

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Направление «Медицина»

Кафедра психиатрии и наркологии

Допускается к защите

Заведующий кафедрой:

_____ д.м.н. Петрова Н.Н.

(подпись)

« » _____ 2017 г

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**НА ТЕМУ: КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОГО
ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ
УСЛОВИЯХ**

Выполнил студент 610 группы

Воробьев Юрий Игоревич

Научный руководитель

д.м.н, проф. Петрова Наталия Николаевна

Санкт-Петербург

2017

Список сокращений

ACT – assertive community treatment – программа активного общественного лечения

CM – case management – программа лечения в обществе

CMHC – community mental health care – общественно ориентированная психиатрическая помощь

C-SSRS - Columbia-Suicide Severity Rating Scale - Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальных наклонностей

GAF - Global Assessment of Functioning – оценочная шкала общего повседневного функционирования

ICM – intensive case management – программа интенсивного лечения в обществе

MADRS - Montgomery-Asberg Depression Scale - шкала оценки депрессии Монтгомери-Осберг

PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale – шкала оценки позитивных и негативных синдромов

PORT - Patient Outcomes Research Team – группа исследований исходов при шизофрении

АВП – антипсихотики второго поколения

АПД – антипсихотики пролонгированного действия

АПП – антипсихотики первого поколения

ДС – дневной стационар

ЗНС – злокачественный нейролептический синдром

КБТ – когнитивно-бихевиоральная терапия

МРО – медико-реабилитационное отделение

МСЭ – медико-социальная экспертиза

ОИОПП – отделение интенсивного оказания психиатрической помощи

ПНД – психоневрологический диспансер

ППП – программа преемственной помощи

ПС-психиатрический стационар

ХПЭ – хлорпромазиновый эквивалент

ЦНС – центральная нервная система

ЭПС – экстрапирамидные симптомы

Оглавление

Generating Table of Contents for Word Import ...

ВВЕДЕНИЕ

Одним из важных направлений реорганизации психиатрической службы в России является смещение акцента оказания психиатрической помощи во внебольничные условия, в условия естественного социального окружения [4,5]. В соответствии с мировым опытом лечения больных с психическими заболеваниями, [5] в России возрастает роль внебольничной общественно ориентированной психиатрии, а именно, полустационарной психиатрической службы [27]. Данное направление является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точек зрения, обладая рядом экономических преимуществ [4]. Исходя из этого, перед врачами-клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям и стандартам стационар-замещающих форм помощи в отношении пациентов, прежде всего страдающих расстройствами шизофренического спектра. Изучение проблематики за последние годы показали значительную клинико-социальную разнообразность групп психически больных, в частности, в отношении нуждаемости в психосоциальных лечебных мероприятиях [28]. К наиболее проблемным в этом отношении следует отнести одиноких, утративших социальные контакты больных, а также больных с проблемами семейных отношений, пациентов с трудоустройства и трудовой адаптации, а также инвалидов и больных с частыми и длительными госпитализациями [6]. Пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, занимают более 20% коечного фонда психиатрических стационаров, тем самым как бы блокируя их [5], потребляя непропорционально большую часть ресурсов психиатрической службы. Помимо проблем неэффективности использования коечного фонда, обусловленных наличием значительного числа больных, длительное время находящихся в стационарах, существует не менее важная проблема влияния длительной госпитализации на течение и прогноз заболевания у психически больных. Указанные факторы связаны со снижением уровня функциональных исходов и зачастую являются препятствием для социального восстановления пациентов. В связи с этим все более очевидным становится

необходимость активизации психосоциальных реабилитационных воздействий на всех этапах оказания психиатрической помощи и создания новых организационных форм для их осуществления. Сказанное подчеркивает то обстоятельство, что в связи со свертыванием лечебно-трудовых мастерских и специализированных цехов, психиатрия в настоящее время практически не располагает подразделениями для реабилитации психически больных.

На сегодняшний день также важна проблема оказания психиатрической помощи пациентам с первым эпизодом шизофрении [7]. Важность данной проблемы в научно-исследовательском плане дополняется ее актуальностью в клиничко-прогностическом отношении при условии раннего комплексного терапевтического вмешательства и дальнейшего ведения этих больных в наименее ограничительных условиях. Последнее предполагает значимый организационный аспект данной проблемы. В связи с этим в ряде стран специализированные программы и нормативы по оказанию помощи пациентам с первым эпизодом. Становится понятным, что качественная специализированная и мультибригадная помощь столь разнообразным в клиничко-прогностическом плане группам психически больным требует разработки инновационных форм психиатрического сервиса, которые могли бы быть интегрированы в существующие звенья амбулаторной и полустационарной психиатрических служб.

В России полустационарная помощь становится все более развитой и дифференцированной. Помимо дневных стационаров дальнейшее развитие должны получить клиники первого психотического эпизода, отделения интенсивного лечения в сообществе, медико-реабилитационные отделения (МРО). 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. 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. При этом контингент ОИОПП в психоневрологическом

диспансере (ПНД) остается недостаточно определен, а содержание деятельности отделения и его эффективность нуждаются в дополнительном изучении и аргументации [5,6,7,11,12,16].

Цель и задачи исследования

Цель работы: определить особенности контингента и проанализировать организационные и фармакотерапевтические условия отделения интенсивного оказания психиатрической помощи на примере больных шизофренией.

Задачи исследования:

1. Оценить длительность заболевания и временных интервалов от последней госпитализации в психиатрические стационары до направления в ОИОПП.
2. Оценить продолжительность лечения в условиях ОИОПП и уровень госпитализаций в ПС из отделения.
3. Составить и проанализировать группы маршрутизации по показаниям к направлению в ОИОПП
4. Оценить уровень полипрагмазии и проанализировать ее типы.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

Организация психиатрической помощи больным шизофренией

Шизофрения – одно из наиболее распространенных психических расстройств, характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторно-бредовой, кататонно-гебефренной, аффективной и др.) и негативной (апатия, абулия, алогия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления и др.) и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям.

На сегодняшний день существует 3 основных этапа оказания помощи больным шизофренией.

Первый этап – купирующая терапия, в задачу которой входит достижение терапевтического контроля и редукция тяжести психоза, коррекция нарушений поведения и сопутствующих симптомов (возбуждения, агрессии, суицидальных тенденций, кататонических и аффективных симптомов). Средняя продолжительность этапа 6-8 недель.

Второй этап – стабилизация. Основная цель заключается в продолжении эффективной антипсихотической терапии до достижения ремиссии с полной или значительной редукцией продуктивной симптоматики. Этап может продолжаться от 3 до 9 месяцев (в среднем около 6 месяцев) от начала острой фазы заболевания.

Третий этап - длительная амбулаторная или противорецидивной терапия. Основная задача, которой направлена на удержание стабильной ремиссии, предотвращение развития новых психотических эпизодов (приступов) и замедление темпа прогрессивности заболевания. Этап включает в себя сохранение достигнутой редукции позитивной симптоматики, влияние на негативные и когнитивные расстройства, обеспечение противорецидивного эффекта, а также поддержание высокого уровня социального функционирования пациента. Проведение 3 этапа рекомендуется не менее 1-2 лет. [19].

Осуществление такого этапного подхода достигается следующими условиями лечения:

- стационарное (в том числе недобровольная госпитализация в случаях, предусмотренных Законом о психиатрической помощи) - при выраженных психотических расстройствах и нарушениях поведения.

- полустационарное (дневной стационар) - при неразвернутом приступе, обострении процесса или при долечивании острого эпизода, когда сохраняется упорядоченное социально-приемлемое поведение.

- амбулаторное (медико-реабилитационные отделения) - лечение проводят при невыраженной психотической симптоматике, социально-упорядоченном поведении и отсутствии угрозы для жизни больного, и окружающих. [23].

1.2 Общемировые тенденции и пути совершенствования психиатрической помощи

На сегодняшний день имеются общие для многих экономически развитых стран Западной Европы и Северной Америки процессы масштабных реформ психиатрической помощи. Происходит деинституционализация с закрытием психиатрических больниц и возникновение альтернативных служб в обществе – общественно ориентированной психиатрии. Существует два основных направления реорганизации психиатрической помощи: 1) интеграция с общественной медициной и 2) развитие общественно ориентированной психиатрии. Последствия таких реформ привели к повсеместному сокращению числа психиатрических коек и частичная передача их в структуру больниц общего профиля [3]. К 2006 году последовательное сокращение коечного фонда психиатрических стационаров привело к следующим результатам. Обеспеченность психиатрическими койками на 100 тысяч населения составила в Австрии – 53.1, в Дании –

75,8, в Англии – 59,1, в Германии – 153,0, в Ирландии 79,9, в Италии – 16,5, в Нидерландах – 136,1, в Испании – 35,7, в Швейцарии – 105,5. [40-42].

1.2.1. Интеграция с общесоматической медициной

Одним из направлений интеграции с общей медициной является оказание психиатрической помощи в местах расположения других медицинских учреждений, в частности, стационарной – в психиатрических отделениях соматических больниц. Данное направление помогает также в преодолении стигматизации [37]. Отмечается также широкий охват пациентов, нуждающихся в психиатрической помощи. Так, например, в США в период с 1990 по 2003 год общий уровень использования психиатрической помощи вырос с 12% до 20% [44]. Основная нагрузка в диагностике и подборе лечения в большинстве таких случаев перекладывается на первичное звено (врачей общей практики), что в свою очередь может вызывать опасения, так как врач общей практики не всегда может воспользоваться полным арсеналом психофармакологических средств, доступных специалисту, а также есть вероятность пропустить редкие и тяжелые варианты психиатрической патологии [6].

1.2.2. Общественно ориентированная психиатрическая помощь

Для перехода модели психиатрической помощи на общественно ориентированную способствуют следующие факторы: 1) Негативное влияние на пациентов с психическими расстройствами длительного пребывания в институциональных условиях (социальная депривация). 2) Растущие запросы пациентов к возможности самостоятельного выбора и контроля лечебного процесса. 3) Нарушения международно принятых прав человека, зачастую происходящие в институциональных условиях. 4) Необходимость в привлечении общественных ресурсов на этапе социального восстановления в период реабилитации пациентов. Все эти факторы способствуют к пониманию о необходимости деинституализации, в результате которой происходит уменьшение числа психиатрических стационаров с круглосуточным пребыванием пациентов, снижение продолжительности пребывания больных (2-3 недели), выведение больных в условия более независимого существования в учреждениях резиденциального проживания с разной степенью активности медицинской и социальной или только социальной помощи, либо непосредственно в общество при развитии полустационарных и многообразных бригадных дневных медицинских, реабилитационных и социально-реабилитационных

программ, агентств, общественных организаций пациентов и их семей для оказания помощи в сообществе, в том числе на дому [6]. Благодаря многочисленным публикациям в работах, отвечающих всем стандартам проведения медицинских исследований, общественно ориентированная психиатрия является более эффективной формой организации по сравнению с госпитальной [44]. В 2001 году в докладе Всемирной организации здравоохранения рекомендуется развивать различные формы общественно ориентированной психиатрии (community mental health care – СМНС). В данной работе, авторы обращают внимание на комплексном подходе к лечению, включающем: активную социальную реабилитацию, широкое применение работы дневных стационаров и резиденциальных учреждений.

По многочисленным исследованиям, однако, экономическая составляющая таких форм (СМНС), не всегда является эффективной. Для полной оценки экономической эффективности таких программ, необходимо повышать уровень исследований за счет стандартизации методов [6].

Отдельно стоит рассмотреть программу активного, настойчивого лечения в сообществе АСТ – Assertive Community Treatment) для больных с тяжелыми психическими расстройствами. Такая программа была разработана в начале 1970-х, как альтернатива закрывающимся психиатрическим больницам. В задачи АСТ входит бригадный подход, нацеленный на полноценный контакт психиатрических служб с пациентами с целью уменьшения госпитализаций, улучшения исходов болезни, улучшения социального функционирования и качества жизни. По сравнению с больничным оказанием психиатрической помощи, пациенты в составе АСТ, больше оставались в контакте, меньше госпитализировались и более короткое время находились в больнице. Однако явных положительных тенденций по психическому и социальному функционированию не наблюдалось [6]. Такая организационная модель наиболее эффективна для предупреждения госпитализаций в острые отделения психиатрических учреждений [36].

Еще одна модель, такая как «кейс менеджмент» (СМ), стала использоваться с 1960 года, когда в условиях закрытия крупных психиатрических больниц лечение тяжелых психиатрических больных стало осуществляться во внебольничных клиниках, дневных центрах и центрах психического здоровья. Использование такой модели привело к увеличению числа больных, остающихся в контакте с психиатрической службой, но почти

удвоило число госпитализаций, и за исключением влияния на комплаенс, не выявило преимуществ перед стационарной помощью [6].

Интенсивный кейс менеджмент (ICM) – программа, нацеленная на долгосрочное лечение и реабилитацию больных с тяжелыми психическими заболеваниями, не требующими в данный момент госпитализации. Такая программа – сочетание двух моделей: асертивного лечения в сообществе и кейс менеджмента. Существенным отличием от «кейс менеджмента» является то, что на одного специалиста – психиатра приходится менее 20 больных. В сравнении со стандартным лечением в психиатрической больнице показано уменьшение числа длительности госпитализаций, снижение числа больных, потерявших контакт с психиатрической службой, в одном исследовании – улучшение по шкале GAF. Чем ближе модель интенсивного CM к асертивному лечению, тем больше уменьшение длительности пребывания больных в психиатрических стационарах [6].

Существует несколько таких, альтернативных программ лечения во внебольничных условиях. Например, испанская модель программы преемственной помощи (ППП), основанная на лечении только больных шизофренией, показала достаточную эффективность. Так у 250 пациентов анализировалось число госпитализаций до и после включения в ППП. В течении одного года число госпитализаций уменьшилось на 40-69% и общее число дней, проведенных в стационаре [29].

Немало исследований посвящено сравнительной оценке острых дневных стационаров (acute day hospital) для тяжелых психических больных с острыми психотическими эпизодами в сравнении с госпитализацией и внебольничным лечением. В своей работе M.Marshall и соавторы [33] оценивали приспособленность и эффективность дневных стационаров для лечения больных с острыми психотическими расстройствами. Из 2268 больных были признаны пригодными для лечения в условиях дневного стационара 1568 (23,2 – 37,5%). Длительность пребывания в психиатрическом стационаре и дневном стационаре в большинстве случаев не различалась, но в условиях дневного стационара быстрее добивались купирования острого эпизода и достижения стойкой ремиссии, а стоимость лечения оказалась дешевле на 20.9 – 36.9%.

Огромное значение в оказании психиатрической помощи оказывает также психосоциальная терапия. Группой исследования исходов при шизофрении (PORT) – The schizophrenia Patient Outcomes Research Team регулярно публикуются рекомендации о

включении в порядки лечения шизофрении принципов психосоциальной терапии. Среди основных программ, можно выделить следующие: 1) Ассертивная помощь в сообществе. 2) Поддержка пациентов в трудоустройстве (индивидуальный подход, интеграция трудовой занятости в психиатрическую помощь). 3) Тренинги навыков социальных взаимодействий, независимого проживания, функционирования внутри общества. 4) Когнитивно – бихевиоральная терапия (КБТ) продолжительностью 4-9 месяцев. Методика направлена на развитие более рациональных или адаптивных когнитивных реакций. 5) Методы жетонной системы вознаграждения – позитивное укрепление определенных моделей поведения. 6) Службы семьи. Оказание семейной помощи больным шизофренией не менее 6-9 месяцев. 7) Своевременное оказание наркологической и психосоциальной помощи больным. 8) Комплаенс – терапия. 9) Психосоциальная помощь при коррекции избыточного веса [33,45].

Данные об экономической эффективности лечения пациентов во внебольничных условиях весьма разнятся. Так в Английских и Уэльских исследованиях эффективности середины 90-х годов сравнилась экономическая эффективность лечения более 2000 больных в условиях институциональной помощи и психиатрической помощи во внебольничных условиях. В результате экономической оценки выяснилось, что оказание помощи во внебольничных условиях существенно дешевле институциональной [43]. Следует также отметить, что в долгосрочных перспективах экономическая эффективность лечения во внебольничных условиях снижается. Во многом, благодаря применению индивидуальных психосоциальных программ социальной адаптации, соответствию всех рекомендаций, путь по расширению возможностей внебольничной помощи представляется весьма затратным [6].

1.2.3. Направления развития внебольничной психиатрической помощи в России.

Активная деинституционализация в формате оказания стационарной психиатрической помощи происходит и в России. За последние 20 лет сокращено свыше 50 тысяч коек и на 100 тысяч человек населения в России теперь меньше коек (102,4), чем, в таких странах, как Германия и Швейцария [8].

Такое сокращение коек становится возможным за счет неуклонного уменьшения длительности стационарного лечения больных с психотическими расстройствами (почти на месяц), в том числе с шизофренией (более чем на месяц). При этом длительность

пребывания в стационарах пациентов других диагностических групп остается неизменной и по сей день. Немалую роль в сокращении коечного фонда стационаров играет уменьшение числа госпитализацией больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Такая динамика стала причиной разработки и включения в «Порядок оказания психиатрической помощи» новых реорганизационных структур, в том числе на базах психоневрологических диспансеров». В результате становится необходимым прилагать определенные усилия по укреплению амбулаторного звена, в связи с появившимися проблемами: снижение числа впервые выявленных лиц с психотическими расстройствами, охвата пациентов диспансерными службами, уменьшение числа пациентов, находящихся под амбулаторным наблюдением на конец года[4].

Не достаточно развитым по-прежнему является реабилитационное звено. Необходимо создавать базы социальной адаптации и методики когнитивной реабилитации. Данные направления актуальны для больных шизофренией. Для таких больных характерны частые и длительные госпитализации, инвалидизация, способствующие формированию дезадаптивных форм поведения [27].

Одним из важнейших направлений в улучшении эффективности лечения шизофрении остается снижение повторности госпитализаций. На сегодняшний день повторность поступлений в психиатрические стационары больных шизофренией в процентном отношении к общему числу поступивших на протяжении 20 лет остается практически на одном уровне, что показывает наличие проблем в этапности фармакотерапии и недостаточно эффективной работы амбулаторного звена [4].

В последние 5 лет на экспериментальном этапе начинают появляться модифицированные дневные стационары, с возможностью работы в ночную смены, клиники первого психотического эпизода, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи, медико–реабилитационные отделения (МРО). Такие направления совершенствования внебольничной психиатрической службы является позитивными шагами в повышении эффективности лечения [5, 12, 28].

1.3. Психофармакотерапия шизофрении

Цели и стратегии лекарственной терапии определяются фазой и тяжестью заболевания. Основным фармакологическим классом для лечения как острых симптомов

шизофрении, так и для длительной противорецидивной терапии являются антипсихотические препараты (нейролептики). Несмотря на то, что все современные стандарты рекомендуют придерживаться монотерапии, на практике достаточно сложно избежать полипрагмазии. Множество клинических проявлений шизофрении и многочисленные сопутствующие заболевания нередко требуют применения комбинаций различных препаратов, что существенно увеличивает риск развития лекарственных взаимодействий, побочных эффектов и общую преждевременную смертность больных. Такой подход в свою очередь должен сопровождаться более частым исследованием побочных эффектов и лекарственного взаимодействия препаратов.

1.3.1. Терапия при первом эпизоде.

Антипсихотическая терапия первого эпизода необходимо проводить крайне осторожно и внимательно ввиду высокого риска развития экстрапирамидной симптоматики (ЭПС). Необходимо использовать минимальную дозировку с возможностью титрования. Пациенты с первым эпизодом шизофрении должны получать терапию антипсихотиками в более низких дозировках в сравнении с хроническими больными (Категория доказательности А). Препаратами первого выбора могут быть как антипсихотические препараты первого поколения (АПП), так и антипсихотические препараты второго поколения (АВП) (Категория доказательности А). В многочисленных работах по оценке побочных эффектов при использовании АВП, доказана меньшая вероятность побочных эффектов у АВП, что делает их использование преимущественным [19]. Особое внимание на этом этапе заболевания должно уделяться созданию оптимального лекарственного режима для проведения психотерапевтических и социально-реабилитационных мероприятий, а также для формирования приверженности к терапии [7].

В стандартах США (1999 г.) препаратами выбора при лечении острых состояний стали атипичные нейролептики. А по английским стандартам (2002 г.), атипичные нейролептики являются препаратами выбора для больных с первым приступом, а также при неэффективности или непереносимости классических. В остальных случаях лечение все-таки следует начинать с типичного нейролептика [15].

1.3.2. Терапия при повторных эпизодах (рецидив)

Выбирая антипсихотическую терапию, необходимо учитывать эффективность и переносимость прежних методов терапии, лекарственную форму препарата, наличия коморбидных психических и соматических расстройств, а также потенциальных лекарственных взаимодействий с сопутствующей терапией [19]. Есть данные о преимуществе в данных случаях АПП и АВП, обладающих более мощным глобальным антипсихотическим эффектом (галоперидол, зуклопентиксол, пипотиазин, клозапин, оланзапин, рисперидон) [15]. Достаточно часто проведение антипсихотической терапии сопровождается развитием экстрапирамидной симптоматики (ЭПС) [19]. В данном случае необходимы меры по купированию ЭПС путем добавления корректоров. При неэффективности корректирующей терапии рекомендуется переводить пациентов на нейрорептики с менее выраженными побочными эффектами в виде ЭПС [9].

В случае достижения терапевтического эффекта при приеме АПП без развития выраженных побочных явлений не рекомендуется смена АПП на АВП (Категория доказательности С). В то же время при неэффективности АПП целесообразен перевод на терапию АВП (Категория доказательности В). При неэффективности второго курса антипсихотического препарата психотическая симптоматика расценивается как терапевтически резистентная с необходимостью проведения специальных лечебных мероприятий [1]. Важным подходом к эффективной терапии является стремление начинать использование нейрорептиков в низких дозировках, при необходимости титруя, контролировать побочные эффекты. В большинстве случаев руководствуются таблицами хлорпромазинового эквивалента (ХПЭ). Как правило назначают 500-900 мг ХПЭ, что помогает достичь стойкого антипсихотического эффекта и минимизировать риски возникновения неконтролируемых побочных эффектов [3].

1.3.3. Резистентность к антипсихотической терапии

Проблема терапевтической резистентности при шизофрении является одной из наиболее актуальных задач современной мировой психиатрии. Ряд авторов в своих работах отмечают, что от 5 до 30% больных шизофренией оказываются резистентными к применению стандартных схем лечения, терапевтические возможности которых ограничены [7,10,16].

Многие клинические исследователи, основываясь на последних результатах лечения шизофрении, чаще высказывают мнение о необходимости поиска новых мишеней

воздействия на патологический процесс, создания новых групп фармакологических средств и методик лечения.

Оценивая общие причины низкой эффективности антипсихической терапии, можно выделить несколько механизмов, один из которых лекарственная резистентность. (рис1.)

Рис.1 Причины низкой эффективности антипсихотической терапии



Для достижения взаимопонимания между специалистами недавно была предпринята попытка унификации понятия «терапевтическая резистентность» [11]. Большинство авторов относят случаи незначительного снижения тяжести продуктивных расстройств или полного отсутствия положительной динамики в состоянии больного после последовательного лечения двумя нейрорептиками различных фармакологических групп в течение 6-8 недель в среднетерапевтических или максимально допустимых дозах [30]. Такой подход в некотором роде является не совсем точным, обобщая различные клинические формы, не учитывая механизмы формирования терапевтической резистентности. В отношении клинических форм терапевтической резистентности накоплен большой материал, основанный на определении ее предикторов. К ним относятся: ранее начало болезни, «стертое» начало до манифестного психоза, непрерывное течение, хронизация патологического процесса, блеклость в структуре симптомокомплекса аффективного компонента и другие особенности. Получается, что

группа «резистентных» больных клинически довольно разнородна. Ее составляют случаи злокачественных ядерных форм шизофрении, ее более благоприятного непрерывного течения с преобладанием параноидной симптоматики (типичная непрерывная параноидная форма), некоторые случаи вялотекущей шизофрении, практически все случаи длительного течения различных форм заболевания. Тем не менее, обобщенно можно говорить о том, что потенциально любой больной может быть терапевтически резистентным. Порой это связано с тем, что проявление негативных расстройств, проявляющихся еще в доманифестный период или формируются вскоре после дебюта, а потом прогрессирующих, крайне сложно. Рекомендуется отделять резистентность сразу после лечения (прогнозируемая плохая курабельность, первичная резистентность), и резистентность, формирующуюся в процессе лечения (прогнозируемая недостаточная курабельность, адаптация к психотропным эффектам нейролептиков, вторичная резистентность). Немалую роль в формировании резистентности играют генетические факторы, лежащие в основе фармакодинамических и фармакокинетических особенностей у резистентных больных. Например, обсуждается значение генов, ответственных за формирование и функционирование дофаминовых, серотониновых и других видов рецепторов; генов ферментов, разрушающих нейромедиаторы; генов ферментов цитохрома P450; генов белков-переносчиков лекарств [11].

Выбор терапевтической тактики при резистентности к антипсихотической терапии очень непросто. Группой авторов [11] предложены различные лекарственные и нелекарственные методы оптимизации лечебного процесса (табл. 1).

Таблица 1. Современные биологические методы преодоления лекарственной резистентности у больных шизофренией и доказанность их эффективности.

Доказанность эффективности	Схемы и их влияние
Доказанная эффективность	Терапия клозапином (ослабление продуктивных и дефицитарных расстройств) Электросудорожная терапия (ослабление продуктивных расстройств)

<p>Предположительная эффективность (строго спланированных исследований недостаточно, частое использование на практике)</p>	<p>Переход к АПП (ослабление продуктивных расстройств)</p> <p>Переход к терапии АВП (ослабление продуктивных и негативных расстройств)</p> <p>Высокие и сверхвысокие дозы нейролептиков (ослабление продуктивных расстройств)</p> <p>Отмена нейролептика (ослабление продуктивных расстройств)</p> <p>Метод «зигзагообразной» терапии (ослабление продуктивных расстройств)</p> <p>Комбинация нескольких нейролептиков (ослабление продуктивных и негативных расстройств)</p>
<p>Эффективность не доказана (обобщающие и теоретические работы, дискуссии, эмпирическое использование на практике)</p>	<p>Комбинация нейролептиков с антидепрессантами (ослабление негативных расстройств)</p> <p>Комбинация нейролептиков с нормотимиками-антиконвульсантами (ослабление продуктивных расстройств)</p> <p>Комбинация нейролептиков с ламотриджином (ослабление продуктивных расстройств)</p> <p>Комбинация нейролептиков с солями лития (ослабление продуктивных расстройств)</p> <p>Комбинация нейролептиков с транквилизаторами (ослабление продуктивных расстройств)</p> <p>Иммуномодулирующая терапия в ее различных вариантах</p>

Перспективные направления	<p>Применение стимуляторов холинергической системы (ослабление когнитивных нарушений и негативных расстройств)</p> <p>Применение обратных агонистов гистаминовых H3-рецепторов (ослабление когнитивных нарушений)</p> <p>Применение средств, воздействующих на систему возбуждающих аминокислот (ослабление продуктивных, негативных и когнитивных расстройств)</p> <p>Применение омега3-полиненасыщенных жирных кислот (ослабление продуктивных и негативных расстройств)</p>
---------------------------	--

1.3.4. Антипсихотическая полипрагмазия

Существует 3 основных вида комбинированной терапии: сочетание антипсихотиков и психотерапевтических реабилитационных методик; потенцирование антипсихотиков добавлением антидепрессантов, стабилизаторов настроения и транквилизаторов; комбинация двух и более антипсихотиков. Особенностью современного этапа психофармакотерапии является массовая полипрагмазия, т. е. широкое применение различных комбинаций психотропных средств [22]. Более 80 % как стационарных, так и амбулаторных получают два или более психотропных препарата [31].

Использование высоких доз нейролептиков, полипрагмазия, применение поддерживающего лечения бензодиазепинами или антихолинергическими веществами не имеет доказательной базы и в целом малоэффективна в долгосрочной перспективе [31-32].

Анализ значительного числа исследований с почти 1,5 млн участников (82,9 % – больные шизофренией) показал, что средняя частота антипсихотической полипрагмазии в мире составляет 19,6 % [29].

В большинстве случаев обоснованность полипрагмазии недостаточная. Например, многие психиатры на мужских отделениях используют комбинацию из антипсихотиков первого поколения, не используя при этом антипсихотики второго поколения, тем самым стремясь как можно быстрее редуцировать дезорганизацию поведения [26]. Так, примерно пятая часть амбулаторных больных шизофренией наряду с пролонгированными нейролептиками дополнительно получает традиционные нейролептики или в последнее время атипичные антипсихотики внутрь, что может полностью нивелировать положительные особенности их клинического действия [18].

Единого мнения и о последствиях антипсихотической полипрагмазии в настоящее время не выработано. Большинство исследований показывают, что антипсихотическая полипрагмазия сопряжена с целым рядом негативных последствий, включая повышение риска побочных эффектов по сравнению с монотерапией и увеличение расходов на здравоохранение [32,39]

Более подробно рассматриваются в исследованиях последствия полипрагмазии и быстрое возникновение ЭПС, сочетающегося с применением антихолинэргических препаратов, а также повышение уровня пролактина [13]. В пользу необходимости избегать антипсихотическую полипрагмазию свидетельствуют данные о повышенном риске таких побочных эффектов, как паркинсонизм, гиперпролактинемия, гиперсаливация, седация и сонливость, когнитивные нарушения, сахарный диабет и, возможно, дислипидемия [35].

Несмотря на то что многие организации и учреждения начали реализацию политики недопущения использования антипсихотической полипрагмазии, популярность ее остается достаточно высокой. Объясняется это тем, что, к сожалению, у трети пациентов не удается достичь полного ответа на антипсихотическую терапию [34]

На основании многих клинических исследований, современное медицинское сообщество пришло к пониманию ведения пациентов с шизофренией на монотерапии антипсихотиками вызывает меньшее количество побочных эффектов. Однако на практике можно наблюдать расхождение в стратегиях антипсихотической терапии. Зачастую лечащие врачи нецелесообразно допускают полипрагмазию в случаях, когда последовательной сменой антипсихотических препаратов по результативности можно было бы превзойти комбинированную. Есть и приемлемые варианты нивелировать негативные моменты полипрагмазии, дополнительно назначения малые дозы

антипсихотиков к антипсихотику второй генерации на непродолжительный период. [21,22].

1.3.5. Побочные эффекты антипсихотической терапии

Основные побочные эффекты при лечении нейролептиками образуют нейролептический синдром. Ведущими клиническими проявлениями этого синдрома считают экстрапирамидные расстройства с преобладанием либо гипо-, либо гиперкинетических нарушений [2]. К гипокинетическим расстройствам относится лекарственный паркинсонизм, проявляющийся повышением мышечного тонуса, тризмом, ригидностью, скованностью и замедленностью движений и речи. Гиперкинетические нарушения включают тремор, гиперкинезы (хореiformные, атетoidные и пр.). Обычно в клинической картине в тех или иных соотношениях имеются как гипо-, так и гиперкинетические нарушения. Явления дискинезии могут носить пароксизмальный характер. Наиболее часто они локализуются в области рта и проявляются спазматическими сокращениями мышц глотки, языка, губ, челюстей, но нередко распространяются и на другие мышечные группы (окулогирные кризы, тортиколлис, торсионный спазм, экзиторные кризы). Наряду с экстрапирамидными расстройствами могут наблюдаться явления акатизии — чувства неусидчивости, "беспокойства в ногах", сочетающейся с тасикинезией (потребностью двигаться, менять положение). В тяжелых случаях акатизия сопровождается тревогой, ажитацией, расстройствами сна. К особой группе дискинезии относят позднюю дискинезию (*tardive dyskinesia*), выражающуюся в произвольных движениях губ, языка, лица, реже — хореiformных движениях конечностей. Само название "поздняя дискинезия" говорит о том, что она возникает после длительного лечения нейролептиками (в среднем через 2 года). В этих случаях нет корреляции с видом препарата, дозами и особенностями лечения на более ранних стадиях, в том числе с предшествующими экстрапирамидными нарушениями [14,24].

Среди расстройств вегетативной нервной системы чаще всего наблюдаются ортостатическая гипотензия (ее не рекомендуется купировать адреналином), потливость, увеличение массы тела, изменение аппетита, запоры, поносы. Иногда отмечаются холинолитические эффекты — расстройство зрения, дизурические явления. Возможны функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы с изменениями на ЭКГ в виде увеличения интервала *Q—T*, снижения зубца Гили его инверсии, тахи- или брадикардии. Иногда возникают побочные эффекты в виде фотосенсибилизации, дерматитов,

пигментации кожи; возможны кожные аллергические реакции. Побочные эффекты, связанные с повышением в крови пролактина, проявляются в виде дисменореи или олигоменореи, псевдогермафродитизма у женщин, гинекомастии и задержки эякуляции у мужчин, снижении либидо, галактореи, гирсутизма. В редких случаях наблюдаются изменения содержания сахара в крови, а также симптомы несахарного диабета.

К тяжелым осложнениям нейролептической терапии относятся общие аллергические и токсические реакции, гепатиты, патологические изменения органа зрения (патологическая пигментация преломляющих сред, сочетающаяся с патологической пигментацией кожи рук и лица — "кожно-глазной синдром", токсические изменения сетчатки), нарушение картины крови (лейкопения, агранулоцитоз, апластическая анемия, тромбоцитопения). Среди психических расстройств, связанных с терапией, наблюдаются анестетическая депрессия, тягостное нарушение чувства сна, делирий (чаще он возникает при резком изменении доз нейролептиков у лиц с органическими заболеваниями ЦНС, пожилых или детей), эпилептиформные припадки [24].

Основные способы купирования побочных эффектов можно представить в виде сводной таблицы (табл.2)

Таблица 2. Купирование побочных эффектов при антипсихотической терапии

Нежелательное явление	Рекомендуемая терапия
Острая дистония	5-10 мг биперидена или дифенилгидрамин 50-75 мг
Псевдопаркинсонизм (акинето-ригидный симптомокомплекс)	Тригексифенидил 2-12 мг, бипериден 5-10 мг
Акатизия	Пропранолол 10-20 мг, бипериден 5-10 мг

ЗНС	Отмена нейролептика. Детоксикационная, инфузионная и гомеостатическая терапия, мышечные релаксанты (дантролен), непрямые агонисты дофамина
Поздняя дискинезия	По возможности прекращение приема нейролептика. Витаминотерапия С, Е. Продолжение лечения атипичным антипсихотиком.

Необходимо отметить, что фармакотерапия шизофрении должна быть дифференцированной, динамичной и максимально индивидуализированной. При выборе препарата необходимо учитывать доказательную базу и здравый клинический смысл. Фармакотерапия шизофрении является базовой, но не единственной составляющей лечения пациентов. Успех терапии определяется её комплексностью, сочетанием фармакотерапии, психосоциальных вмешательств и психотерапии [19].

1.4. Критерии терапевтической ремиссии при шизофрении

В научной психиатрии существуют два более дифференцированных пути определения ремиссии: размерный и категориальный, которые обеспечивают более четкие рамки данной дефиниции.

В отечественной психиатрии был проведен целый ряд концептуальных исследований, посвященных изучению ремиссии при шизофрении. Эти работы касались преимущественно анализа динамики и типологии ремиссий при различных формах шизофрении. Категориальный подход позволил дифференцировать ремиссии в зависимости от стойкости достигнутого терапевтического эффекта и по параметрам тяжести остаточных позитивных расстройств на симптоматические - тимопатическая, обсессивная, ипохондрическая, параноидная и синдромальные - стеническая, псевдопсихопатическая, апатическая, астеническая [25]. Однако категориальный подход к ремиссиям имеет ряд недостатков. Во-первых, это субъективизм в оценке типа ремиссии, во-вторых, отсутствие характеристики степени социальной дезадаптации. Кроме того, нет единого мнения о необходимости выделения и границах временного критерия.

Существующие международные критерии являются примером дименсионального подхода и основаны на оценке выраженности восьми симптомов шкалы PANSS, которые должны полностью отсутствовать или быть очень слабо выражены на протяжении 6 месяцев [30].

Вместе с тем к недостаткам международных критериев ремиссии следует отнести отсутствие параметров социального функционирования и когнитивных показателей, а также отсутствие дифференцированного подхода к различным формам и типам течения шизофрении.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Исследование проводилось на базе Отделения интенсивного оказания психиатрической помощи ПНД №1 Василеостровского района города Санкт-Петербурга. В рамках исследования были ретроспективно проанализированы истории болезней пациентов, страдающих шизофренией, поступивших в Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи в первое полугодие 2016 года в период с 1 января по 1 июня. В данную выборку вошли пациенты, страдающие шизофренией параноидной непрерывного течения (F20.00 по МКБ -10), эпизодической с нарастающим дефектом (F20.01 по МКБ-10), эпизодической со стабильным эффектом (F20.02 по МКБ-10), с гебефренической шизофренией (F20.1), а также с неуточненной шизофренией (временем наблюдения менее года) (F20.09).

2.1 Материал исследования

В ходе проведения работы были отобраны 158 пациентов, страдающих шизофренией, поступивших в отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) в первое полугодие 2016 года. Всего за это время на лечение в ОИОПП поступило 368 пациентов, среди которых с органическими расстройствами (F00-F09 по

МКБ-10) поступило 113 человек (30.70%), с расстройствами настроения (F30-F39 по МКБ-10) – 34 (9.25%), невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48 по МКБ-10) – 19 (5.15%), с расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69 по МКБ-10) – 6 (1.65%), с шизофренией, бредовыми и расстройствами шизотипического спектра (F20-F29 по МКБ-10) – 172 (46.73%), с умственной отсталостью (F70 по МКБ-10) – 9 (2.45%), другие (4.05%). Среди всех поступивших пациентов, выборная группа (158) составила – 42.95%. Среди пациентов группы (F20-F29 по МКБ-10) – 91,85%. Из 158 пациентов анализируемой группы – 146 (92.4%) поступили впервые в 2016 календарном году, 12 (9.6%) – повторно. 65 пациентов (41.1%) в структуру ОИОПП были направлены впервые, 93 (58.9%) – повторно.

В выборной группе оказалось следующее распределение пациентов по возрасту и полу: большую часть составляют пациенты возрастом от 28 до 47 лет - 90 человек; по полу - 84 мужчин и 74 женщины.

Таблица 3. Распределение больных шизофренией по возрастным категориям и полу

Возрастные интервалы	Пациенты с шизофренией, количество человек		
	Мужчины	Женщины	Всего
18-27 лет	18	10	28
28-37 лет	28	13	41
39-47 лет	22	27	49
48-57 лет	14	15	29
58-67 лет	2	6	8
68-79 лет	0	3	3

По клиническим диагнозам выбранная группа выглядит следующим образом (таб.

4)

Таблица 4. Распределение пациентов по клиническим диагнозам (МКБ-10)

Клинический диагноз по МКБ - 10	Количество пациентов/ (%)
F20.00	128/(81)
F20.01	18/(11,4)
F20.02	3/(1.9)
F20.1	4/(2,5)
F20.09	5/(3,1)

2.2. Методы исследования

1. Организационно-статистические.

- Оценка показателей времени начала заболевания.
- Оценка времени с последней госпитализации в психиатрические стационары перед поступлением в ОИОПП.
- Статистическая оценка категорий направления пациентов в ОИОПП.
- Статистическая оценка продолжительности лечения в условиях ОИОПП
- Статистическая оценка маршрутизации

2. Клинико-катамнестический

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

3.1. Клинико-организационная характеристика анализируемой группы в условиях ОИОПП.

За первое полугодие в выбранной группе пациентов анализировались следующие показатели: длительность течения заболевания (с момента установки диагноза), оценка временных показателей с момента последней госпитализации перед направлением в ОИОПП, оценка средней продолжительности нахождения в условиях ОИОПП, оценка числа госпитализаций в ПС из ОИОПП. Были сформированы критерии маршрутизации, показания и противопоказания для направления в ОИОПП.

3.1.1. Оценка длительности заболевания

Для полноценной оценки клинико-организационных особенностей и эффективности ОИОПП у пациентов выбранной группы, страдающей были определены временные рамки с момента начала проявления первых значимых симптомов и первого обращения к психиатру до момента поступления в ОИОПП в текущий исследуемый период (01.01.2016 – 01.07.2016). Результаты представлены в (таб.5)

Таблица 5. Распределение пациентов по длительности заболевания

Интервал времени с начала заболевания (года)	Количество пациентов / (%)
0-1	6/(3.80%)
1-5	18/(11.40%)
5-10	34/(21.50%)
10-20	50/(31.65%)
>20	50/(31.65%)

Исходя из данных можно говорить, что большая часть пациентов (>80%) имеют симптомы заболевания больше 5 лет, а почти треть (31.65%) – больны более 20 лет. Данные результаты являются негативным прогностическим признаком в рамках общего психофармакологического подхода к лечению. Благодаря снижению адаптационных и когнитивных функций, наличию сочетанных заболеваний соматического характера адекватный эффективный подбор терапии в долгосрочной перспективе будет затруднен [1].

3.1.2. Оценка временных интервалов с момента последней госпитализации в психиатрические стационары

Частота и длительность лечения в психиатрических стационарах является важным фактором в стабилизации, в выборе стратегии поддерживающей терапии и медико-социальной реабилитации [4]. Результаты анализа временных интервалов с момента последней госпитализации в психиатрические стационары представлены в (таб. 6)

Таблица 6. Распределение пациентов по временным интервалам с момента последней госпитализации до поступления в ОИОПП.

Временной интервал с момента последней госпитализации в ПС (года)	Количество пациентов / (%)
Ранее не госпитализировались	3/(1.9%)
0-0.5	51/(32.3%)
0.5-1	21/(13.3%)
1-2	34/(21.5%)
2-5	22/(13.9%)
>5	27 (17.1%)

Исходя из данных результатов видно, что более 65% пациентов госпитализировались в психиатрические стационары не более 2 лет назад и лишь минимальное количество пациентов не госпитализировалась ранее вообще (1.9%) перед поступлением в ОИОПП. К сожалению, из-за отсутствия информации на исследуемой документации о количестве койко-дней проведенных в последнюю госпитализацию в ПС, делается невозможным проведение сравнительного анализа о времени пребывания в двух структурах.

3.1.3. Оценка уровня госпитализаций и средняя продолжительность лечения в условиях ОИОПП

Один из самых показательных критериев клинической эффективности активного использования внебольничной психиатрической службы является снижение числа госпитализаций. Следует также стремиться к достижению фармакоэкономической эффективности [5]. Для достижения таких целей руководство ПНД №1 активно вовлечено

в создание внутренних клинически- и фармакоэкономически обоснованных порядков оказания психиатрической помощи с четким исполнением принципов этапности на разных структурных единицах диспансера. Основа таких порядков состоит в сокращении числа госпитализаций (используя доступный в условия ОИОПП арсенал схем купирующей и поддерживающей терапии), сокращении количества койко-дней, активное вовлечение психотерапевтической и медико-реабилитационной служб. При составление внутренних порядков структурировались категории пациентов (маршрутизация), нуждающихся в направлении на лечение в ОИОПП. Варианты маршрутизаций представлены в (таб.7)

Таблица 7. Распределение пациентов по типу маршрутизации

Вид маршрутизации	Число поступивших в ОИОПП пациентов с шизофренией в исследуемый период / (%)
1	36/(22.8%)
2	84/(53.1%)
3	8/(5.1%)
4	30/(19%)

Описание групп приведено ниже.

1. К первому типу относится группа пациентов с текущей острой или пограничной симптоматикой, потенциально имеющие показания для госпитализации в ПС.

2. Ко второму типу относятся: пациенты, нуждающиеся в подборе или смене фармакотерапии, при возникновении серьезных побочных эффектов; пациенты с нестойкой ремиссией, имеющие выраженные экстрапирамидные нарушения.

3. Группа пациентов проходящие обследования для МСЭ.

4. Группа пациентов, направляемая в ОИОПП сразу после выписки из психиатрических стационаров, для наблюдения и подбора поддерживающей и корректирующей терапии.

Используя такие схемы маршрутизации пациентов, важно внимательно и четко подходить к дифференциации пациентов на уровне участковых врачей. Противопоказанием к направлению пациентов в отделение экстренной помощи являются:

- выраженное психомоторное возбуждение агрессия и аутоагрессия;
- актуальные суицидальные высказывания - сумма баллов ≥ 4 по 10-му пункту шкалы MADRS (суицидальные мысли), пациенты, ответившие «да» при оценке по разделу 4 (активные суицидальные мысли с некоторым намерением без специального плана) или 5 (активные суицидальные мысли со специальным планом и намерением) Колумбийской шкалы оценки тяжести суицидальных наклонностей (C-SSRS)
- декомпенсированная соматическая патология
- алкоголизация
- отказ от лечения в условиях отделения интенсивного оказания психиатрической помощи.

Оценка распределения пациентов различных групп маршрутизации по продолжительности нахождения в ОИОПП приведены в (таб.8)

Таблица 8. Распределение пациентов в группах маршрутизации по продолжительности лечения в условиях ОИОПП и числу госпитализаций в ПС за исследуемый период.

Группы маршрутизации	Средняя продолжительность лечения (к/д)
Общее число пациентов, больных шизофренией, поступивших в первое полугодие	26.24±15.35
1	33.33±12.43
2	26.52±17.35
3	20.66± 10.78
4	26.66±11.46

Как видно из таблицы средняя продолжительность лечения в условиях ОИОПП больных шизофренией составляет 26.24 ± 15.35 . Закономерно выше продолжительность нахождения на отделении пациентов «острой» группы 33.33 ± 12.43 . По внутренним рекомендациям и проектам отделения есть стремление достичь среднюю продолжительность лечения 21 койко-день, совершенствуя схемы антипсихотической терапии, активно привлекая ресурсы психотерапевтической и медико-реабилитационных служб диспансера.

Важнейшим показателем эффективности работы внебольничных психиатрических служб считается уровень госпитализаций в психиатрические стационары [5]. За исследуемый период число госпитализаций пациентов с шизофренией из ОИОПП составило 12, из которых 9 были из 1 группы «острых» пациентов, на момент поступления имеющие основания на прямую госпитализироваться от участкового врача и 3 пациента из второй группы, не имеющие на момент поступления в ОИОПП показаний для госпитализации в психиатрический стационар.

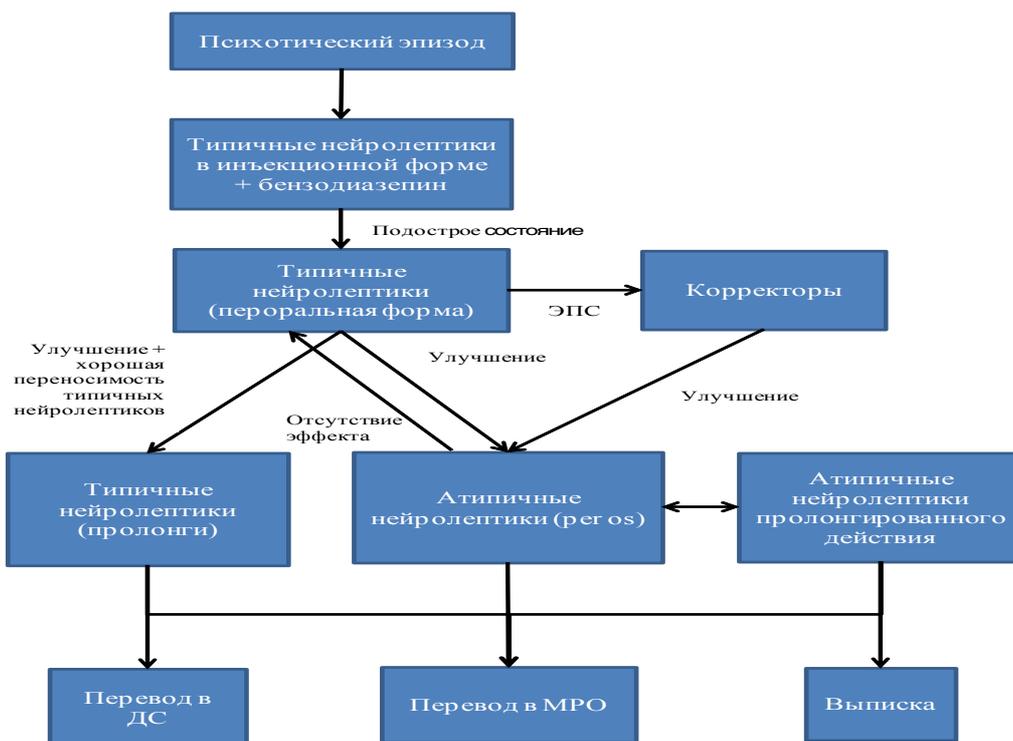
3.2. Анализ фармакотерапии

Для оценки клинической эффективности внебольничной психиатрической помощи, важно проанализировать как в условиях ОИОПП реализуются схемы купирующей терапии, оценить частоту использования антипсихотиков разных классов, частоту использования препаратов пролонгированного действия и корректоров, а также оценить уровень полипрагмазии.

3.2.1. Антипсихотическая терапия

Общую модель купирования и стабилизацию психотических эпизодов в клинко-организационном модуле ОИОПП можно представить в виде следующей практикуемой схемы (схема 1.)

Схема 1. Схема купирования и стабилизации психотических эпизодов



Распределение пациентов по получаемому типу антипсихотиков, комбинациям, и с их сочетанием с инъекционными формами пролонгированного действия (АПД) приведены в (таб.9)

Таблица 9. Распределение пациентов по получаемой антипсихотической терапии и их продолжительность лечения в ОИОПП

Тип антипсихотика (АПП, АВП, АПД)	Количество пациентов / (%)	Продолжительность лечения в ОИОПП /(к/д)
АПП	24/(15.19%)	22.16±9.67
АВП	51/(32.28%)	24.31±9.88
АПП + АПП	16/(10.12%)	25.44±12.90
АПП + АВП	30/(18.98%)	29.91±13.24
АВП + АВП	7(4.45%)	31.125±12.99
АПП + АПД	10/(6.33%)	23.12±12.62
АВП + АПД	12/(7.59%)	27.14±16.32
АПД	8/(5.06%)	24.13±14.27

*при $p \leq 0,005$;

Уровень полипрагмазии составил 47.47%, монотерапии по антипсихотикам первого поколения – 15.19%, монотерапии по антипсихотикам второго поколения – 32.28%. Имеется невыраженное увеличение средней продолжительности лечения при комбинациях АПП + АВП и АВП+АВП. Что может говорить о сочетанными с такими комбинациями побочными эффекта, следовательно, более длительной коррекции и наблюдении на отделении. Монотерапия пролонгированными инъекционными формами нейролептиков составила 5.06%

ОБСУЖДЕНИЕ

Большая часть пациентов (>80%) имеют симптомы заболевания больше 5 лет, а почти треть (31.65%) – больны более 20 лет. Данные результаты являются негативным прогностическим признаком в рамках общего психофармакологического подхода к лечению. Благодаря снижению адаптационных и когнитивных функций, наличию сочетанных заболеваний соматического характера адекватный эффективный подбор

терапии в долгосрочной перспективе будет затруднен [1]. Частота и длительность лечения в психиатрических стационарах является важным фактором в стабилизации, в выборе стратегии поддерживающей терапии и медико-социальной реабилитации [4].

Более 65% пациентов госпитализировались в психиатрические стационары не более 2 лет назад и лишь минимальное количество пациентов не госпитализировалась ранее вообще (1.9%) перед поступлением в ОИОПП. К сожалению, из-за отсутствия информации на исследуемой документации о количестве койко-дней проведенных в последнюю госпитализацию в ПС, делается невозможным проведение сравнительного анализа о времени пребывания в двух структурах.

Один из самых показательных критериев клинической эффективности активного использования внебольничной психиатрической службы является снижение числа госпитализаций. Следует также стремиться к достижению фармакоэкономической эффективности [5]. Для достижения таких целей руководство ПНД №1 активно вовлечено в создание внутренних клинически- и фармакоэкономически обоснованных порядков оказания психиатрической помощи с четким исполнением принципов этапности на разных структурных единицах диспансера. Основа таких порядков состоит в сокращении числа госпитализаций (используя доступный в условия ОИОПП арсенал схем купирующей и поддерживающей терапии), сокращении количества койко-дней, активное вовлечение психотерапевтической и медико-реабилитационной служб. При составление внутренних порядков структурировались категории пациентов (маршрутизация), нуждающихся в направлении на лечение в ОИОПП

Средняя продолжительность лечения в условиях ОИОПП больных шизофренией составляет 26.24 ± 15.35 . Закономерно выше продолжительность нахождения на отделении пациентов «острой» группы 33.33 ± 12.43 . По внутренним рекомендация и проектам отделения есть стремление достичь среднюю продолжительность лечения 21 койко-день, совершенствуя схемы антипсихотической терапии, активно привлекая ресурсы психотерапевтической и медико-реабилитационных служб диспансера.

Важнейшим показателем эффективности работы внебольничных психиатрических служб считается уровень госпитализаций в психиатрические стационары [5]. За исследуемый период число госпитализаций пациентов с шизофренией из ОИОПП составило 12, из которых 9 были из 1 группы «острых» пациентов, на момент поступления имеющие основания на прямую госпитализироваться от участкового врача и 3 пациента из

второй группы, не имеющие на момент поступления в ОИОПП показаний для госпитализации в психиатрический стационар.

Уровень полипрагмазии составил 47.47%, монотерапии по антипсихотикам первого поколения – 15.19%, монотерапии по антипсихотикам второго поколения – 32.28%. Имеется невыраженное увеличение средней продолжительности лечения при комбинациях АПП + АВП и АВП+АВП. Что может говорить о сочетанных с такими комбинациями побочными эффектами, следовательно, более длительной коррекции и наблюдении на отделении. Монотерапия пролонгированными инъекционными формами нейролептиков составила 5.06%. Полипрагмазия с пролонгированными нейролептиками составила - 13.93%. от общего числа и 29.33 от всех случаев полипрагмазии.

ВЫВОДЫ

1. Большая часть пациентов (>80%) имеют симптомы заболевания больше 5 лет, а почти треть (31.65%) – больны более 20 лет. Более 65% пациентов госпитализировались в психиатрические стационары не более 2 лет назад и лишь минимальное количество пациентов не госпитализировалась ранее вообще (1.9%) перед поступлением в ОИОПП. Данные результаты являются негативным прогностическим признаком в рамках общего психофармакологического подхода к лечению.
2. Средняя продолжительность лечения в условиях ОИОПП больных шизофренией составляет 26.24 ± 15.35 . Закономерно выше продолжительность нахождения на отделении пациентов «острой» группы 33.33 ± 12.43 . За исследуемый период число госпитализаций пациентов с шизофренией из ОИОПП составило 12, из которых 9 были из 1 группы «острых» пациентов, на момент поступления

имеющие основания на прямую госпитализироваться от участкового врача и 3 пациента из второй группы, не имеющие на момент поступления в ОИОПП показаний для госпитализации в психиатрический стационар.

3. Было выделено 4 группы показаний маршрутизации по направлениям пациентов с шизофренией в условия ОИОПП, основываясь на показаниях и противопоказаниях для поступления в ОИОПП.

4. Уровень полипрагмазии составил 47.47%, монотерапии по антипсихотикам первого поколения – 15.19%, монотерапии по антипсихотикам второго поколения – 32.28%. Полипрагмазия (АПП + АПП) - 10.12%, (АПП + АВП) -18.98%,

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

К сожалению, в практической деятельности врачей –психиатров на этапе амбулаторного звена и первичного приема пациентов в ОИОПП нет четкого и эффективного подхода к применению шкал описания выраженности симптоматики шизофрении. Данный подход позволил бы в большей степени оценивать эффективность лечения и определить характер ремиссии. Применение же методик описания пациентов по шкалам на амбулаторном уровне позволит выработать четкие критерии и показания для направления в ОИОПП.

Для понимания действия антипсихотических препаратов на статистическом уровне важна оценка побочных эффектов. В практической же части в историях болезни описаний побочных эффектов минимально. Что делает затруднительным оценку эффективности применений антипсихотиков первого или второго класса или их комбинаций.

Список литературы

1. Алфимова М.В., Трубников В.И. Межиндивидуальные различия в особенностях познавательной деятельности больных и лиц из группы высокого риска по шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. -1999. — Т. 9, №2. -С. 5-13.
2. Волков В.П. К проблеме злокачественного нейрорепитического синдрома // Независимый психиатрический журнал. — 2012. — № 2
3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Купирующая терапия атипичными антипсихотиками больных с впервые возникшими психотическими состояниями // Соц. и клин. психиатрия. -2011. – Т. 21. –№4. – С. 51–57.
4. Гурович И.Я., Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия 2014, т. 24, No 1
5. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г., Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи, М.:Медпрактика-М., 2007. 356 с.
6. Гурович И.Я., Сторожакова Я. А., Фурсов Б.Б., Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Журнал Социальная и клиническая психиатрия Выпуск № 1 / том 22 / 2012.

7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Первые психотические приступы у больных шизофренией // РМЖ. 2004. №22. С. 1272
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. Т. 112, № 8. С. 7–14.
9. Данилов Д. С., Дифференцированное применение современных антипсихотических средств при лечении шизофрении // Журн. неврол. и психиатрии. – 2009. – № 4. –С. 89–94.
10. Данилов Д.С., Эффективность лечебного процесса у больных шизофренией, принимающих атипичные нейролептики: значение клинических особенностей заболевания, безопасности и переносимости терапии, терапевтического сотрудничества и микросоциальных факторов (часть 1). // Психиатрия и психофармакотерапия. 2010; 12 (1): 34-41.
11. Данилов Д.С., Морозова В.Д., Оптимизация лечебного процесса у больных шизофренией, резистентных к антипсихотической терапии // Рос. психиатр. журн. 2010. № 4. С. 75-83.
12. 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.
13. Карлсон А., Лекрубье И. Дофаминовая теория патогенеза шизофрении: руководство для врачей / под ред. С.Н. Мосолова. – Лондон, 2004.
14. Левин О. С., Шиндряева Н. Н., Аникина М. А. Лекарственный паркинсонизм // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2012. — № 8. — С. 69—74.
15. Мазаева Н.А., Риски и преимущества применения атипичных антипсихотиков в психиатрии (по данным зарубежных публикаций последних лет). Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2006; 05: 4-11
16. Малин Д.И. Современные подходы к проблеме интолерантности к

- психофармакотерапии у больных эндогенными психозами. Психиатрия и психофармакотерапия. 2003; 5 (1): 38-40.
17. Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления. Психиатрия и психофармакотерапия. 2002; 4 (4): 132-136.
 18. Мосолов С.Н., Кузавкова М.В., Калинин В.В., Еремин А.В., Сулимов Г.Ю. Анализ влияния атипичных антипсихотиков на 5-факторную модель шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 3. – С. 45–52.
 19. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В., Алгоритмы биологической терапии шизофрении // Журнал «Современная терапия психических расстройств», № 1, 2014.
 20. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Капилетти С.Г. Антипсихотическая фармакотерапия шизофрении: от научных данных к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств. Доказательная медицина – клинической практике / под ред. С.Н. Мосолова. – М., 2012. – С. 11–61.
 21. Петрова Н.Н., М.В. Дорофейкова. Антипсихотическая полипрагмазия: за и против. // Современная терапия психических расстройств 2016, №3
 22. Петрова Н.Н., М.В. Дорофейкова. Антипсихотическая полипрагмазия: за и против. «Современная терапия психических расстройств» 2016, №1
 23. Приказ Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. N 311 "Об утверждении клинического руководства "Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств".
 24. Проект клинических рекомендаций. Терапия критических состояний в психиатрии — Москва: Российское общество психиатров, 2015. — 33 с.
 25. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование // Ж. невропатологии и психиатрии,- 2007. Вып. 5.- с. 4-15.
 26. Точиллов В.А., Снедков Е.В., Бадри К. Влияние ятрогенных факторов на эффективность и безопасность лечения антипсихотиками // Мат. конф. «Психиатрия и наркология в

XXI веке». – 2008. – С. 205–213

27. 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.
28. Шендеров Кирилл Валерьевич, Шашкова Нина Геннадьевна, Лапшин Алексей Олегович. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи: особенности контингента и оценка эффективности комплексного лечения Социальная и клиническая психиатрия Выпуск № 2 / том 24 / 2014
29. Alonso Suarez M., Bravo-Ortiz M.F., Fernandez-Liria A. et al. Effectiveness of community-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia // *Epid. Psychiatr. Sci.* 2011. Vol. 20, N 1. P. 65–72.
30. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (2nd ed.). *American Journal Psychiatry.* 2004; 161 (2): 1-114.
31. Andreasen N.C., Carpenter W.T.Jr., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus // *Am. J. Psychiatry.* 2005. - Vol. 162. - P. 441-449.
32. Centorrino F., Masters G.A., Talamo A. et al. Metabolic syndrome in psychiatrically hospitalized patients treated with antipsychotics and other psychotropics // *Hum Psychopharmacol.* – 2012. – Vol. 27 (5). – P.521–526. – doi: 10.1002/hup.2257.
33. Dixon L., Dickerson F., Bellack A. et al. The 2009 Schizophrenia PORT psychosocial treatments recommendations and summary statements // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol. 36, N 1. P. 48–70
34. Freedman R. Drug therapy: schizophrenia // *N Engl J Med.* – 2003. – Vol. 349. – P. 1738–49.
35. Gallego J.A., Bonetti J., Zhang J., Kane J.M., Correll C.U. Prevalence and Correlates of Antipsychotic Polypharmacy: A Systematic Review and Meta-regression of Global and Regional Trends from the 1970s to 2009 // *Schizophrenia Research.* – 2012. – Vol. 138 (1). – P.18–28. – doi:10.1016/j.schres.2012.03.018.
36. Knapp M., Beecham J., McDavid D. et al. The economic consequences of

- deinstitutionalization of mental health services: lessons from a systematic review of European experience // *Health Soc. Care Comm.* 2011. Vol. 19, N 2. P. 113–125.
37. Leff J. (Ed.). *Care in the Community: Illusion of Reality?* Chichester: J.Wiley and Sons, 1997.
38. Lelliott P., Paton C., Harrington M. et al. The influence of patient variables on polypharmacy and combined high dose of antipsychotic drugs prescribed for in-patients // *Psychiatric Bulletin*. – 2002. – Vol. 26. – P.411–414.
39. Misawa F., Shimizu K., Fujii Y., et al. Is antipsychotic polypharmacy associated with metabolic syndrome even after adjustment for lifestyle effects?: a cross-sectional study // *BMC Psychiatry*. – 2011. – Vol. 11. – P. 118. – doi: 10.1186/1471-244X-11-118.
40. Priebe S. Institutionalisation revisited – with and without walls // *Acta Psychiatr. Scand.* 2004. Vol. 110. P. 81–82.
41. Priebe S., Badesconyi A., Fioritti A. et al. Re-institutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries // *Br. Med. J.* 2005. Vol. 330. P. 123–126.
42. Priebe S., Frottier P., Gaddini A. et al. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006 // *Psychiatric Services*. 2008. Vol. 59, N 5. P. 570–573.
43. Rivett J. *From cradle to grave: 50 years of the NHS*. London: King's Fund, 1998.
44. 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.
45. Xiang V.T., Weng V.Z., Li W.Y. et al. Efficacy of the community re-entry module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up // *Br. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 190. P. 49–56.

