

# ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

К.В. Шендеров<sup>1</sup>, Н.Г. Шашкова<sup>2</sup>, А.О. Лапшин<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Филиал №1 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ г.Москвы «Психиатрическая клиническая больница №3 имени В.А. Гиляровского ДЗМ»

<sup>2</sup>Московский научно-исследовательский институт психиатрии

На современном этапе развития отечественной психиатрии сохраняется тенденция к смещению акцента оказания психиатрической помощи во внебольничные условия, в условия естественного социального окружения [1, 3, 7, 9, 17, 18]. В соответствии с мировым опытом лечения психически больных [3, 19, 20, 24, 25] в России возрастает значимость внебольничной общественно ориентированной психиатрии, в частности, полустационарной психиатрической помощи [2–4]. Последняя становится все более разнообразной и дифференцированной [2, 7, 11, 15]. Помимо дневных стационаров [1, 7, 16, 21–23] дальнейшее развитие должны получить клиники первого психотического эпизода [6, 8], отделения интенсивного лечения в сообществе [2, 5, 14], медико-реабилитационные отделения (МРО) [2, 10].

В 2012 году в номенклатуру полустационарных психиатрических служб включено отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП), предназначенное для оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении активной терапии в связи с ухудшением психического состояния при отсутствии показаний к недобровольной госпитализации [11]. Подчеркивается, что полипрофессиональная помощь пациентам может оказываться как в отделении (на территории диспансера), так и на дому у больного. Пробразом ОИОПП явилось отделение настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе. Между тем структуры отделений, штаты сотрудников, соответственно возможности и задачи подразделений различаются [11, 14].

При этом контингент ОИОПП в психоневрологическом диспансере (ПНД) остается недостаточно определен, а содержание деятельности отделения и его эффективность нуждаются в дополнительном изучении и аргументации.

**Цель** исследования: определить особенности контингента и оценить эффективность комплексной полипрофессиональной терапии в условиях отде-

ления интенсивного оказания психиатрической помощи (на примере больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра).

## Материал и методы

Исследование проводилось на базе Отделения интенсивного оказания психиатрической помощи ПНД (филиал №1 ГБУЗ г.Москвы «ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ»), рассчитанного на 30 пациенто-мест, и осуществлялось по нескольким направлениям.

В рамках первого направления были проанализированы все поступления в отделение за первое полугодие его работы (с 20 июня по 31 декабря 2013 г.). За указанный период на лечение в ОИОПП принято 164 больных, из них повторно – 11 человек (6,7%). Наибольшая доля в структуре поступлений в ОИОПП приходилась на пациентов шизофренического спектра (F20–F29 по МКБ-10). Данные больные (73 чел.: 37 муж. и 36 жен.) поступали в ОИОПП за указанный период 81 раз, что составило 49,39% от всех поступлений в отделение за полугодие. Для группы органических расстройств (F00–F09 по МКБ-10) за этот же период доля поступлений составила 25,61% или 42 поступления; для аффективных расстройств (F30–F39 по МКБ-10) – 15,85% (26 поступлений); для невротических расстройств (F40–F49 по МКБ-10) – 4,88% (8 поступлений); для умственной отсталости (F70–F71 по МКБ-10) – 4,27% (7 поступлений).

Среди больных органического спектра у 57,14% (24 пациента позднего возраста) диагностировалась деменция с психотическими включениями, состояниями спутанности и нарушениями поведения, что требовало ежедневного наблюдения, активной психофармакотерапии и оправдывало направление пациента в ОИОПП (функция стационара на дому). В 92% случаев лечение пациентов с деменцией проводилось на дому (при условии осуществления круглосуточного ухода со стороны родственников). Остальные

пациенты органического спектра поступали в отделение ввиду затяжных неврозоподобных, аффективных, выраженных личностных нарушений, органических психотических расстройств, резистентных к предыдущей амбулаторной терапии, как правило, приводивших к частым госпитализациям (2 и более за год).

Поступления больных аффективного спектра были связаны с неблагоприятным течением расстройства, зачастую приближающемуся к континуальному, выраженной аффективной симптоматикой, в том числе, с психотическими симптомами, повышенным суицидальным риском (при отсутствии суицидальных намерений), резистентной к предшествующему амбулаторному или полустационарному лечению (при отсутствии показаний к обязательной госпитализации в психиатрический стационар). Преимущество ОИОПП в виде возможности лечения на дому (включая инъекционную терапию) позволило для ряда больных (не способных посещать диспансер ввиду психического или соматического состояния) избежать госпитализации. Пациенты аффективного и невротического спектра, имеющие выраженную агорафобическую симптоматику, также не могли посещать диспансер, помощь им оказывалась на дому.

Пациенты с умственной отсталостью (F70–F71) направлялись на лечение в связи с усилившимися нарушениями поведения, аффективной неустойчивостью, элементами асоциального поведения, требующими активизации медикаментозной терапии, контроля за приемом лекарств, ежедневного наблюдения за больным.

В рамках второго направления работы группа больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20–F29; 73 чел.), поступивших в ОИОПП за первое полугодие его функционирования, подверглась более детальному клинко-социальному анализу. На основе полученных данных были сформулированы потребности в основных формах психосоциальных вмешательств для данного контингента больных.

В рамках третьего направления осуществлялось комплексное (включая психофармакотерапию и психосоциальное вмешательство) полипрофессиональное лечение всех пациентов шизофренического спектра, поступивших на терапию в ОИОПП. Проведены анализ полученных результатов и оценка эффективности данного подхода.

Пациенты поступали по направлению участкового врача-психиатра (в 72,84% случаев, 59 поступлений), врача-психиатра дневного стационара или медико-реабилитационного отделения ПНД (всего в 3,70% случаев, 3 поступления), а также врачей круглосуточного стационара (функция долечивания – 23,46%, 19 поступлений). Рекомендованными критериями для направления в ОИОПП была частота госпитализаций больных 2 и более раза за последний год, а

также обострение симптоматики, требующее активизации терапии, усиленного наблюдения за больным, при условии отсутствия показаний к обязательной госпитализации в психиатрический стационар (хотя до организации ОИОПП госпитализация обычно осуществлялась).

В день поступления больной осматривался заведующим отделением и лечащим врачом (в диспансере или на дому у больного), устанавливался предварительный диагноз, осуществлялись первичные медикаментозные назначения, составлялся план дальнейшего обследования и лечения. Фармакотерапия назначалась исходя из клинического статуса больного, возможности и необходимости контроля со стороны родственников за приемом лекарств, приверженности пациента к лечению, переносимости терапии и пр. Акцент для некомплаентных больных делался на терапию инъекционными формами препаратов, включая применение пролонгированных нейролептиков (половине больных), медицинским персоналом контролировался утренний и дневной прием пациентом препаратов (в диспансере, а при потребности и на дому у больного). Контроль за приемом терапии в вечернее время возлагался на родственников больного (при потребности и наличии таковых). Пациенты, проживающие одни и при этом нарушающие режим терапии, в случае обострения с большей вероятностью нуждались в терапии в условиях круглосуточного стационара.

Поступления больных шизофренического спектра в ОИОПП (суммарно 81 за полугодие) были связаны преимущественно с обострением галлюцинаторно-бредовой структуры в 37,04% случаев (30 поступлений), в том числе в 8,64% случаев – с кататоническими или гебефрено-кататоническими включениями; с затяжными, резистентными к предыдущей терапии депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами – в 17,28% поступлений (14 чел.); с аффективно-бредовой симптоматикой – в 13,58% случаев (11 чел.); с неврозоподобными, психопатоподобными, а также сенесто-ипохондрическими явлениями, резистентными к предшествующему лечению – в 11,11% (9 поступлений); в шести случаях (7,41%) – с выраженными симптомами нейролепсии без продуктивной психопатологической симптоматики после стационарного или полустационарного лечения; дважды поступал больной с бредовой деперсонализацией (2,47%); при остальных девяти поступлениях (11,11%) продуктивная симптоматика определялась большей долей полиморфизма, когда наряду с наличием чувственного бреда наблюдались слабо систематизированные бредовые идеи, аффективная неустойчивость, слуховые обманы восприятия, психические автоматизмы, парафренические включения.

Средняя дозировка нейролептиков (в хлорпромазиновом эквиваленте), назначаемых в ОИОПП при лечении пациентов шизофренического спектра,

составляла  $499,31 \pm 331,56$  единицы (на момент выписки из отделения). При этом дозировки типичных нейролептиков составили  $260,27 \pm 270,08$ , атипичных антипсихотиков –  $239,04 \pm 218,14$  единиц в среднем на пациента ( $p=0,52$ ). На старте терапии, особенно у пациентов с кататоническими включениями, широко использовались инъекции высокопотентных нейролептиков, таких как галоперидол и зуклопентиксол-акуфаз, а использование инъекций пролонгированных форм препаратов (в 50,62% поступлений) дополнительно обеспечивало непрерывность терапии, способствовало удержанию некомплаентных больных во внебольничных условиях.

После купирования остроты продуктивной психопатологической симптоматики становился возможным осмотр пациента психотерапевтом, психологом, специалистом по социальной работе или социальным работником с определением плана индивидуальных лечебно-реабилитационных мероприятий. В течение первых 3–5 дней пребывания в отделении пациент осматривался врачом-психиатром ежедневно (при потребности – на дому). В дальнейшем частота осмотров врачом, посещений больным отделения в диспансере, частота посещений членами бригады на дому изменялась с учетом остроты состояния, комплаентности больного, приверженности к терапии, особенностей микросоциального окружения, наличия контроля за терапией со стороны родственников.

Всем пациентам и их родственникам оказывалась эмоциональная поддержка с целью снижения общего уровня напряжения, связанного с обострением состояния больного. Разъяснялись цели терапии, применяемые подходы, предстоящая длительность лечения и ожидаемые результаты.

Проводились индивидуальные консультации лечащим врачом, психотерапевтом, специалистом по социальной работе (или социальным работником) для родственников по семейным проблемам психически больного. Осуществлялась индивидуальная работа с больным с целью установления партнерских отношений между врачом и пациентом, мотивирования на регулярный прием фармакотерапии, объяснялась необходимость посещений групповых психосоциальных занятий. При наличии показаний проводилась семейная работа, работа по восстановлению навыков независимого проживания, терапия поддержкой, направленная на решение социальных задач, возникающих перед больными и их родственниками в связи с психическим расстройством.

Тем не менее, в первую неделю лечения 10 больных шизофренией выбыли из отделения. Из них двое пациентов – ввиду острого состояния были госпитализированы в психиатрический стационар, двое больных (поступавшие на долечивание) – вышли на работу, одна больная отказалась от лечения в отделении, остальные (5 чел.) – были выписаны из отде-

ления ввиду нарушения режима терапии (возобновления употребления алкоголя).

Уже в период лечения в ОИОПП после купирования подострого психотического состояния больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра включались в групповую психосоциальную работу по психообразовательной методике с элементами проблемно-решающих техник. Не включались в группу больные на высоте психотических расстройств, с выраженной тревожностью, расторможенностью, неспособностью контролировать поведение [12]; пациенты, получающие лечение на дому; больные, категорически отказавшиеся от участия в группе, а также пациенты, срок предполагаемой выписки которых из отделения не позволял им закончить полный цикл групповых занятий. Указанной групповой психообразовательной программой [12, 13], адаптированной (с учетом средней длительности лечения в отделении, немногим превышающей 30 дней) до 5–6 занятий, было охвачено 43,83% больных (32 чел.). Пациенты объединялись в закрытые группы с фиксированной датой начала и окончания курса и ограниченным числом участников от 6 до 8 человек, с которыми в течение 3–4 недель с частотой 1–2 раза в неделю проводились занятия основного цикла, с продолжительностью каждого занятия до 45 минут.

После выписки из отделения пациенты получали лечение амбулаторно, хотя некоторые больные после купирования подострого состояния переводились в дневной стационар (ДС) или в медико-реабилитационное отделение (МРО) для продолжения биологической и психосоциальной терапии (17 чел. или 23,29%), двое больных были стационарированы в психиатрическую больницу в первые дни после направления в ОИОПП ввиду остроты расстройства.

Катамнестический период был индивидуален для каждого больного, поступавшего в ОИОПП в 2013 году. Катамнез отсчитывался от момента выписки из отделения (в случае повторного поступления – учитывалась дата первой выписки) и составлял период не менее 50 дней. Для пациентов общей выборки ( $n=73$ , включая 10 больных с длительностью лечения в ОИОПП менее недели) период катамнестического наблюдения составлял в среднем  $122,93 \pm 71,64$  дня.

Статистическая обработка результатов осуществлялась при помощи пакета компьютерных программ Statistica 12 Trial. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента.

### Результаты исследования

Проведен анализ клинических данных и основных показателей социального статуса и функционирования всех больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, поступивших в ОИОПП в первое полугодие после его открытия. Был выявлен ряд различий при сопоставлении клинико-социальных характеристик указанных паци-

ентов (поступавших в ОИОПП в 2013 г.) с большими шизофренией и расстройствами шизофренического спектра дневного стационара (использовались данные анализа контингента дневного стационара (ДС) ПНД №14 г.Москвы за 2005 г.) [16].

Несмотря на схожий средний возраст ( $43,30 \pm 15,64$  года в ОИОПП и  $44,10 \pm 12,86$  в ДС) и долю пациентов, имевших инвалидность в связи с психическим расстройством (74,0% в ОИОПП против 71,04% в ДС), пациенты ОИОПП отличались более тяжелым течением заболевания и худшими показателями социального статуса и функционирования (табл. 1). В частности, отмечена большая доля пациентов ОИОПП с непрерывным течением (41,10% общей выборки против 20,0% в ДС,  $p \leq 0,001$ ) и соответственно меньшей частью больных с эпизодическим течением параноидной шизофрении (30,13% и 60,69% соответственно,  $p \leq 0,001$ ). Длительность заболевания пациентов ОИОПП была значительной и практически в 80% превышала 10 лет. Контингент ОИОПП отличался большей долей больных с эпизодическим приемом терапии до поступления в отделение (89,04% против 53,10% в ДС ПНД №14,  $p \leq 0,001$ ).

По социальным характеристикам пациенты ОИОПП с большей вероятностью имели дефицит навыков самообслуживания (72,60% и 51,72%,

$p \leq 0,01$ ), а также конфликтные отношения с родственниками (64,38% и 38,62%,  $p \leq 0,001$ ). При этом большинство больных ОИОПП (60,27%) никогда не вступали в брак, тогда как в дневном стационаре никогда не имели супруга 44,83% ( $p \leq 0,05$ ). Лишь 16,43% больных ОИОПП на момент исследования состояли в браке (12 чел.). Остальные были или в разводе (12 чел, 16,43%), или овдовевшими (5 чел., 6,85%). В большинстве случаев (86,30%;  $p < 0,001$ ) больные ОИОПП проживали с близкими, хотя 10 пациентов (13,70%) жили одни, в том числе двое (2,74%) были одиноки, не имели близких родственников. Значимо меньшая доля больных ОИОПП в сравнении с больными ДС имели высшее образование (20,55% и 39,31% соответственно,  $p \leq 0,01$ ).

Различия прослеживались и в приверженности использования того или иного звена психиатрической помощи, частоты поступлений в психиатрический стационар и полустационар. Пациенты ОИОПП за предшествующий исследованию пятилетний период чаще (в сравнении с контингентом дневного стационара) поступали в психиатрические больницы (ПБ). Так, 5 и более раз за 5 лет поступали в ПБ 45,21% изучаемого контингента ОИОПП, тогда как в дневном стационаре данная частота наблюдалась лишь в 8,27 % случаев ( $p \leq 0,001$ ). Соответственно вовсе не поступали в больницу лишь

Таблица 1

**Основные клинические и социальные характеристики пациентов (F20–29) ОИОПП и дневного стационара**

Показатель	Число больных (абс./ %)	
	ОИОПП (филиал №1 ПКБ №3), n=73	Дневной стационар ПНД №14 (2005 год), n=145
Шизофрения	61/83,56	125/86,21
в том числе:		
параноидная, непрерывное течение	30/41,10	29/20,0***
параноидная, эпизодическое течение	22/30,13	88/60,69***
параноидная, наблюдение менее года	2/2,74	0/0*
кататоническая	1/1,37	0/0
недифференцированная	2/2,74	5/3,45
другие формы	4/5,48	3/ 2,07
Шизотипическое расстройство	6/8,22	16/11,03
Шизоаффективное расстройство	4/5,48	4/2,76
Острое полиморфное психотическое расстройство	2/2,74	0/0*
Длительность заболевания:		
до 5 лет	5/6,85	20/13,79
5–10 лет	11/15,07	18/12,41
10–15 лет	23/31,51	29/20,0
Свыше 15 лет	34/46,57	78/53,79
Прием терапии в амбулаторных условиях:		
Регулярный	8/10,96	68/46,90***
Эпизодический или отказ	65/89,04	77/53,10***
Трудовой статус:		
Инвалидность по психическому расстройству	54/74,0	103/71,04
Инвалидность в связи соматической патологией	2/2,74	3/2,07
Не работали, не имея пенсии и группы инвалидности	11/15,07	12/8,27
Пенсионер по возрасту	0/0	6/4,14
Работали или учились	6/8,22	21/14,48
Дефицит навыков самообслуживания	53/ 72,60	75/51,72**
Состоят в браке на момент обследования	12/16,43	43/29,65*
Конфликтные отношения с родственниками	47/64,38	56/38,62***

Примечания: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* –  $p \leq 0,001$ .

10,96% больных ОИОПП против 46,90% дневного стационара ( $p \leq 0,001$ ). Еще 13% больных ОИОПП в указанный период поступали в стационар 3–4 раза, менее трети больных (30,13%) имели единичные стационарирования (1–2 раза за 5 лет).

Ряд пациентов (15,07%) на момент нахождения в ОИОПП нуждались в социально-правовой помощи и поддержке (взаимодействие с социальными юридическими службами, преступления против пациента, оформление пенсий, пособий, помощь в решении жилищных вопросов и прочее).

То есть, в диспансере (на примере филиала №1 ПКБ №3) сформировалась особая группа больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, которая до открытия ОИОПП ввиду тяжести заболевания, клинко-социальных особенностей преимущественно получала помощь в условиях круглосуточного стационара. Лишь четверть (23,28%) от указанных больных ОИОПП хотя бы однократно лечились в дневном стационаре диспансера за предшествующий исследованию пятилетний период.

Таким образом, выявленные клинко-социальные особенности больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра ОИОПП указывают на необходимость при оказании им психиатрической помощи широкого внедрения психосоциальных вмешательств (как неотъемлемой части психиатрического лечения) уже в период лечения пациентов в ОИОПП.

Помимо медикаментозного лечения больные включались в программу психосоциальной терапии, учитывающую наиболее специфические для изучаемого контингента проблемы: дефицит комплаенса, когда для 90% больных было характерно нарушение режима приема лекарств, отсутствие сотрудничества с лечащим врачом, несвоевременное обращение за помощью; неблагоприятное протекание психического расстройства (непрерывный тип течения, частые госпитализации); особенности микросоциального окружения и межличностного взаимодействия, в частности, конфликтные отношения с близкими, невозмож-

ность установить брачные отношения; дефицит навыков самообслуживания и независимого проживания; значительные профессиональные потери (с преобладанием в выборке инвалидов по психическому расстройству); нерешенные социально-правовые вопросы.

Таким образом, основными направлениями психосоциального вмешательства в условиях ОИОПП становятся: групповая и индивидуальная психосоциальная работа по психообразовательной методике; обучение совладанию с остаточными болезненными проявлениями; тренинг коммуникативных навыков; гармонизация отношений с близкими и семейное вмешательство; тренинг навыков независимого проживания; помощь в подборе места учебы или трудоустройства; помощь в решении социально-правовых проблем.

### Эффективность комплексного вмешательства

Критерием эффективности использованного подхода оказания комплексной помощи пациентам с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в ОИОПП явилась динамика уровня госпитализаций в психиатрический стационар до и после лечения в отделении.

За период катamnестического наблюдения (в среднем  $122,93 \pm 71,64$  дня после выписки из ОИОПП) изучаемые больные поступали в психиатрический стационар 15 раз (в среднем  $0,21 \pm 0,50$  поступлений на больного). При этом за аналогичный период (симметричный катamnезу для каждого больного) до поступления в ОИОПП (в среднем указанные  $122,93 \pm 71,64$  дня) данные больные госпитализировались в психиатрическую больницу 44 раза или в среднем  $0,60 \pm 0,78$  (табл. 2). Таким образом, число госпитализаций в краткосрочном катamnезе уменьшилось практически в 3 раза ( $p \leq 0,001$ ).

Схожие данные были получены и при анализе динамики длительности стационарного лечения до и после вмешательства (табл. 2). Если до поступления в ОИОПП (за симметричный катamnезу период) изучаемые пациенты ( $n=73$ ) суммарно провели в больнице 1 424 дня или  $19,51 \pm 26,71$  дней в среднем

Таблица 2

**Динамика числа поступлений и продолжительности терапии в различных звеньях оказания психиатрической помощи до и после лечения в ОИОПП**

Показатель	Исходный уровень (за $122,93 \pm 71,64$ дня до поступления в ОИОПП)	Катamnез ( $122,93 \pm 71,64$ дня после выписки из ОИОПП)
Число поступлений в ПБ (суммарно)	44	15***
Среднее число госпитализаций	$0,60 \pm 0,78$	$0,22 \pm 0,53$ ***
Суммарная длительность госпитализаций (в днях)	1424	493***
Средняя длительность госпитализаций (в днях)	$19,51 \pm 26,71$	$6,75 \pm 17,19$ ***
Среднее число поступлений в полустационарные подразделения ПНД (ДС, МРО, ОИОПП)	$0,15 \pm 0,40$	$0,48 \pm 0,63$ ***
Средняя длительность лечения в полустационарных условиях (в днях)	$7,74 \pm 22,19$	$20,53 \pm 30,36$ **

Примечания: \*\* – при  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* – при  $p \leq 0,001$ .

на больного, то после выписки из отделения этот показатель снизился до 493-х дней или  $6,75 \pm 17,19$  дней в среднем на больного ( $p \leq 0,001$ ). Суммарная продолжительность лечения в стационаре снизилась более чем в 3 раза.

На фоне сокращения числа и длительности госпитализаций в психиатрический стационар пациенты ОИОПП стали больше использовать полустационарные звенья оказания психиатрической помощи (табл. 2). В период катамнеза больные стали чаще поступать в условия дневного стационара (ДС, МРО, ОИОПП),  $p \leq 0,001$ . Соответственно увеличилась и средняя длительность лечения в полустационарных условиях ( $p \leq 0,01$ ).

Если до поступления в отделение больные преимущественно получали терапию в круглосуточном стационаре (среднее число поступлений в больницу на пациента составляло  $0,60 \pm 0,78$  раз против  $0,15 \pm 0,40$  поступлений в условия дневного стационара,  $p \leq 0,001$ ), то в катамнестический период больные с наибольшей вероятностью лечились в полустационарных подразделениях ( $0,22 \pm 0,53$  госпитализаций в ПБ против  $0,48 \pm 0,63$  – в условия полустационара,  $p \leq 0,01$ ).

То же касалось и регулярности приема терапии до и после лечения в ОИОПП. Если до поступления

в отделение нарушали режим лечения, эпизодически принимали препараты, пропускали инъекции пролонгированных нейролептиков 89,04% или 65 больных, то после выписки из ОИОПП в катамнестический период нерегулярное лечение было отмечено лишь в 30,14% случаев или у 22 пациентов ( $p \leq 0,001$ ). То есть число нарушающих режим терапии больных сократилось практически в 3 раза.

Важно отметить, что в период лечения в ОИОПП трудоустроились и удерживались на работе на протяжении катамнеза двое больных, а еще 6 человек продолжали трудиться в прежних должностях.

Таким образом, применение комплексного полипрофессионального подхода в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи позволяет осуществлять лечение во внебольничных условиях (в том числе, на дому у больного) наиболее тяжелого контингента психически больных с обострением симптоматики, требующей активизации терапии, при отсутствии показаний к обязательной госпитализации в психиатрический стационар. Данный подход, являясь альтернативой стационарному лечению, позволяет улучшить социальное функционирование больных, показатели соблюдения режима терапии, сократить число и длительность последующих госпитализаций.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. 572 с.
2. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. (ред.). Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: Медпрактика-М., 2007. 356 с.
3. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012, т.22, №1. С. 5-19.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. М.: ИД Медпрактика-М. 2004. 492 с.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Уткин А.А., Степанова О.Н., Шеллер А.Д., Турушева Н.Б. Организация отделения интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе: содержание психиатрической помощи и ее эффективность. // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. / Под ред. проф. И.Я.Гуровича, проф. О.Г.Ньюфельдта. Медпрактика-М., 2007. С. 204-216.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М., 2012. 544 с.
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. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 23 с.
9. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб., 1998. 256 с.
10. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В., Фурсов Б.Б., Зайцева Ю.С., Голланд Э.В. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2013, т.23, №3. С.5-13.
11. Приказ от 17 мая 2012 года. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. 58 с.
12. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Семенова Н.Д., Архипова Е.Л. Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками. // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2002. С. 76-97.
13. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных. // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 4. С. 30–39.
14. 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.
15. 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.
16. Шендеров К.В. Клинико-социальные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера // Диссертация... канд. мед. наук. М., 2011. 197 с.
17. Ястребов В.С. Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы. // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т.8, №2. С. 63-67.
18. Ястребов В.С., Зозуля Т.В., Степанова А.Ф. Роль и место социотерапевтической помощи в современной внебольничной психиатрической службе. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2001. Т. 101, №8. С. 50-53.
19. Briscoe J., McCabe R., Priebe S., Kallert T. A national survey of psychiatric day hospitals. / *Psychiatric Bulletin*. 2004. Vol. 28. P. 160-163.
20. Geller Jeffrey L. The Last Half-Century of Psychiatric Services. / *American Psychiatric Association*. 2000. Vol. 51. P. 41-67.
21. 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.
22. Marshall M. Acute psychiatric day hospitals. // *British Medical Journal*. 2003. Vol. 327. P. 116-117.
23. Priebe S., Gemma J., McCabe R., Briscoe J., Wright D., Slead M. and Beecham J. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: Randomised controlled trial. // *The British Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 188. P.243 - 249.
24. Roberts E., Coming Y., Nelson K. A review of economic evaluations of community mental health care // *Med. Care Res. Rev*. 2005. Vol. 62, N 5. P. 503–543.
25. Thornicroft G., Bebbington P. Deinstitutionalisation. From hospital closure to service development. // *British Journal of Psychiatry*. 1989. Vol. 155. P. 739-753.

## ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

**К.В. Шендеров, Н.Г. Шашкова, А.О. Лапшин**

Проведен анализ поступлений в отделение интенсивного оказания психиатрической помощи. На примере больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра выявлены основные мишени для комплексной (фармакологической и психосоциальной) терапии. Наиболее специфическими для изучаемого контингента являются проблемы комплаенса, неблагоприятно протекающие психические расстройства, конфликтные отношения с близкими, дефицит навыков самообслуживания и независимого проживания, социальные потери, нерешенные социально-правовые вопросы.

Показано, что применение комплексного полипрофессионального подхода в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи

позволяет осуществлять лечение во внебольничных условиях (в том числе, на дому у больного) наиболее тяжелого контингента психически больных с обострением симптоматики, требующей активизации терапии, при отсутствии показаний к обязательной госпитализации в психиатрический стационар. Данный подход является альтернативой стационарному лечению, позволяет улучшить социальное функционирование больных, показатели соблюдения режима терапии, сократить число и длительность последующих госпитализаций.

**Ключевые слова:** внебольничная психиатрия, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, шизофрения, комплексное полипрофессиональное лечение, психосоциальная терапия.

## INTENSIVE PSYCHIATRIC CARE UNIT: CHARACTERISTICS OF PATIENTS AND EVALUATION OF INTEGRAL TREATMENT EFFICACY

**K.V. Shenderov, N.G. Shashkova, A.O. Lapshin**

The authors analyze admission parameters in an intensive psychiatric care unit. Using patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders as an example, they point out the targets for integral (pharmacological and psychosocial) treatment. Among specific problems in this group, the authors mention compliance, unfavourable course of mental disease, conflicts with partners and family members, lack of self-care skills and skills for independent living, social isolation and unresolved sociolegal issues.

The authors show that integral multidisciplinary approach in intensive psychiatric care unit provides the conditions for extramural treatment

(also, at patient's home) for most severe psychiatric patients experiencing the exacerbation of symptoms that require a more active treatment, in the absence of indications for obligatory psychiatric hospitalization. This approach appears to be an alternative to in-patients treatment: it contributes to improvement of patients' social functioning and decrease of subsequent hospitalizations as well as shorter duration of admission.

**Key words:** extramural psychiatry, intensive psychiatric care unit, schizophrenia, integral multidisciplinary treatment, psychosocial treatment.

---

**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

**Шашкова Нина Геннадьевна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: ngshashkova@gmail.com

**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