

*Л. Н. Юрьева, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой ДГМА;
Н. Г. Вишнева, канд. мед. наук, гл. врач, Е. М. Бобовникова, начмед.,
Ю.В.Кулеш, врач-психиатр КУ «Днепропетровская гор. больница № 14»
Днепропетровская государственная медицинская академия,
КУ «Днепропетровская городская больница № 14» (г. Днепропетровск)*

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СНЯТЫХ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА В СВЯЗИ С ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ ИЛИ СТОЙКИМ УЛУЧШЕНИЕМ ЗДОРОВЬЯ

Нами были проанализированы случаи снятия в 2007 году с диспансерного учета больных шизофренией, находившихся под наблюдением в КУ ГБ № 14 г. Днепропетровска, в связи с выздоровлением или стойким улучшением. Снятие с диспансерного учета было проведено согласно пункту 4.8 Инструкции по организации диспансерного и консультативного учета лиц, страдающих психическими расстройствами при предоставлении им амбулаторной психиатрической помощи (Наказ МОЗ Украины № 20 від 22.01.2007) [4]. Были проанализированы 102 медицинские карты амбулаторного больного (ф. № 025/У 87, № 1030) больных шизофренией, снятых с диспансерного учета в связи с выздоровлением или стойким улучшением. Среди исследуемой группы преобладали женщины — 56,9 %.

Анализируя демографические характеристики данной группы, можно отметить, что на момент взятия на диспансерный учет у психиатра преобладали пациенты в возрасте от 21 до 30 лет (28,4 %) и от 41 до 50 лет (31,3 %) (рис. 1). Первый психотический эпизод манифестировал у 31,3 % больных в период 41—50 лет, что коррелирует с данными обзора литературы Harris и Jeste, которые отмечали, что начало шизофрении в возрасте после 40 лет отмечалось приблизительно у 23 % госпитализированных больных [8].

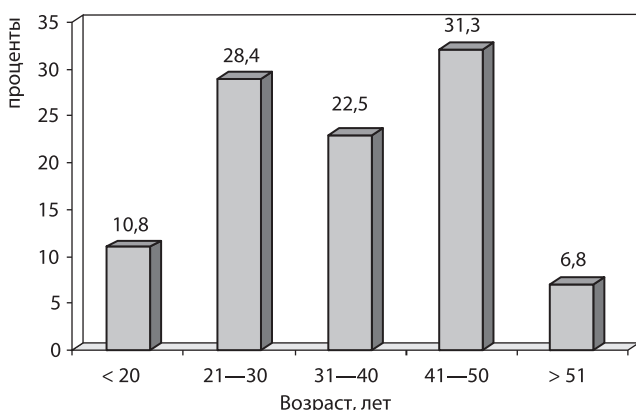


Рис. 1. Распределение больных шизофренией по возрасту на момент взятия на диспансерный учет у психиатра

При изучении социальной характеристики анализируемых больных (рис. 2) было выяснено, что 70,5 % больных состояли в браке; 18,6 % — были разведены; 6,9 % — были вдовцами и лишь 3,9 % больных никогда не состояли в браке и не имели детей. При этом 70,5 % больных проживали в собственной семье, 17,6 % жили одни, а 11,8 % жили в семье детей.

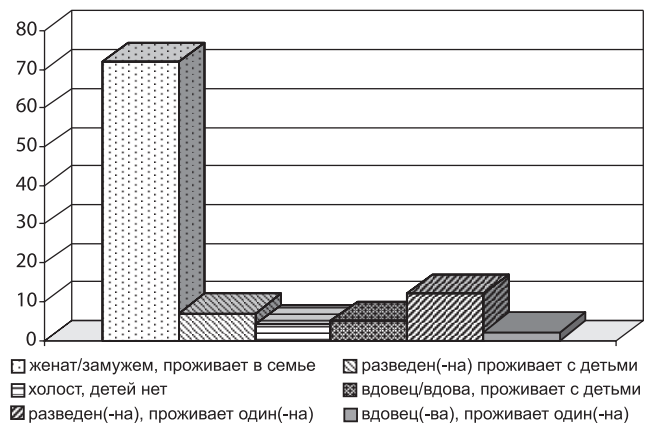


Рис. 2. Семейное положение больных шизофренией, снятых с диспансерного учета

Категорию одиноких составляли 18 больных шизофренией (из них холостые — 4; разведенные, не имеющие детей — 12; вдовцы, не имеющие детей — 2). Категория разведенных больных главным образом отличалась психопатологическими особенностями заболевания: персекуторными бредовыми идеями по отношению к членам семьи, что приводило в дальнейшем к расторжению брака, а также более частыми госпитализациями по сравнению с больными, состоявшими в браке. По мнению ряда авторов, фактор одиночества у больных шизофренией негативно отражается на своевременности обращения к врачу при обострениях болезни, получения помощи по поводу соматических заболеваний, на соблюдении режима фармакотерапии, способствует неухоженности, запущенности быта, утрате социальных, а также санитарно-гигиенических навыков [5].

Роль семьи в психосоциальной реабилитации больных шизофренией признается большинством исследователей [2, 3, 5, 6]. Система социальных связей человека (или его социальная сеть) является одним из важнейших факторов, определяющих уровень социального функционирования. Социальная сеть психически больных выполняет роль окружения, которое связывает больного с общественной жизнью. Для больных шизофренией характерен низкий уровень брачности по сравнению с общей популяцией. Так, по данным А. Н. Голик (1996), среди обследованных 196 больных шизофренией соотношение одиноких и состоящих в браке составило 3,5:1, а показатель холостых и незамужних в возрасте до 55 лет среди изученных больных шизофренией был равен 71,9 % (в популяции — 12,4 %) [1].

Следует отметить, что группу «холостых» в нашем исследовании составили исключительно женщины.

По мнению В. Ф. Друзь (1998), большая встречаемость женщин среди одиноких больных шизофренией обусловлена большей биологической жизнеспособностью последних, их социально-психологическими особенностями — они лучше приспособлены к ведению домашнего хозяйства, легче устанавливают связи с внесемейным социальным окружением, у них более благоприятно протекают многие психические заболевания [2]. По мнению авторов, большая встречаемость одиноких женщин среди снятых с диспансерного учета у психиатра в связи с выздоровлением или стойким улучшением здоровья, может быть связана и с тем, что среди одиноких мужчин, больных шизофренией, выше процент завершенных суицидов, по сравнению с женщинами.

В плане трудовой деятельности, на момент снятия с диспансерного учета больные распределялись по следующим категориям: работающие — 39 (38,2 %) человек, пенсионеры по возрасту 51 (50 %), работающие пенсионеры — 10 (9,8 %), безработные — 2 (1,9 %).

Что касается назначения группы инвалидности среди анализируемых больных, то 99 из них (97,1 %) никогда не имели инвалидности, а 3 (2,9 %) имели II группу инвалидности от 1 до 6 лет, однако в дальнейшем продолжили трудовую деятельность (из них один со снижением уровня квалификации, двое с изменением места работы). Из 3 больных шизофренией, имеющих группу инвалидности, один был из числа одиноких, а 2 — из числа семейных.

Столь низкий процент инвалидности среди одиноких больных шизофренией может говорить о большей ответственности самого больного за свое социальное восстановление.

По мнению И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожаковой, результат влияния отсутствия естественной социальной поддержки зависит от констелляции таких факторов, как особенности преморбидной личности, прогрессивности болезни и выраженности негативных расстройств, средовых социальных обстоятельств и внесемейных социальных влияний [3].

У одиноких психически больных шизофренией структура социальной сети по всем ведущим параметрам обнаруживает дефицит, поэтому им так необходима трудовая деятельность, где они могут общаться с сослуживцами, получать эмоциональную поддержку, находить общие интересы, «чувство принадлежности», «значимости», а не «уходить с головой в болезнь».

Данные клинико-психопатологического анализа показали, что 73,5 % больных страдали параноидной формой шизофрении, 14,7 % — ипохондрической формой, 6,9 % — сенестопатической формой, 2,9 % — простой формой, 2 % — кататонической формой шизофрении. Следует отметить, что отсутствовали пациенты с гебефренической формой шизофрении. В клинической картине преобладала галлюцинаторно-параноидная и параноидная (37,3 %), аффективно-параноидная (36,3 %) и неврозоподобная (21,6 %) симптоматика. Ведущие психопатологические синдромы в клинической картине больных шизофренией представлены в следующих диаграммах (рис. 3, 4).

У 59 (57,8 %) больных шизофренией была установлена непрерывная форма течения, у 25 (24,5 %) — вялотекущая (малопрогрессирующая) форма и у 18 (17,6 %) — рекуррентная форма шизофрении.

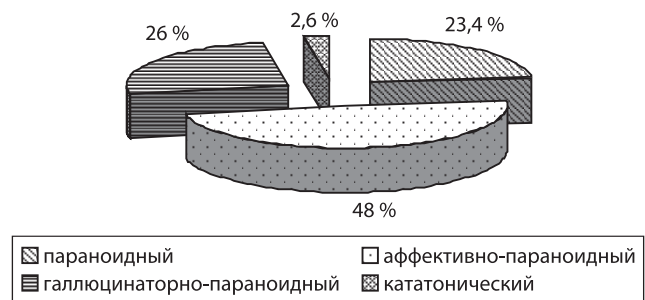


Рис. 3. Ведущие психопатологические синдромы психотического уровня у больных шизофренией

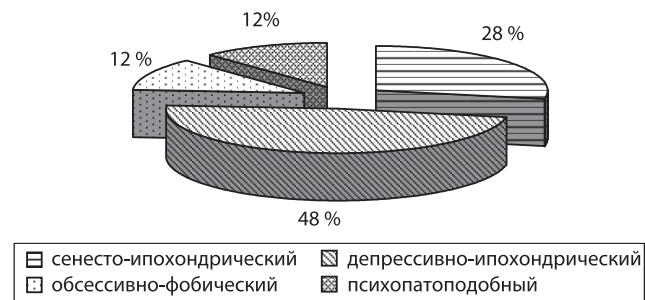


Рис. 4. Ведущие психопатологические синдромы невротического уровня у больных шизофренией

Клиническая картина инициального периода при непрерывной форме шизофрении (параноидном и галлюцинаторно-параноидном вариантах) характеризовалась: снижением круга интересов, тревогой, недоверчивостью, астенией с эмоциональной лабильностью, трудностью концентрации внимания, чувством внутреннего напряжения, нарушением сна. Манифестировало заболевание бредовыми идеями (отношения, отравления и др.) и/или галлюцинациями (чаще в виде «голосов» неприятного содержания). В дальнейшем появлялся бред физического воздействия и явления психического автоматизма с развитием синдрома Кандинского — Клерамбо. В 30,5 % случаях к параноидной и галлюцинаторно-параноидной симптоматике присоединялась аффективная патология, без дальнейшего развития синдрома Кандинского — Клерамбо.

В клинической картине вялотекущей (малопрогрессирующей) формы шизофрении преобладали неврозоподобные и психопатоподобные расстройства, среди которых доминировали ипохондрические проявления (68 %). Бредовые расстройства возникали эпизодически и носили рудиментарный характер. В ряде наблюдений такая динамика заболевания маскировала начальные проявления шизофренического процесса, квалифицировавшегося в рамках пограничной патологии или экзогенно-органических заболеваний (табл. 1).

Длительность нахождения больных на диспансерном учете была в 94,1 % случаев более 16 лет и лишь в 5,9 % случаев не превышала 15 лет. Максимальные показатели пребывания на диспансерном учете (39,2 %) приходились на 26—35 лет (табл. 2).

Таблиця 1

Частота встречаемости предшествующих диагнозов у больных шизофренией

Предшествующий диагноз	Абс. показатели	%
Реактивное состояние	13	12,8
Невроз	6	5,9
Последствие органического поражения ЦНС	4	3,9
МДП	3	2,9
Психопатия	3	2,9
Интоксикационный психоз	1	0,9

Таблиця 2

Распределение больных шизофренией по длительности нахождения на диспансерном учете у психиатра

Количество лет	Абс. показатели	%
менее 15	6	5,9
16—25	31	30,4
26—35	40	39,2
36—45	23	22,6
более 46	2	1,9

25,5 % больных госпитализировались однократно и получали медицинскую помощь исключительно амбулаторно (рис. 5).

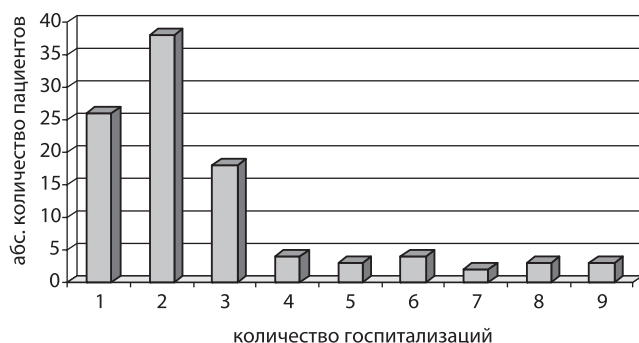


Рис. 5. Кратность госпитализаций

Следует отметить, что около 60 % исследуемых больных регулярно посещали участкового психиатра. Терапия больных шизофренией осуществлялась только традиционными нейролептиками, среди которых доминировали пиперазиновые (24,5 %) и алифатические (14,4 %), за ними следовали бутерофеноны (13,3 %), фенотиазины (10,1 %), бензамини (1,4 %). Также в терапии использовались трициклические антидепрессанты (19,5 %) и транквилизаторы (7,2 %). Инсулиношоковая терапия применялась в 9,4 % случаев. Обращает на себя внимание полипрагмазия, т. е. одновременное назначение больному нескольких лекарственных веществ, иногда одной группы, что часто является необоснованным (табл. 3).

В настоящее время широко изучается вопрос нейрокогнитивного дефицита в качестве важного показателя клинического исхода при оценке эффективности лечения больных шизофренией. Более того, результаты

path analysis выявили, что выраженность нейрокогнитивного дефицита коррелировала с нарушением функционирования больных в обществе в большей степени, чем уровень позитивных или негативных симптомов [7]. В свете появившихся данных о благоприятном влиянии новых атипичных антипсихотиков на нейрокогнитивный дефицит и связанном с этим улучшении социального функционирования и долгосрочного прогноза при шизофрении можно предположить в будущем увеличение процента психически больных, в отношении которых психосоциальная реабилитация будет гораздо более эффективной.

Таблиця 3

Процентное соотношение групп препаратов, использованных в лечении (общее количество назначений — 277)

Группы препаратов	абс. число	%
Нейролептики, всего	177	63,9
в т. ч.: алифатические	40	14,4
фенотиазины	28	10,1
пиперазиновые	68	24,5
бутерофеноны	37	13,3
бензамини	4	1,4
Трициклические антидепрессанты	54	19,5
Транквилизаторы	20	7,2
Инсулиношоковая терапия	26	9,4

Представленные данные свидетельствуют, что наряду с такими факторами как возраст начала заболевания, форма и тип течения заболевания, на исход заболевания влияет уровень семейной, трудовой и социальной реабилитации больных. Поэтому важными вопросами реабилитации больных шизофренией остаются: проведение психообразовательной работы с родственниками и больными; поведенческая семейная терапия, основанная на теории социального научения; оценка трудовых навыков и умений больного с последующим рациональным трудоустройством.

Список литературы

- Голик, А. Н. Психопатологические особенности семейного статуса у больных шизофренией / А. Н. Голик // Журн. невропатол. и психиатр. — 1996. — № 5. — С. 38—42.
- Друзь, В. Ф. Семейная адаптация больных шизофренией в позднем возрасте : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психиатрия» / В. Ф. Друзь. — Л., 1989.
- Гурович, И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М. : Медпрактика-М, 2004. — 492 с.
- Наказ МОЗ України № 20 від 22.01.2007 р. «Про затвердження Інструкції з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги».
- Психиатрическая помощь больным шизофренией : клиническое руководство / Под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. — М. : Медпрактика-М, 2007. — С. 44—53.
- Юрьева, Л. Н. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния : монография / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск, 1996. — 146 с.
- Dawn, I. Velligan. Когнитивная дисфункция при шизофрении и ее важность для клинического исхода: место атипичных антипсихотических средств в лечении (Расширенный реферат) / Dawn I. Velligan, Ph. D. and Alexander L. Miller, M. D. // Журнал психиатрии и психофармакология. — 2000. — Т. 2, № 3.
- Harris, M. J. (1998) Late-onset schizophrenia: an overview / M. J. Harris, D. V. Jeste // Schizophr. Bull. — 14: 39—55.

Надійшла до редакції 15.07.2009 р.

Л. М. Юр'єва, Н. Г. Вишнеvsька, О. М. Бобовнікова, Ю. В. Кулеш
Клініко-соціальна характеристика хворих на шизофренію, знятих з диспансерного обліку в зв'язку з одужанням чи стійким поліпшенням здоров'я

*Дніпропетровська державна медична академія,
 КЗ «Дніпропетровська міська лікарня № 14»
 (м. Дніпропетровськ)*

У роботі проведений аналіз 102 медичних карток амбулаторного хворого (ф. № 025/У 87, № 1030) хворих на шизофренію, яких було знято у 2007 році з диспансерного обліку в КЗ МЛ № 14 м. Дніпропетровська. Дослідниками вивчалися: клінічна (вік початку, тип перебігу й форма захворювання, кратність госпіталізацій, групи препаратів, які було використано у лікуванні, тривалість перебування на диспансерному обліку у психіатра), а також соціальна характеристики хворих (сімейний стан, трудова діяльність, перебування на інвалідності). Наведені дані свідчать, що разом з такими чинниками як вік почала захворювання, форма і тип перебігу захворювання, на вихід захворювання впливає рівень сімейної, трудової та соціальної реабілітації хворих.

L. N. Yur'yeva, N. G. Vyshnev's'ka, E. M. Bobovnikova, Yu. V. Kulesh
Clinical and social characteristics of outpatients suffering from schizophrenia no longer requiring regular medical checkups because of recovery or stable health improvement

*Dnipropetrovsk medical Academy,
 Dnipropetrovsk City mental Hospital № 14
 (Dnipropetrovsk)*

102 medical cards of outpatients suffering from schizophrenia no longer requiring regular medical checkups during 2007 in Dnipropetrovsk City Mental Hospital № 14 were analyzed. Investigators researched the clinical (age of onset of disease, form and type of clinical course, number of hospitalizations, groups of medications used for treatment, duration of undergoing regular medical check-up) and social characteristics of outpatients (family status, labor activity, presence of disablement). The analysis showed that the level of family, working and social rehabilitation have an influence on a disease outcome along with such factors as age of onset of disease, form and type of clinical course.

УДК 616.89-362.21.004.68(477.51)

В. І. Яценко, Л. Л. Яценко, В. І. Скрипник

Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня (м. Чернігів)

ДОСВІД РЕОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ В РЕГІОНІ

Концепція розвитку психіатричної служби Чернігівської області на сьогоднішній є єдиною такого роду на теренах України. Вона була прийнята на Колегії УОЗ у жовтні 2006 року в зв'язку з незадовільними показниками психічного здоров'я населення області. На впровадження даної програми був встановлений термін 4 роки з проведенням у 2 етапи. Одним з основних завдань Концепції є забезпечення доступності та якості психіатричної допомоги для населення шляхом інтеграції психіатричних послуг у систему первинної медико-санітарної допомоги, підвищення рівня первинної діагностики психічних розладів, своєчасного втручання та ефективного впливу на перебіг психічних захворювань. Очікуваним результатом від впровадження Концепції є підвищення ефективності роботи галузі охорони психічного здоров'я в області.

На першому етапі впровадження програми планувалось відійти від районованого принципу організації психіатричної допомоги в стаціонарі психоневрологічної лікарні, оскільки він не покращував її ефективності, а навпаки, призводив до ускладнення процесів реабілітації хворих. Це було пов'язане з тим, що в стаціонарних відділеннях перебували хворі з різними психічними станами та на різних стадіях перебігу психічних розладів, що суперечило деонтологічним та клінічним вимогам, призводило до небажаного егрогогенічного впливу. На відміну від районованого був запропонований якісно новий підхід щодо надання допомоги хворим на психічні розлади шляхом створення спеціалізованих центрів, які передбачають нозологічне та станове розмежування хворих на психічні розлади.

Перший етап впровадження концепції включив в себе такі кроки.

У лютому 2007 року в Чернігівській обласній психоневрологічній лікарні було створено 10 спеціалізованих центрів на базі існуючих відділень:

- центр гострих психічних та поведінкових розладів;
- центр стаціонарної реабілітації;

— центр лікування хворих з порушеними соціальними зв'язками;

— центр надання допомоги хворим похилого віку (в тому числі відділення паліативної психіатричної допомоги для пацієнтів з важкою супутньою соматичною патологією);

— центр порушень психічного розвитку (дитячо-підлітковий);

— центр лікування психосоматичних розладів, неврозів, пограничних та кризових станів;

— центр стаціонарної наркологічної допомоги, який включає 12 ліжок інтенсивної терапії, а також відділення детоксикації;

— центр інфекційної патології у хворих на психічні розлади;

— діагностично-лікувальний центр, який включає рентген-кабінет, кабінет функціональної діагностики, клініко-діагностичну, біохімічну, бактеріологічну лабораторію, фізіотерапевтичне відділення та консультативний відділ спеціалістів — терапевта, хірурга, гінеколога, невролога, окуліста, стоматолога;

— центр амбулаторно-консультативної та реабілітаційної допомоги, який складається з диспансерного відділення та денного стаціонару.

З метою виявлення ефективності такого нововведення був проведений аналіз діяльності стаціонару в умовах роботи створених спеціалізованих центрів протягом року, який показав таке:

- кількість пролікованих хворих зросла на 13,5 %
- тривалість перебування на ліжку хворих зменшилась на 14 %;
- лікарняні дні пролікованих хворих зменшилися на 2,3 %;
- обіг ліжка збільшився на 12 %;
- летальність зменшилась на 20 %;
- розбіжності діагнозів зменшилися в 4 рази;
- середня тривалість перебування виписаного хворого по лікарні зменшилась на 6 днів.