' CHARACTERISTICS AND TREATMENT AND REHABILITATION APPROACHES IN DAY PROGRAM UNITS OF A PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY

(based on one-day census data)

**K.V. Shenderov, G.I. Vinidiktova, G.P. Kostyuk, M.A. Mikhalyov, D.N. Belytsin, L.Ya. Visnevskaya, A.M. Vorobyov, A.O. Lapshin, N.S. Petroukhina, N.M. Segreneva-Vorobyova, N.G. Shashkova**

The authors analysed the data of a one-day census involving the patients in the day hospital, the medical-rehabilitation unit and the intensive psychiatric care unit. On the example of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders, they demonstrate the specificity of every unit in terms

of patients' clinical and social characteristics and also the treatment and rehabilitation approaches used in the units.

**Key words:** day hospital, intensive psychiatric care unit, medical-rehabilitation unit, schizophrenia, multidisciplinary care, psychosocial therapy.

---

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

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

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

**Михалев Михаил Александрович** – заведующий медико-реабилитационным отделением филиала №1 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 имени В.А.Гиляровского ДЗМ»

**Белицын Денис Николаевич** – врач-психиатр дневного стационара филиала №1 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 имени В.А.Гиляровского ДЗМ»

**Висневская Лидия Яновна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

**Воробьев Александр Михайлович** – специалист по социальной работе филиала №1 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 имени В.А. Гиляровского ДЗМ»; e-mail: vorobyev2772@yandex.ru

**Лапшин Алексей Олегович** – врач-психиатр Отделения интенсивного оказания психиатрической помощи филиала №1 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 имени В.А. Гиляровского ДЗМ»; e-mail: aleksey126@post.ru

**Петрухина Наталия Сергеевна** – врач-психиатр медико-реабилитационного отделения филиала №1 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 имени В.А. Гиляровского ДЗМ»

**Сегренева-Воробьева Наталья Михайловна** – врач-психиатр дневного стационара филиала №1 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 имени В.А. Гиляровского ДЗМ»

**Шашкова Нина Геннадьевна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: ngshashkova@gmail.com