

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК МЕДИЦИНСКИЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ БОЛЕЗНИ

М.П. Довляшевич, Е.М. Тищенко

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

**Введение.** Психическое благополучие по определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) является важнейшей составной понятию здоровья [1].

Показатели заболеваемости психическими расстройствами в Республике Беларусь за последние пять лет остались прежними и на конец 2010 на диспансерном учете в лечебно–профилактических организациях также находился 3,1% населения страны. Произошел прирост заболеваемости алкоголизмом, алкогольным психозом, наркоманией и токсикоманией и составил 2% [2].

В нашей стране в течение последних десятилетий происходит реформирование психиатрической службы с переходом к биопсихосоциальной модели оказания помощи, а также деинституционализация со сдвигом акцента оказания психиатрической помощи с госпитального на внебольничное звено. [3].

В нашей стране ведущим звеном оказания лечебно–профилактической помощи психоневрологическим больным является психоневрологический диспансер. Согласно статистическим данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, на конец 2010 г. было зарегистрировано 1079,0 больных с психическими расстройствами, состоящими на диспансерном учете в лечебно–профилактических организациях в расчете на 100 тыс. населения (в 2005 г. – 1236,5 на 100 тыс. населения). Перспективным направлением оказания помощи является консультативная психиатрическая помощь (без постановки больного на учет в ПНД). В основе наркологической службы – наркологический диспансер, где ведущей фигурой является психиатр–нарколог. На конец 2010 г. в наркологических диспансерах и кабинетах Республики Беларусь состояло на учете в расчете на 100 тыс. населения 1937,2 больных (в 2005 г. – 1 803,3 на 100 тыс. населения) и 98,3 потребителей наркотиков и токсикоманических средств (в 2005 г. – 69,1 на 100 тыс. населения). С 2005 по 2010 годы число наркологических коек для взрослого населения в РБ увеличилось с 1477 до 1770, т.е. на 19,8%. Такое увеличение численности коечного фонда вызвало и увеличение обеспеченности населения Гродненской области наркологическими койками: с 135 коек в 2005 году до 166 в 2010 году (на 22,9%) [2,4].

Важным и перспективным направлением является создание в рамках общегосударственной системы психиатрической помощи не только региональных и ведомственных служб [5–7,8], но и государственных программ защиты психического здоровья. Таким образом, анализ литературных источников подтверждает актуальность выбранного направления исследования.

**Материалы и методы исследования.** Базовой территорией, на которой проводилось настоящее исследование являлась Гродненская область. Среднегодовая численность населения Гродненской области за 2010 год составила 1068658 человек. Современные тенденции основных демографических процессов (рост смертности, низкий уровень средней продолжительности жизни, постарение населения, интенсификация миграционных потоков) типичны для большинства административно–территориальных образований Республики Беларусь.

Комплексный характер работы определил методы исследования (исторический, статистический, экономический).

Психиатрическая служба Гродненской области в 2010 году была представлена 4 психиатрическими больницами, 1 психосоматическим отделением в структуре многопрофильного стационара, 1 психоневрологическим отделением в структуре центральной районной больницы; амбулаторно–поликлиническую помощь лицам с психическими расстройствами оказывают 2 психоневрологических диспансера. Обеспеченность больничными койками психиатрического профиля составляла 9,6 и наркологического – 1,6 на 10 тыс. населения, врачами–психиатрами–наркологами – 1,5 на 10 тыс. населения.

Объектом исследования были пациенты с психическими и поведенческими расстройствами, которые госпитализировались в течение 2010 года в стационар Гродненской области УЗ «Областная психоневрологическая больница «Островля», рассчитанный на 436 коек.

В основу настоящего исследования был положен многоэтапный принцип сбора, статистической

обработки и анализа полученной информации. Изучены: порядок госпитализации, особенности социального функционирования и качества жизни больных с психическими и поведенческими расстройствами, а также произведена оценка результатов проводимой терапии.

Исследуемая группа была представлена 5110 пациентами, их них 62,5% горожан и 37,5% сельских жителей и составила 1894 женщин (37,1%) и 3216 мужчин (62,9%, соотношение 1:1,7). Госпитализировались лица преимущественно трудоспособного возраста: 0–19 лет – 116 (2,3%); 20–39 лет – 1762 (34,5%); 40–59 лет – 2277 (44,5%); 60 и более лет – 955 (18,7%).

**Результаты и их обсуждение.** Эффективность использования коечного фонда стационара характеризуется следующими основными показателями: оборот больничной койки, среднегодовая занятость койки, среднее время простоя коек, выполнение плана койко–дней по стационару, средняя длительность пребывания больного в стационаре.

В связи с чем, нами был проведен анализ коечного фонда областного психиатрического стационара 2010 год. В структуре данного учреждения имеется десять отделений психиатрического, наркологического, неврологического профиля. Среднегодовое число коек в больнице составило 436. Стационаром выделено 90 психиатрических мужских и женских коек, имеется одно смешанное психиатрическое отделение на 40 койко–мест. Для пациентов, страдающих зависимостями, развернуты реабилитационные отделения и отделения смешанного типа, рассчитанные на 38 и 30 коек, соответственно. 88 неврологических коек равномерно размещено в реабилитационном и неврологическом отделениях. Из числа пользовавшихся больных большая часть пациентов приходилась на общепсихиатрические – 43% (3434); 31% (2470) – неврологические и 26% (1995) – на наркологические отделения. Всего в отчетном году прибыло 7900 человек.

В течение года в учреждении было зарегистрировано 1003 (12,7%) повторных поступления. Из них в стационарах психиатрического профиля указанный показатель имел самые высокие значения – 560 (16,3%), для наркологического профиля – 327 (16,3%) и, неврологического – 116 (4,7%).

Средняя длительность госпитализации по больнице составила 19,4 дня. На более продолжительный срок госпитализировались пациенты, преимущественно с психическими расстройствами – 27,3 дней; получающие наркологическую помощь – 14 дней и неврологические пациенты – 12,5 дней.

Показатель оборота койки зависит от длительности госпитализации, что, в свою очередь, определяется характером и течением заболевания. В то же время уменьшение сроков пребывания больного на койке и, следовательно, увеличение оборота койки во многом зависят от качества диагностики, своевременности госпитализации, ухода и лечения в больнице. Значения данного показателя различны в зависимости от профиля отделения: неврологическое – 28; наркологическое – 24,9; психиатрическое – 12,8 пациентов на койку.

Среднегодовая занятость койки используется при определении расчетной стоимости одного койко–дня. В зависимости от профиля отделений расчетная стоимость одного койко–дня в условиях стационара составила: наибольшие расходы приходились на наркологическое отделение – 57934 руб.; психиатрическое – 52102 руб.; неврологическое – 50321 руб. Средняя занятость койки (в днях) в психиатрическом профиле отделений – 350,4; наркологическом – 351 и неврологическом – 352.

Важным показателем деятельности стационара является больничная летальность. Следует подчеркнуть, что на уровень данного показателя в психиатрических больницах существенное влияние оказывает не столько качество лечения, сколько тяжесть психического расстройства и сопутствующая соматическая патология, а также возраст больных. За период 2010 года летальность в указанной организации здравоохранения составила 0,13%. Наиболее высокий уровень данного показателя был зарегистрирован в психиатрических отделениях – 0,26%, в наркологических – 0,16%. В условиях неврологических отделений случаев летального исхода зафиксировано не было.

В структуре причин госпитализации первое место занимают психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ (50,6%); второе – органические, включая симптоматические, психические расстройства (22,4%); третье место – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (14%). Большинство госпитализированных составляли лица трудоспособного возраста 40–59 лет – 2277 (44,5%). Гендерное соотношение получено следующее: 1894 женщин (37,1%) и 3216 мужчин (62,9%, 1:1,7). Удельный вес госпитализированных горожан (62,5%) преобладает над таковыми у сельских жителей (37,5%). Три из пяти (57%) стационарных больных госпитализировались повторно (рис. 5), при этом два из трёх (68%) пациентов поступали повторно в данный стационар (рис. 6) и были направлены УЗ «Лидский городской психоневрологический диспансер» (58%). Средняя длительность госпитализации составила 22,2±0,5 дней (рис. 8). В абсо-

лютом большинстве (99,9%) пациенты госпитализировались добровольно с целью лечения (98,5%). Преимущественно больные поступали из дома (90,5%), (рис. 10), с целью лечения (98,5%). У 5,3% находившихся на лечении были зарегистрированы парасуициды в анамнезе и небольшого количества лиц диагностировались сопутствующие психические расстройства (7,6%). Однако сопутствующая соматическая патология встречалась гораздо чаще (60,3%), среди которой наиболее часто встречающейся являются: болезни системы кровообращения (44,5%), нервной системы (18,2%), болезни органов дыхания (11,8%), (рис. 13). Выписывались пациенты из стационара, в основном, с улучшением (96,3%), без ограничения трудоспособности (61,3%), и отсутствием инвалидизации (77,9%). Доля лиц, выбывших домой, среди госпитализированных была значительной (89,5%).

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (50,6%) являются основной причиной госпитализации. Среди госпитализированных преобладали лица мужского пола (82%), трудоспособного возраста 40–59 лет (50%), проживающих в городе (62,5%). У большинства пациентов (98,5%) был диагностирован синдром зависимости от алкоголя. Подавляющее большинство больных (55%) госпитализировались повторно и почти 66% пациентов повторно поступили в данный стационар. Средняя длительность госпитализации составила 14 дней. 99% направлений в стационар были связаны с необходимостью лечения. Почти половина больных были направлены психдиспансером (47%) в добровольном порядке (99,9%) и поступили из дома (94%). У 6% находившихся на лечении были зарегистрированы парасуициды в анамнезе. Кроме того, в 58% случаев была диагностирована сопутствующая соматическая патология и лишь у 5% пациентов – сопутствующие психические заболевания. Основная доля пациентов из стационара выписывалась домой (96%) с улучшением (99%). У каждого десятого пациента при выписке была нарушена трудоспособность (9%) и 2,5% больных имели группу инвалидности.

Органические, включая симптоматические психические расстройства в структуре поступлений в стационар занимают второе место (22,4%). Выборка составила 1143 человека (477 мужчин и 666 женщин), преимущественного возраста 60 и более лет (54,4%) и проживающих в городе (60,8%). Подавляющее большинство больных (59%) лечилось в стационаре неоднократно. Два из трех (70%) пациентов повторно поступили в данный стационар. Средняя длительность госпитализации составила  $30 \pm 0,5$  дней. Основной причиной госпитализации (97%) являлось обострение симптоматики, необходимость долечивания или подбор схемы терапии, требующей ежедневного наблюдения за пациентом. При этом в 99,8% случаев госпитализация была добровольной. Из всех лечившихся стационарно 61,2% пациентов поступили по направлению психиатрического диспансера, 9,4% – доставлены скорой психиатрической помощью, 8% – самостоятельно, 1,1% – направлены психотерапевтом, 0,3% – по решению суда и 20% – прочими путями. У 3,2% находившихся на лечении были зарегистрированы парасуициды в анамнезе. Кроме того, в 82% случаев была диагностирована сопутствующая соматическая патология, среди которой наиболее часто встречались болезни системы кровообращения (48,9%), нервной системы (20%), болезни органов дыхания (5,3%). Сопутствующие психические заболевания были зарегистрированы только у 13% пациентов. Выписывались пациенты из стационара, в основном, с улучшением (87,2%), и отсутствием инвалидизации (67%). У 42,1% больных трудоспособность при выписке была ограничена вследствие психического заболевания. 81,5% лиц выписывались из стационара домой.

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства занимают третье место в структуре госпитализации. Больше всего поступило лиц в возрастной группе 40–59 лет (54,8%). В гендерном аспекте соотношение больных шизофренией составило 1:1 (47,8% мужчин и 52,2% женщин). Два из трёх (64,8%) больных шизофренией проживали в городе. 67,5% пациентов были госпитализированы повторно, причем 88,6% – повторно в данный стационар и направлены УЗ «Лидский городской психоневрологический диспансер» (70%) с целью – лечение (98,9%). Средняя длительность госпитализации составила  $39,9 \pm 0,5$  дней. В основном (80%) больные поступали из дома. У половины пациентов, находившихся на лечении в стационаре лиц была диагностирована сопутствующая соматическая патология (52%), а именно: болезни системы кровообращения (51%), органов дыхания (20%), болезни мочеполовой системы (12,7%). Сопутствующие психические заболевания встречались лишь в 2,8% случаев, имели парасуицид в анамнезе 5,2% пациентов. Большинство госпитализированных (78,2%) выписывались домой с улучшением (98,7%). При выписке трудоспособность без ограничений регистрировалась у одного из пяти (18,5%), а стойко утрачена – у четырех из пяти больных (81%). Отсутствие инвалидизации было установлено у 22,6% госпитализированных, преимущественно регистрировалась вторая группа инвалидности – у 70,8% пациентов.

Осуществлен сравнительный анализ трех групп психических расстройств, составивших наибольшую долю в структуре госпитализации (F0, F1 и F2) по 4-м признакам. Признак «возраст» – сравнение проводилось непараметрическими методами дисперсионного анализа (ANOVA) Краскела–Уоллиса с последующим апостериорным сравнением средних рангов независимых групп. Выявлены значимые различия между группами F2–F0, F0–F1. Для пациентов с расстройствами шифра F0 наиболее характерным является возрастная категория 60 лет и более; F1 и F2 – 40–59 лет. Признаки «пол», «место жительства», «исход заболевания» анализировались с помощью критерия соответствия хи–квадрат. Согласно критерию хи–квадрат при заданном 5% уровне значимости статистически значимы различные группы. По «месту жительства» статистически значимых различий не выявлено: среди госпитализированных превалирует городское население ( $p>0,05$ ). По «полу» – различны следующие группы: сравнение групп F2 и F0 не выявило различий ( $p>0,05$ ); различны группы F2 и F1 ( $p<0,05$ ); F0 и F1 ( $p<0,05$ ). Соответственно расстройству класса F0 и F2 встречаются чаще у лиц женского пола, в отличие от заболеваний с шифром F1, которые являются прерогативой лиц мужского пола. По «исходу заболевания» статистически значимых различий не выявлено. Все пациенты выписывались из психиатрического стационара с улучшением ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, в структуре причин госпитализации первое место занимают психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ. Большинство госпитализированных составляли мужчины трудоспособного возраста. Исключение – лица с расстройствами класса F0, который составили женщины в возрасте 60 и более лет. И расстройства класса F2 встречаются чаще у лиц женского пола. Показатели распространенности психических расстройств горожан превалируют над таковыми у сельских жителей. Статистически значимых различий при сравнении наиболее часто встречающихся расстройств выявлено не было ( $p>0,05$ ). Значительная часть находящихся на стационарном лечении, была направлена психдиспансером с основной целью – лечение. Преимущественно в стационар пациенты поступали из дома. У трети пациентов встречалась сопутствующая соматическая патология. Выписывались пациенты из стационара, в основном, с улучшением, без ограничения трудоспособности и отсутствием инвалидизации. Доля лиц, выбывших домой, среди госпитализированных была значительной. Полученные результаты следует учитывать не только при организации стационарной помощи, но, прежде всего – в обеспечении психопрофилактического наблюдения в амбулаторных условиях. Результаты исследования могут быть использованы в учебном процессе на теоретических и клинических кафедрах медицинских вузов и представляют практическую значимость при дальнейшей научной работе с целью изучения и формирования организационной модели оказания психиатрической помощи.

### Литература

1. Брутланд Г.Х. Послание Генерального директора // Доклад Всемирной организации здравоохранения о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М., 2001. – С. 9–11.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. Стат. Сб. за 2010 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2011. – 308 с.: табл.
3. Рынков, П.В. Психиатрическая помощь в РБ / П.В. Рынков // Рецепт. – 2006. – №5. – С. 14–15, 149–159.
4. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2005 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2006. – 276 с.: табл.
5. Казаковцев, Б.А. Бригадные формы оказания психиатрической помощи в РФ / Б.А. Казаковцев, А.П. Паташева, А.П. Сиденкова // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 15–21.
6. Казаковцев, Б.А. Организационные и методические основы управления психиатрической службой / Б.А. Казаковцев // Психическое здоровье. – 2008. – № 2. – С. 16–27.
7. Казаковцев, Б.А. Организация психиатрической помощи в стационарных условиях / Б.А. Казаковцев // Психическое здоровье. – 2008. – № 10. – С. 3–25.
8. Шевченко, В.А. Клинико–социальные характеристики различных групп психических больных и особенности оказания им комплексной полипрофессиональной психиатрической помощи / В.А. Шевченко, А.Б. Шмуклер, Е.К. Гаврилова [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 5. – С. 70–74.