

УДК 614(571)

## ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.В. Шукиль, А.И. Чеперин, А.Д. Шеллер, Т.Ф. Волчкова

*БУЗ Омской области*

*«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Солодников»*

Последние годы в нашей стране происходит активное преобразование психиатрических служб со смещением акцента на внебольничные звенья и внедрением современных форм психосоциального лечения и реабилитации [6–14, 48, 49].

Внедрение новых организационных форм психиатрической помощи позволило определить положительные тенденции в отношении частоты и длительности госпитализаций больных, уменьшения развития госпитализма, улучшения ряда социальных показателей (трудовое, семейное функционирование, навыки социального взаимодействия) [23, 40–42].

В основе ведения психически больных наиболее оптимальным и эффективным считается биопсихосоциальный подход с постановкой функционального диагноза на основе полипрофессионального бригадного ведения пациентов, проведением адекватных мероприятий психотерапии и психосоциальной реабилитации [17, 37, 48, 49].

Многие авторы подчеркивают, что психосоциальные мероприятия более эффективны в случаях адресованности к личности больного, создания активной терапевтической среды, работы с ближайшим окружением, учета местных особенностей организации психиатрической помощи и служб социальной защиты [1–5, 18, 20–22, 24, 26–30, 32–39].

Высокая актуальность проблем организации внебольничной помощи лицам с психическими расстройствами способствовала выходу Приказа Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.07.2012 N 24895).

Согласно этому приказу, выделяются спектр структурных подразделений, оказывающих медико-реабилитационную помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения на всех этапах ее оказания (амбулаторном, в условиях дневного стационара и психиатрической больницы), виды медико-социальных функций, осуществляемых в рамках бригадного ведения пациентов, а также штатное расписание всех подразделений, в струк-

туре которых, кроме специалистов медицинских специальностей, предусмотрено увеличенное по сравнению со стандартными подразделениями количество клинических психологов и специалистов по социальной работе, что создает дополнительные возможности для осуществления данной работы в психиатрических учреждениях.

Разнообразие и эффективность лечебно-реабилитационных воздействий во многом зависят не только от использования клинически обоснованных и эффективных медицинских технологий, но и от уровня организации психиатрической службы, наличия необходимых структурных подразделений, их взаимодействия, наличия подготовленных кадров и др., а также постоянного контроля результатов деятельности.

Выполнение основной цели оказания психиатрической помощи больным различными формами шизофрении – восстановление психического, психологического, семейного и социального статуса пациента, позволяющего реинтегрироваться в общество с учетом клинических предпосылок, осуществляется на основе комплексного биопсихосоциального подхода в процессе выполнения широкого комплекса реабилитационных мероприятий. Основные задачи специализированной психиатрической помощи и реабилитации больных шизофренией решаются в условиях диспансера (диспансерного отделения), дневного стационара (ДС), стационара на дому (СНД), лечебно-производственных (трудовых) мастерских (ЛПМ) и больничных отделений.

Исследования показали, что полустационары способствуют большей адаптации больных с психическими расстройствами в обществе в связи с отсутствием депривации, угрозы госпитализма, дают возможность создания оптимальных условий для реинтегративной терапии [44–48, 50–53].

### **Структура психиатрической помощи в Омской области**

В Омской области последние 12 лет активно развиваются все основные виды стационарной и внебольничной психиатрической помощи на основе

бригадного полипрофессионального ведения пациентов с применением современных методов психосоциального лечения и реабилитации. Многие из них доказали свою эффективность и получили научное обоснование [5, 38, 40].

Исследования Н.Д.Букреевой и соавт. [2] показали, что использование системного подхода к организации психиатрической помощи, ориентированного на преимущественное оказание психиатрической помощи во внебольничных условиях, развитие внебольничных форм помощи, выделение целевых групп пациентов, страдающих шизофренией и перераспределение имеющихся психиатрических ресурсов с целью максимального удовлетворения потребностей больных шизофренией в лечебно-реабилитационных программах и лекарственном обеспечении, включающем современные антипсихотики и антидепрессанты, а также препараты пролонгированного действия, позволили сократить расходы бюджетов всех уровней на 32%.

В Омской области система оказания специализированной помощи лицам, страдающими психическими расстройствами, имеет значимые особенности. Состояние и структура службы определяется наличием в области одного города-мегаполиса с населением 1 160 670 человек и 32 сельских районов с населением 813 315 человек (по данным на 1 января 2013 г.). Исходя из этой предпосылки, в области исторически сложилась централизованная служба, которую представляет государственное Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н.Солодникова» (БУЗОО «КПБ им. Н.Н.Солодникова»).

Психиатрическая служба Омской области в настоящее время сформирована как завершённый лечебно-

реабилитационный комплекс согласно положениям Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 года № 566н.

С целью стратегического развития психиатрической службы и обеспечения доступности психиатрической помощи в Омской области осуществляются:

- маршрутизация потоков пациентов для оказания специализированной помощи в оптимальном объеме;
- соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи в структурных подразделениях учреждения с применением современных технологий и методов лечения и реабилитации;
- оценка эффективности оказания помощи с контролем качества на всех этапах.

Одним из ведущих факторов, повышающим эффективность и качество медицинской помощи лицам с психическими расстройствами, является преемственность между структурными подразделениями службы, что в Омской области удается успешно реализовывать (рис. 1–5). Активно используется разделение потоков амбулаторных пациентов, позволяющее оказывать адекватную медицинскую и психосоциальную помощь разным категориям пациентов, в том числе особое внимание уделяется разработке и внедрению оптимальных программ помощи:

- кризисным пациентам;
- лицам с первым психотическим эпизодом;
- пациентам с частыми и длительными госпитализациями;
- больным, утратившим социальные связи и жилье;
- пациентам, склонным к совершению общественно опасных действий;
- пациентам детского и пожилого возраста.



Рис. 1. Реализация преемственности при оказании психиатрической помощи для лиц с первым психотическим эпизодом

Рис. 2. Реализация преемственности при оказании психиатрической помощи для лиц с длительными частыми госпитализациями



Рис. 3. Реализация преемственности при оказании психиатрической помощи пациентам с хроническими психическими расстройствами



Рис. 4. Реализация преемственности при оказании психиатрической помощи кризисным пациентам

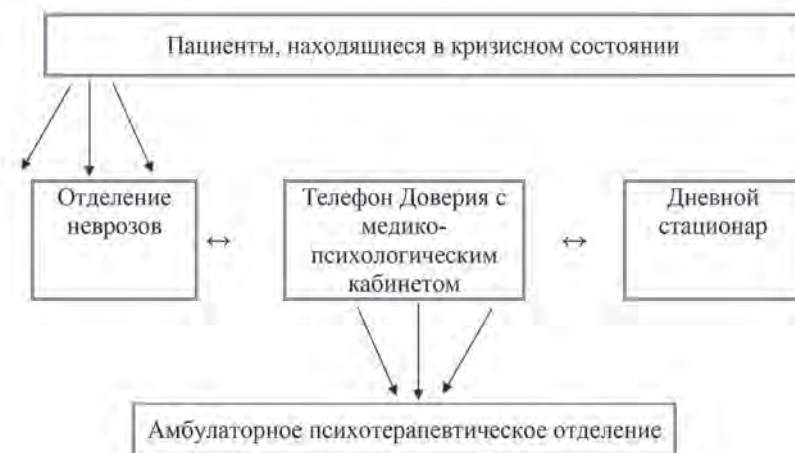


Рис. 5. Реализация преемственности при оказании психиатрической помощи лицам пожилого возраста



Медико-социальная реабилитация в БУЗОО «КПБ им. Н.Н.Солодников» обеспечивается:

- последовательными и согласованными действиями специалистов на этапах оказания психиатрической помощи;

- широким внедрением полустационарных форм оказания помощи – дневных стационаров, дополняющих традиционные стационарные и амбулаторные.

Реабилитационные мероприятия выполняются бригадой специалистов, в состав которой входят: врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и медицинская сестра. Бригадный подход к ведению пациентов был выбран в связи с тем, что при его использовании каждый участник терапевтической команды должен воспринимать всю полноту информации о пациенте и окружающей его действительности в аспекте своей профессии, дополняя усилия других. При этом совместно принимается оптимальное решение, в результате обеспечивается воздействие на все уровни поражения – биологический, личностный и социальный.

Целесообразно остановиться на наиболее значимых звеньях каждой из схем движения пациентов, представленных выше. Так, лица с первым психотическим эпизодом составляют особую группу наблюдения (рис. 1). В структуре БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н.Солодников» с 2003 года внедрены новые подходы к оказанию комплексной помощи данному контингенту больных и их родственникам. Было создано отделение первого психотического эпизода на 50 коек с дневным стационаром на 20 мест, а на амбулаторном этапе наблюдения – ассертивная бригада на 15 мест для интенсивного лечения пациентов на дому и 5 психиатрических участков для амбулаторного наблюдения пациентов (по количеству административных округов г.Омска). Считаем целесообразным выделить для данной категории больных специальное амбулаторное этапы, где более качественно будет оказана помощь.

Пациенты курируются двумя полипрофессиональными бригадами – стационарной и амбулаторной с использованием всех основных методов и технологий работы с больными «первого эпизода».

Лечение больных по программе первого психотического эпизода основывается на комплексном подходе, подразумевающим единство психофармакотерапии и различных методов психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации. До 90% пациентов обеспечивается современными психофармакологическими средствами за счет Постановления Правительства Омской области от 30 сентября 2009 г. N 175-п «Об утверждении долгосрочной целевой программы Омской области «Развитие системы здравоохранения Омской области» на 2010–2015 годы» (далее РЦП), где выделены две категории пациентов, в том числе – пациенты, перенесшие первый психотический эпизод, молодого трудоспособного возраста

с высоким реабилитационным потенциалом. Психосоциальная реабилитация и когнитивная психотерапия являются неотъемлемой частью лечения как на госпитальном этапе, так и на этапе постгоспитальной курации. Усвоение членами семьи и самим пациентом сведений о последствиях болезни и необходимости ее лечения способствует снижению частоты дальнейших рецидивов и улучшению терапевтических отношений между пациентами, специалистами и лицами, осуществляющими уход за больными. Это имеет существенное значение для стабилизации и дезактуализации позитивной и негативной симптоматики, а также для раннего распознавания и лечения начинающихся рецидивов.

*Пациенты с частыми и длительными госпитализациями* требуют повышенного внимания, прежде всего, на амбулаторном этапе наблюдения (рис. 2), так как нередко причиной повторных обострений служит отсутствие приверженности к терапии, плохая переносимость лечения, в том числе – в связи с наличием сопутствующей патологии.

В условиях амбулаторного звена психиатрической службы функционирует *отделение интенсивного лечения в сообществе (ОИЛС)*, основанное в 2005 году и предназначенное для оказания помощи психически больным, состояние которых требует усиления или интенсивного проведения терапии, а также психосоциальной реабилитации при отсутствии показаний к обязательной госпитализации (лица, госпитализируемые более двух раз в год и с длительностью стационарного лечения более 6 мес.). Таким образом, оно представляет собой альтернативу стационарной психиатрической помощи, осуществляя свою деятельность во внебольничных условиях, в том числе по месту жительства пациентов.

В процессе терапии проводится переход от курации на дому (на начальных этапах) к активному посещению пациентом отделения; выбирается оптимальная антипсихотическая терапия преимущественно с использованием современных психофармакологических средств. Проводится раннее присоединение психосоциальных вмешательств, а пациент активно включается в поэтапный процесс своего социального восстановления. Последующее лечение больных осуществляется на созданном при отделении участке, ориентированном на оказание помощи только пациентам ОИЛС.

100 койко-мест условно распределены следующим образом:

- 70 койко-мест для больных с неблагоприятным течением заболевания, то есть имеющих 2 и более госпитализаций в год и/или 1 госпитализацию в 6 и более месяцев;

- 30 койко-мест для пациентов первого психотического эпизода.

Отделение обслуживает все психиатрические участки города (района обслуживания нашей

больницы) и работает ежедневно, за исключением выходных и праздничных дней. В другое время и ночью при возникновении непредвиденных ситуаций пациенты отделения могут обратиться в Скорую психиатрическую помощь. Отделение обеспечивается автотранспортом лечебного учреждения в 2 смены для посещения пациентов на дому, что позволяет собрать полный анамнез социального состояния пациента при поступлении, когда на дом выезжают все члены полипрофессиональной бригады.

Разработан стандартизированный этапный план ведения пациентов в отделении. Курация пациентов подразумевает раннее присоединение к психофармакотерапии методов психосоциального воздействия, работу с ближайшим окружением пациентов, а именно оказание эмоциональной поддержки и проведение психосоциальных тренингов, последующее ведение пациентов с целью повышения уровня их социального функционирования, формирование у пациентов ответственности за свое здоровье, отношение к лечению и приемлемое поведение в социуме.

Интенсивная работа с пациентами на базе данного отделения показала его эффективность. Деятельность полипрофессиональной бригады существенно снижает количество госпитализаций у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и позволяет разрешить целый комплекс клинических и психосоциальных проблем. Во многом этому способствует бригадный метод работы специалистов на основе принципа партнерства с пациентом путем поэтапного проведения комплексного лечения с возможностью его оказания в любое время суток.

*Пациенты с хроническими психическими расстройствами* представляют собой основной контингент любой психиатрической клиники. Однако каждый из них заслуживает внимания, с учетом индивидуальных особенностей и жизненной ситуации в целом. Рассмотреть каждый случай индивидуально позволяет развитая система внебольничной помощи, куда пациент попадает по окончании госпитального наблюдения (рис. 3).

Одним из звеньев в структуре внестационарных отделений является ОИЛС, о котором было рассказано выше. Альтернативой ему является медико-реабилитационное отделение, созданное в 2003 году. Первоначально данное подразделение было рассчитано на 50 мест дневного пребывания пациентов с хроническим течением психических заболеваний. С января 2014 года отделение расширено до 65 койко-мест.

Отделение принимает пациентов, имеющих психическое расстройство, направляемых участковыми психиатрами в случаях: а) обострений психического расстройства у пациентов, не требующих обязательной госпитализации в психиатрическое отделение, имеющих положительную установку на лечение и упорядоченное поведение; б) неблагопри-

ятного течения психического расстройства у пациентов, сохраняющих относительно упорядоченное поведение, нуждающиеся в проведении психосоциальной реабилитации с целью восстановления психических функций, навыков, знаний, форм поведения, социальной адаптации; в) необходимости налаживания социальных контактов, решения вопросов занятости одиноких или не имеющих достаточной социальной поддержки пациентов с хроническими психическими расстройствами вне обострения; г) необходимости продолжения лечения и проведения мероприятий психосоциальной реабилитации пациентам, перенесшим первый психотический эпизод.

Противопоказано поступление пациентов: а) представляющих непосредственную опасность для себя и окружающих; б) имеющих в анамнезе суицидальные попытки; в) страдающих тяжелой сопутствующей соматической патологией и инфекционными заболеваниями (в период обострения); г) с отказом от лечения и наблюдения, не способных выполнять режим отделения, отрицательно влияющих на других пациентов; д) страдающих алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями; е) в возрасте старше 65 лет.

Созданная в условиях медико-реабилитационного отделения активная терапевтическая среда является дополнительной формой психокоррекционного воздействия и позволяет в наиболее благоприятных условиях осуществлять весь комплекс психосоциальных вмешательств. Организация терапевтической среды реализуется через следующие базовые компоненты:

- бригадный способ ведения пациентов с ведущей ролью врача-психиатра;
- индивидуальное ведение пациентов (программа «case management»);
- структурирование режимов лечения, психосоциальной реабилитации, трудовой занятости и досуга;
- режим «открытых дверей»;
- внешний вид сотрудников и оформление основных помещений;
- программа «сопровождение после выписки»;
- поощрение самостоятельности и инициативы больных.

Работа специалистов отделения организована по принципу «Ведение индивидуального случая» («case management») и подразумевает: 1) получение одним из участников полипрофессиональной бригады (менеджером) максимума информации о социальном функционировании пациента, качестве его жизни (в т.ч. путем посещения на дому); 2) участие менеджера совместно с другими членами бригады в формулировке функционального диагноза, составлении реабилитационного маршрута и последующего мониторинга за посещением отделения, регулярностью приема препаратов, своевременностью оказания необходимой помощи, выполнением намеченного плана реабилитации.

Охват пациентов помощью специалистов полипрофессиональной бригады в данном подразделении достигает 100%.

В медико-реабилитационном отделении организовано два «Клуба пациентов», где используются разнообразные досуговые, реабилитационные, познавательные программы, создающие развивающую среду для пациентов с предоставлением возможности для полезной творческой занятости. Работают театр, поэтическая студия, кружки, швейный класс на 25 посадочных мест.

Данное отделение, кроме прочего, является методическим центром по психосоциальной реабилитации, активно сотрудничает с родственниками пациентов, общественными, бюджетными, коммерческими организациями города в целях расширения возможностей по организации досуговой и трудовой занятости пациентов.

Одним из результатов этой работы является трудоустройство больных на открытое производство (около 30 чел. ежегодно), а всего за год успешно проходят реабилитационные программы более 300 пациентов.

В Омской области уделяется большое внимание *лицам с психическими расстройствами, утратившим социальные связи и жилье*. На базе загородного отделения БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н.Солодников» внедрена программа «Жилье с поддержкой». Основными критериями отбора для включения в программу являлись: желание клиента участвовать в программе, отсутствие тяжелой соматической патологии, наличие ремиссии, в том числе медикаментозной, отсутствие противопоказаний (суицидальная опасность, общественно опасные действия, зависимости, психопатизация), наличие реальных реабилитационных перспектив, отсутствие выраженных негативных расстройств. Анкетирование установило основные проблемы социального плана, препятствующие самостоятельному проживанию в сообществе: «госпитализм», дефицит социально-бытовых навыков, утрата социальных связей с родственниками, отсутствие жилья, неполный комплект документов.

Учитывая разнородность пациентов по полу, возрасту, нозологии, уровню выраженности психических расстройств, с различной профессиональной подготовкой было разработано 3 варианта психосоциальной реабилитационной программы:

1) отделение – общежитие – выписка – самостоятельное проживание в сообществе,

2) отделение – общежитие – квартиры с поддержкой – трудоустройство,

3) отделение – квартиры с поддержкой – трудоустройство.

В ходе реализации программы были намечены индивидуальные реабилитационные подходы, которые в результате деятельности специалистов ассертивных бригад привели к положительной дина-

мике психического состояния пациентов и значительно улучшили их социальное функционирование и качество жизни.

В настоящее время в данной программе участвуют 47 пациентов, проживающих в 25 квартирах. В помещениях выполнен косметический ремонт. С помощью администрации отделения, родных и спонсорской помощи они укомплектованы необходимой мебелью, мягким инвентарем, кухонной посудой. Клиенты зарегистрированы в данных квартирах через администрации сельских советов.

Практически все пациенты удержались в программе, некоторые, восстановив связи с родственниками, переехали к ним. Большинство пациентов трудоустроены в подсобное хозяйство Загородного отделения и фермерские хозяйства. В общей сложности трудоустроено 69,2% пациентов. Кроме того, имеются случаи самостоятельного съема жилья и проживания в социальном жилье. Все пациенты продолжают посещать мероприятия, которые организуются в Загородном отделении, они активно участвуют в клубной работе.

Реализация данной программы показала, что психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия, выполняемые ассертивной бригадой по программе «Жилье с поддержкой» повышают степень адаптированности длительно болеющих больных шизофренией, способствуют формированию навыков автономного проживания и трудовой реадaptации. В данной ассертивной бригаде основная роль принадлежит специалистам по социальной работе и психологам, которые прикладывают максимум усилий для возвращения в социум пациентов, утративших социальные связи.

Оказанием лечебно-реабилитационной помощи лицам, попавшим в сложную жизненную ситуацию, повлекшую за собой нарушения физического и психического здоровья, а также социального благополучия (кризисные пациенты) (рис. 4), занимаются антикризисные службы Омской области, включающие следующие структуры: 1) бюджетные учреждения здравоохранения непсихотического профиля, имеющие антикризисную направленность; 2) лечебно-профилактические учреждения г.Омска психотического и непсихотического профиля; 3) муниципальные учреждения сельских районов (Центральные районные больницы), кабинеты сельских психиатров и психиатрическое отделение в Центральной районной больнице г.Тары Омской области.

С 2009 года распоряжением Правительства Омской области была создана и активно работает межведомственная комиссия, в состав которой входят представители разных Министерств, так как медицинская составляющая всех девиантных расстройств минимальна.

Одной из задач антикризисной службы является сбор и обработка статистической информации о

суицидальных попытках и завершённых суицидах. Долгое время информация была неполной – сведения поступали только со станции скорой помощи, токсикологического отделения Больницы скорой медицинской помощи, детской областной больницы, Бюро судебно-медицинской экспертизы и из некоторых лечебно-профилактических учреждений города. В 2009 году, благодаря слаженной работе межведомственной комиссии, была организована работа «защищенного» рабочего места VIPNet, куда ежемесячно стекается вся информация по суицидам из лечебно-профилактических учреждений города и районов области (токсикологический центр Больницы скорой медицинской помощи №1, бюро судебно-медицинской экспертизы, городская станция скорой медицинской помощи, Центральные районные больницы Омской области, отделение здорового образа жизни и медицинской информации, учебные учреждения г. Омска и Омской области, центры социальной защиты Омской области, общественные организации, государственные центры занятости, служба спасения ГУ МЧС России по Омской области, подразделения УВД Омской области). За последний год поступление сведений из 32 районов области происходит регулярно и своевременно.

Антикризисная служба БУЗОО «КПБ им. Н.Н.Солодникова» работает на основе принципов доступности, безотлагательности, анонимности и преемственности и включает в себя:

- круглосуточный бесплатный анонимный телефон экстренной медико-психологической помощи «Телефон доверия». На телефоне (в том числе бесплатные номера всех мобильных операторов региона) работает полипрофессиональная бригада, состоящая из врача-психиатра или врача-нарколога и психолога.

- Дневной психологический «Телефон доверия», где проводят психологические консультации по телефону психологи.

- Кабинет амбулаторной психотерапевтической (кризисной) помощи, где врачи и психологи осуществляют прием кризисных пациентов и суицидентов.

- Кабинет медико-психологического консультирования, где проводятся индивидуальные и групповые психотерапевтические занятия врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами, психологами.

Стационарная помощь оказывается на базе двух отделений невротозов с койками круглосуточного и дневного пребывания БУЗОО «КПБ им. Н.Н.Солодникова». Амбулаторное ведение пациентов осуществляется врачами-психотерапевтами амбулаторного психотерапевтического отделения. Промежуточным этапом нередко выступает дневной стационар для взрослого населения БУЗОО «КПБ им. Н.Н.Солодникова».

Ежегодно помощь оказывается более чем 4 тысячам человек.

Развитие психиатрической службы Омской области последние годы идет по пути развития адресных видов помощи, что выражается и в развитии *геронтологической психиатрической службы* региона (рис. 5).

В условиях диспансерного отделения для взрослого населения более 5 лет назад был организован геронтологический кабинет, где прием ведет врач-психиатр-геронтолог, в задачи которого входят оказание специализированной геронтопсихиатрической медицинской помощи населению старших возрастных групп; определение наличия психического расстройства у лиц пожилого и старческого возраста; амбулаторное лечение данной категории пациентов; организация преемственности между амбулаторным и стационарным звеном; организация реабилитационных мероприятий, оказания помощи родственникам по уходу за больными; формирование базы данных больных пожилого возраста, страдающих психическими заболеваниями; направление пациентов на стационарное лечение; проведение экспертиз разного характера.

В структуре стационара БУЗОО «КПБ им. Н.Н.Солодникова» функционирует *два сомато-геронтологических отделения*.

Новым подразделением, функционирующим с 2016 года является *отделение интенсивного лечения в сообществе для лиц пожилого и старческого возраста*.

Среди лиц, страдающих психическими расстройствами, по данным статистики, совокупная доля общественно опасных действий невелика, но существует тенденция к её увеличению [16, 32, 33]. Это обуславливает необходимость выделения их в особую группу наблюдения, в рамках оказания адресной помощи.

На базе диспансерного отделения для взрослого населения функционирует *кабинет активного диспансерного наблюдения (АДН)*, где наблюдаются и получают комплексную помощь пациенты, склонные к совершению общественно опасных действий (открыт в 2000 г.). Наблюдение осуществляет полипрофессиональная бригада, которая взаимодействует со специалистами стационарных и амбулаторных подразделений больницы. На сегодняшний день под наблюдением находится 483 человека.

Анализ формулы общественной опасности применительно к каждому конкретному больному позволяет выявить наиболее слабые звенья в цепочке факторов, участвующих в формировании психопатологического механизма опасного поведения, и направить на них основные профилактические усилия. В одних случаях это будет обеспечение непрерывной адекватной терапии, в других – своевременное обнаружение рецидива, в-третьих, воздействие на микросоциальные факторы. Большое значение имеет оказание возможной социальной помощи больному (оформление инвалидности, содействие в назначении

пенсии, восстановление прописки/регистрации, урегулирование жилищных вопросов, помощь в трудоустройстве). Решение этих проблем возложено на участников полипрофессиональной бригады.

Анализ состояния принудительного лечения в БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н.Солодникова», оценка показателей позволяет сделать вывод, что в целом имеется положительная динамика, выражающаяся в уменьшении количества лиц, находящихся на принудительном лечении, значительном количестве отмен принудительных мер при одновременном уменьшении количества повторных общественно опасных действий среди лиц, состоящих на АДН. Выполнен большой объем социальной работы, что позволило значительно уменьшить количество больных с нерешенными социальными проблемами, произвести выписку из стационара больных с длительными сроками пребывания в стационаре. Решение вопроса о бесплатном получении в диспансерном отделении клиники медикаментов, в том числе пролонгированного действия (за счет РПЦ), больными, состоящими под наблюдением кабинета АДН, позволило улучшить качество жизни больных и их родственников.

### Результаты

Значимым результатом применения новых технологий стало существенное снижение числа госпитализаций в стационарные отделения – в среднем на тысячу в год. За четыре года в 1,5 раза уменьшилось количество пациентов, пребывающих в больнице более года. Процент повторных поступлений снизился с 16% до 14% [43].

Индикаторными показателями эффективности проводимой работы являются:

- снижение доли повторных госпитализаций в БУЗОО «КПБ им. Н.Н.Солодникова» на 1,4% (с 14,8% в 2010 г. до 13,4% в 2014 г.);

- сокращение средней длительности пребывания больного на койке на 5,1% (с 84,8 дней в 2011 г. до 79,7 в 2014 г.);

- снижение количества вызовов скорой психиатрической помощи на 8,7% (с 5 494 в 2010 г. до 4 828 в 2014 г.);

- снижение первичного выхода на инвалидность у больных психическими расстройствами на 4,4% (с 28,9% в 2010 г. до 24,5% в 2014 г.).

Одновременно улучшается социальная адаптация и качество жизни пациентов.

Внедрение стационарзамещающих форм помощи лицам с психическими расстройствами имеет и экономическую выгоду – так, стоимость койко-дня в круглосуточном стационаре в БУЗОО «КПБ им. Н.Н.Солодникова» составляет 737,63 рублей, а в дневном стационаре – 412,7 рублей.

В полном объеме система оценки качества и эффективности деятельности психиатрических служб [2], должна включать:

- стандарты качества, определяющие объемы лечебно-диагностических и реабилитационных процедур в соответствии со стандартами медицинской помощи в области психиатрии;

- критерии качества, отражающие требования к психическому и социальному статусу пациента на момент окончания лечения;

- планируемые конечные результаты деятельности учреждений, их подразделений, службы в целом, их значения, оценочные шкалы и оценку в соответствии с ними результатов работы (балльная оценка);

- порядок обеспечения контроля качества.

Система контроля качества должна иметь много-ступенчатый характер. На первой ступени контроль качества должен обеспечиваться заведующими подразделениями, при этом оценивается уровень качества лечения каждого пролеченного больного. Это делается на основе изучения истории болезни и самого больного и соотносится с требованиями стандартов и критериев качества.

На второй ступени происходит оценка качества лечения больного участковым врачом, направившим пациента на лечение и принявшим его при выписке.

На третьей ступени – контроль качества осуществляется заместителем главного врача совместно с заведующими подразделениями и с привлечением, в необходимых случаях, участковых врачей один раз в месяц; кроме того, оцениваются показатели работы подразделения в их соответствии с МОКЭД.

Четвертая ступень оценки деятельности подразделения обеспечивается экспертной комиссией учреждения. Она проводится раз в месяц путем сравнения достигнутых показателей с планируемыми показателями модели оценки качества и эффективности деятельности.

Пятая ступень – оценка деятельности объединения экспертной комиссией регионального органа управления здравоохранением.

Кроме того, правомочно привлечение к оценке качества лечения и мнения пациентов и их родственников, которое может выясняться с помощью анкетирования [49].

Таким образом, комплексная оценка соблюдения стандартов качества диагностики, лечения и реабилитации каждого больного и выполнение основных индикаторов деятельности учреждений (подразделений) и службы в целом позволит оценивать качество и эффективность деятельности психиатрических учреждений, способствовать выбору оптимальных управленческих решений, а также влиять на него путем адекватного планирования, управления и финансирования.

Внедрение современных методов психосоциальной терапии и реабилитации подразумевает использование разумного подхода и оптимизацию психофармакотерапии, что у описанных категорий пациентов является немаловажным критерием,



влияющим на эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

В настоящее время не существует препарата, который мог бы соответствовать потребностям всех пациентов, в результате чего на практике часто имеет место перевод с одного антипсихотика на другой. С этих позиций, каждый новый антипсихотик может предоставлять дополнительные возможности в терапии определенных клинических случаев в условиях, когда врачи ставят целью терапии пациентов с шизофренией не только купирование симптоматики, но и восстановление должного уровня социального функционирования, что требует наряду с психосоциальными вмешательствами длительной поддерживающей фармакологической терапии.

Описанные нами выше группы пациентов в большинстве случаев наблюдаются врачами-психиатрами амбулаторно, когда нет возможности ежедневного контроля за приемом препаратов, что обуславливает высокую вероятность несоблюдения режима приема препаратов. Причин тому может быть несколько: плохая переносимость, отсутствие достаточной критики к болезни у пациента и его близких, недостаток знаний о психическом расстройстве и вариантах лечения, нонкомплаенс и др.

Часть указанных проблем можно решить при помощи назначения пролонгированных форм антипсихотических лекарственных препаратов. К данной группе относится современный препарат – палипидона пальмитат (ПП) (ксеплион).

Доказанный в ряде исследований антирецидивный эффект ПП позволяет широко использовать его при организации психиатрической стационарозамещающей помощи для социально активных граждан, страдающих шизофренией, в случаях отказа от поддерживающей терапии таблетированными препа-

ратами или при наличии тяжелой переносимости типичных нейролептиков.

Непрерывное лечение с благоприятным соотношением безопасность/эффект играет ключевую роль в углублении и упрочении ремиссии (увеличении «дней без болезни») и улучшения прогноза, а также стало доминантой выбора ПП в повседневной практике, как, впрочем, и первой инъекционной пролонгированной формы атипичного антипсихотика – рисперидона-конста [26]. ПП показал себя более безопасным и лучше переносимым, чем типовая терапия. Социальный эффект ПП (восстановление и поддержание трудоспособности) тесно связан с клинической стабилизацией больных шизофренией и должен быть приумножен целевой психосоциальной работой по мере восстановления потребностей больных и их близких [3, 25, 27].

Таким образом, назначение ПП перспективно в группах больных с первым психотическим эпизодом, терапевтически резистентных (в связи с особенностями фармакодинамики) пациентов, и лиц, страдающих шизофренией, злоупотребляющих психоактивными веществами, склонных к физической и вербальной агрессии, при амбулаторном принудительном лечении [27, 29]. Данные первого отечественного математического моделирования пятилетнего применения ПП в группе часто госпитализируемых больных шизофренией [28] обнадеживают, особенно в социальной перспективе. Можно ожидать изменение структуры медицинских затрат с характерным сдвигом к затратам на обеспечение ПП (80–90%) как условия «дней без болезни» и социального восстановления больных. Ресурсосберегающий потенциал ПП должен быть востребован психиатрической помощью, ориентированной на личностно-социальное восстановление больных шизофренией на фоне адекватной поддерживающей фармакотерапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бабин С.М. Организация психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре: методическое пособие. Оренбург, 2011. 70 с.
2. Букреева Н.Д. Экспертиза уровня развития психиатрической службы Кемеровской области с целью подготовки методических рекомендаций по оптимизации оказания психиатрической помощи (эпидемиологические, организационные и клинико-экономические аспекты). Научный отчет. Москва, Кемерово, 2015. 216 с.
3. Былим И.А., Любов Е.Б. Пациенты и их близкие: оценка качества психиатрической помощи // Психическое здоровье. 2010. № 8. С. 56–71.
4. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер, 2008. 512 с.
5. Волчкова Т.Ф. Психосоциальная реабилитация больных расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2013. 26 с.
6. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, № 4. С. 12–17.
7. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический уровень // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. С. 51–52.
8. Гурович И.Я. Сберегающая (превентивная) психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
9. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии М.: Медпрактика, 2003. 262 с.
10. Гурович И.Я., Сальникова Л.И. Динамика состояния психиатрической помощи за пятилетие: противоречивость тенденций // XV съезд психиатров России: материалы съезда. М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. С. 39–40.
11. Гурович И.Я., Сальникова Л.И., Кирьянова Е.М. и соавт. Особенности оказания психиатрической помощи одиноким больным шизофренией во внебольничных условиях: методические рекомендации № 2000/48. М., 2000. 22 с.
12. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 78–85.
13. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 5–10.
14. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 492 с.
15. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Уткин А.А., Степанова О.Н. Новая организационная форма психиатрической помощи: отделение внебольничной реабилитации // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под. ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. С. 217–225.

16. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., Ткаченко А.А. Руководство по судебной психиатрии. М.: Медицина, 2004. 592 с.
17. Иванова А.А. Амбулаторное принудительное лечение больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (клинико-социальный и реабилитационный аспекты): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2007. 17 с.
18. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 1. С. 22–27.
19. Кадменская М.С. Психотерапевтическая среда как фактор повышения эффективности лечебно-реабилитационного процесса в отделениях психиатрической больницы // Материалы Четвертого национального конгресса по социальной психиатрии, посвященного 90-летию ФНБУ «ГНЦС и СП им. В.П.Сербского» и Всероссийской конференции «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным» / Под ред. З.И.Кекелидзе, В.Н.Краснова. М., 2011. С. 194.
20. Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. М., 2004. 553 с.
21. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксеновой И.О. и соавт. Особенности организации реабилитационной работы с больными мало- и умеренно прогрессивной шизофренией в условиях комплекса дневной/ночной стационар // Шизофрения. СПб.: Гиппократ, 2004. С. 197–199.
22. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристов Т.А., Бурковский Г.В., Бутома Б.Г. Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях: пособие для врачей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. СПб., 2010. 47 с.
23. Краснянский Н.Л. Полустанционар – оптимальная модель здравоохранения в XXI веке. 2003. – <http://www.psi.tamb.ru/trudi.html>.
24. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 2007. 28 с.
25. Любов Е.Б. Палиперидон пальмитат – новая возможность фармакотерапии шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 11, Вып. 2. С. 43–50.
26. Любов Е.Б. Многосторонний анализ эффективности длительного лечения шизофрении рisperолептом конста в повседневной психиатрической практике (данные 12 месяцев лечения пациентов российской когорты международного исследования e-STAR) // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 11, Вып. 3. С. 66–73.
27. Любов Е.Б. Инъекционные антипсихотики длительного действия (депо) в первом эпизоде шизофрении: клиническая перспектива // Российский психиатрический журнал. 2013. № 6. С. 59–69.
28. Любов Е.Б. Фармакоэкономический анализ депонированных инъекционных форм атипичных антипсихотиков при лечении шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, Вып.1.С. 101–105.
29. Любов Е.Б. и соавт. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, Вып. 4. С. 51–56.
30. Любов Е.Б., Фролов М.Ю., Чапурин Ю.Ю., Чурилин Ю.Ю. Фармакоэкономические аспекты длительного лечения палиперидоном пальмитатом больных с первым эпизодом шизофрении // Социальная клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, Вып. 3. С. 57–66.
31. Методика активного диспансерного наблюдения [http://studme.org/40940/psihologiya/metodika\\_aktivnogo\\_dispansernogo\\_nablyudeniya](http://studme.org/40940/psihologiya/metodika_aktivnogo_dispansernogo_nablyudeniya)
32. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А., Щукина Е.Я. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших общественно опасные действия (по данным отчетов о работе судебно-медицинских экспертных комиссий Российской Федерации) // Российский психиатрический журнал. 1999. № 5. С. 16–19.
33. Мохонько А.Р., Щукина Е.Я. Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, совершивших общественно опасные действия // Психиатрия и общество. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2001. С. 275–284.
34. Петренко В.А. Рекомендации Совета по делам инвалидов при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации (проект). <http://council.gov.ru/files/download/rekomendacii.doc>.
35. Расторгуева Н.И. Организация лечебно-реабилитационной помощи городскому населению в условиях дневного стационара психиатрической больницы // Материалы Четвертого национального конгресса по социальной психиатрии, посвященного 90-летию ФНБУ «ГНЦС и СП им. В.П.Сербского» и Всероссийской конференции «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным» / Под ред. З.И.Кекелидзе, В.Н.Краснова. М., 2011. С. 39.
36. Рихард Б., Доржак М. Терапия средой в психиатрии, психотерапии и реабилитации / Под ред. С.М.Бабина /пер. с англ. Оренбург, 2003. 32 с.
37. Сиденкова А.П. Клинические особенности шизофрении у лиц, употребляющих наркотические вещества опийного ряда: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2002.
38. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 20 с.
39. Тиганов А.С. Эндогенные психические заболевания / Под ред. А.С.Тиганова. 2005. – <http://www.psychiatry.ru/library/lib/show>
40. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 144 с.
41. Уткин А.А., Степанова О.Н. Инновационные формы психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в Омской области // Сибирский вестник психиатрии и неврологии. 2009. № 1. С. 124–127.
42. Уткин А.А., Степанова О.Н., Драчук О.А. Совершенствование психиатрической помощи в Омской области. <http://disabilitystudies.narod.ru/publ5.html>
43. Чеперин А.И. Психиатрическая служба Омской области: доступность, инновации и качество // Медицина и здоровье. 2010. № 8. <http://www.medicinarf.ru/journals/72/8822/>
44. Шапошникова Н.Н., Кузнецова Е.И., Сигуля М.Е. Организация геронтологического приема в кабинете медико-социальной помощи диспансерного отделения ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7». <http://www.invalidnost.com/forum/11-2390-1>
45. Шендеров К.В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2011. 24 с.
46. 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.
47. Шлафер М.И., Бабин С.М., Пустотин Ю.Л., Портнов Л.М. Исследование эффективности бригадной формы лечения душевнобольных // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: материалы Российской конференции. М., 2004. С. 176–177.
48. Ястребов В.С. О приоритетных направлениях дальнейшего развития отечественной психиатрии // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты) / Под ред. В.Я.Семке. Томск: НТЛ, 1998. С. 223–224.
49. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С. и соавт. Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний: методология исследования и социально-экономический прогноз последствий // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 21–28.
50. Davidson L., McGlashan T.H. The varied outcomes of schizophrenia // Can. J. Psychiatry. 1997. ol. 42. P. 34–43.
51. Jenkins J.H., Strauss M.E., Carpenter E.A. et al. Subjective experience of recovery from schizophrenia-related disorders and atypical antipsychotics // Int. J. Soc. Psychiatry. 2005. Vol. 51. P. 211–227.
52. Mackenzie C.S., Rosenberg M., Major M. Evaluation of psychiatric day hospital program for elderly patients with mood disorders // Int. Psychogeriatrics. 2006. Vol. 18, N 4. P. 631–640.
53. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Update), Final Version (NICE Clinical Guideline 2). London, UK: NICE, 2009. (<http://www.nice.org.uk/CG82>)

## ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.В. Шукиль, А.И. Чеперин, А.Д. Шеллер, Т.Ф. Волчкова

В статье подробно описана структура психиатрической помощи в Омской области, в настоящее время сформированная как завершённый лечебно-реабилитационный комплекс. С целью стратегического развития службы и обеспечения доступности психиатрической помощи осуществляются маршрутизация потоков пациентов для оказания специализированной помощи в оптимальном объеме, соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи в структурных подразделениях учреждения с применением современных технологий и методов лечения и реабилитации, оценка эффективности оказания помощи с контролем качества на всех этапах. Одним из ведущих факторов, повышающим эффективность и качество медицинской помощи лицам с психическими расстройствами, является преемственность между структурными подразделениями службы.

Особое внимание уделяется разработке и внедрению оптимальных программ помощи кризисным пациентам; лицам с первым психотическим эпизодом; пациентам с частыми и длительными госпитализациями; больным, утратившим социальные связи и жилье; пациентам, склонным к совершению общественно опасных действий; пациентам детского и пожилого возраста. Значимым результатом применения новых подходов к оказанию психиатрической помощи стало улучшение ее качества, в частности, снижение числа госпитализаций в стационарные отделения в среднем на тысячу в год. За четыре года в 1,5 раза уменьшилось количество пациентов, пребывающих в больнице более года. Процент повторных поступлений снизился с 16 % до 14%.

**Ключевые слова:** организация психиатрической помощи, эффективность психиатрического обслуживания, критерии качества.

## PSYCHIATRIC CARE IN THE OMSK REGION

L.V. Shukil, A.I. Cheperin, A.D. Sheller, T.F. Volchkova

The article provides a detailed description of the structure of psychiatric care in the Omsk Region as a complete treatment and rehabilitation service. With the purpose of strategic developments and adequate accessibility of psychiatric care, the changes focus on patient routing, continuity of care and use of modern technologies and treatment and rehabilitation techniques, evaluation of effectiveness of care and quality control in all stages. Continuity happens to be a key factor for effectiveness and quality of health care for mental patients. Special attention is paid to development of care for crisis patients and introduction of such programs into practice, as well as development of care for persons with first psychotic episode,

patients with frequent and long-term hospitalisations, patients who have lost social contacts and housing, patients prone to committing offences, children and the elderly with mental problems. Application of new approaches have led to better quality of care and decreased hospitalisation rate – with annual drop about 1000 admissions. During recent four years the number of long-term patients that stayed in the hospital for more than one year decreased by half. Repeated hospitalisations decreased from 16% to 14%.

**Key words:** organization of psychiatric care, effectiveness of psychiatric care provision, quality criteria

---

**Шукиль Людмила Владимировна** – кандидат медицинских наук, заместитель министра Министерства здравоохранения Омской области; e-mail: guomsk@yandex.ru

**Чеперин Андрей Игоревич** – кандидат медицинских наук, главный врач Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Солодникова»; e-mail: okpb.buzoo@gmail.ru

**Шеллер Анна Дмитриевна** – заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Солодникова»; e-mail: okpb.buzoo@gmail.ru

**Волчкова Татьяна Федоровна** – кандидат медицинских наук, заведующая психиатрическим дневным медико-реабилитационным отделением Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н.Солодникова»; e-mail: okpb.buzoo@gmail.ru