

ПРЕДИКТОРЫ РЕГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР  
(на примере 6 мужского отделения РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ)Тимур Рустемович Газизуллин<sup>1</sup>, Каусар Камирович Яхин<sup>1,2</sup><sup>1</sup>Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ, 420045, г. Казань, ул. Ершова, д. 49, e-mail: kary85@mail.ru, <sup>2</sup>Казанский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии с курсом медицинской психологии, 420012, г. Казань, ул. Бултерева, д. 49

Реферат. Описаны основные клинические, социальные и организационные параметры у пациентов с редкими и частыми повторными госпитализациями в психиатрический стационар. Проведен анализ связей данных параметров с числом госпитализации, а также смоделированы факторные профили указанных групп пациентов. Показано, что, несмотря на общую сходность по большинству параметров, пациенты с редкими госпитализациями имели клинический, а пациенты с частыми госпитализациями – социальный профиль.

Ключевые слова: регоспитализация, предиктор, социальная отягощенность, факторный анализ.

CHRONIC PSYCHIATRIC WARD  
READMISSION PREDICTINGTimur R. Gazizullin<sup>1</sup>, Kausar K. Yakhin<sup>1,2</sup><sup>1</sup>Republic (Tatarstan) clinical psychiatric hospital, 420045, Kazan, Ershov str., 49, e-mail: kary85@mail.ru, <sup>2</sup>Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Butlerov str., 49

The main clinical, social and organizational parameters in patients with rare and frequent readmissions in psychiatric hospital were observed. The link of these parameters with number of readmissions was analyzed, and factor profiles were created for indicated above patients' groups. Despite the general similarity in most parameters, patients with rare readmissions have a clinical profile and frequent readmission patients – social factor profile.

Key words: readmission; predictor; social withdrawn; factor analysis.

**П**овторность поступлений пациентов в психиатрический стационар является важным параметром в оценке качества и эффективности медицинской помощи. Согласно многочисленным исследованиям, феномен «вращающихся дверей» рассматривается в отрицательной коннотации и является следствием неблагоприятных клинических, фармакологических, социальных и организационных моментов [1]. С одной стороны, поддерживаемая ВОЗ социальная ориентация здравоохранения, направленная на сокращение стационарного коечного фонда и расширение различных амбулаторных форм помощи (поликлиническое наблюдение, дневной стационар, стационар на дому), привела к снижению средней длительности госпитального этапа лечения [2]. Однако остается дискуссионным вопрос об универсальности такого

подхода для всех контингентов психически больных. Так, хронический психиатрический стационар всегда в большей степени был представлен труднокурабельными пациентами – инвалидами с лекарственной полирезистентностью, отягощенными многочисленными соматическими и наркологическими расстройствами, имеющими также разнообразные социальные обременения (утрата родственных связей, склонность к общественно опасным действиям, низкий материальный уровень, отсутствия занятости) и немотивированными на реабилитационные мероприятия [4].

Как следствием этого является сохранение этапа сверхчастых госпитализаций на протяжении всей жизни и малая эффективность амбулаторных лечебных мероприятий (табл. 1) [5].

Таблица 1

## Частота повторных поступлений (%)

Год	6 мужское отделение	РКПБ МЗ РТ
2015	33	21
2016	39	23
2017	28	21
I-IX 2018	24	15

Из представленных в табл. 1 данных следует, что частота регоспитализаций в хроническом психиатрическом отделении остается стабильно высокой (при нормативе в 22%) [3] и превышает общестационарные значения. Исходя из вышеизложенного, основной целью данного исследования являлось выявление предикторов частых регоспитализаций в хроническое общестационарное отделение. В соответствии с целью исследования, были поставлены следующие задачи: а) анализ основных клинических, социальных и организационных параметров у пациентов с редкими и частыми повторными госпитализациями; б) оценка достоверности связей данных параметров с частотой регоспитализаций, в) сравнительное исследование факторной структуры клинико-социального профиля в обозначенных группах пациентов

Методической основой исследования было разделение случайной выборки пациентов на две группы:

Таблица 2

## Характеристики обследованных пациентов

Характеристики	Группа редких госпитализаций (n=75)		Группа частых госпитализаций (n=75)	
	абс.	%	абс.	%
Возраст (лет)	45,3±10,9		44,5±10,1	
Нозология				
Эндогенные психозы	57	76,0	62	82,7
Органическое расстройство личности	6	8,0	9	12,0
Деменция	2	2,7	0	0,0
Умственная отсталость	10	13,3	4	5,3
Острота состояния (по шкале CGI-S)	4,7		4,7	
Возраст начала болезни (лет)	24,8±10,8		21,7±9,2	
Длительность болезни (лет)	20,5±10,1		22,8±7,8	
Форма поддерживающей терапии				
Таблетированная	70	93,3	64	85,3
Депонированная	5	6,7	11	14,7
Полипрагмазия	17	22,7	15	20,0
Комплаентность	47	62,7	28	37,3
Алкогольная отягощенность	15	20,0	30	40,0
Соматическая отягощенность	29	38,7	26	34,7
Инвалидность	69	92,0	70	93,3
Недееспособность	19	25,3	19	25,3
Социальная опасность	13	17,3	21	28,0
Социальный пакет	43	57,3	33	44,0
Социальная поддержка	60	80,0	53	70,7
Госпитализм	13	17,3	12	16,0
Образование				
Неполное среднее	20	26,7	33	44,0
Среднее специальное	47	62,7	32	42,7
Высшее	8	10,7	10	13,3
Учреждение направления				
Скорая помощь	46	61,3	51	68,0
Поликлиника	29	38,7	24	32,0
Средняя продолжительность госпитализаций (дни)	52,4		59,9	
<36 дней	16,0	21,3	9,0	12,0
36-45 дней	15,0	20,0	9,0	12,0
45-65 дней	28,0	37,3	37,0	49,3
>65 дней	16,0	21,3	20,0	26,7

с относительно редкими (менее одной госпитализации в год) и частыми (более одной госпитализации в год) повторными госпитализациями. Работа имела ретроспективный характер и основывалась на анализе медицинской документации. Всего было исследовано 150 историй болезней, по 75 в каждой из выделенных групп. Все пациенты – мужчины, жители Казани, проходившие лечение в 6 мужском общестационарном отделении РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ с 2016 по 2018 годы. Анализ полученных данных оценивался при помощи статистических методов (непараме-

трический критерий Стьюдента и факторный анализ). Результаты исследования обрабатывались на базе программ Statistica 6.0 и MS Excel 2010.

*Результаты исследования.* На первом этапе проводилось изучение групп пациентов по выделенным 19 параметрам, касающихся нозологических, социальных и организационных характеристик (табл. 2).

Большинство пациентов обеих групп регоспитализировались по поводу шизофрении, при этом находились в состоянии значительной тяжести обострения (по шкале CGI-S) с явными поведенческими и психо-

Таблица 3

Связь повторных поступлений с основными клиническим, социальным и организационными параметрами

Параметры	p
Возраст (лет)	0,67
Нозология	
Эндогенные психозы	0,13
Органическое расстройство личности	0,7
Деменция	–
Умственная отсталость	0,09
Острота состояния (CGI-S)	0,76
Возраст начала болезни (лет)	0,17
Длительность болезни (лет)	0,19
Форма поддерживающей терапии	
Таблетированная	0,07
Депонированная	0,1
Полипрагмазия	0,7
Комплаентность	0,0001*
Алкогольная отягощенность	0,007*
Соматическая отягощенность	0,6
Инвалидность	0,9
Недееспособность	1
Социальная опасность	0,2
Социальный пакет	0,1
Социальная поддержка	0,2
Госпитализм	0,8
Образование	
Неполное среднее	0,03*
Среднее специальное	0,02*
Высшее	0,6
Направляющее учреждение	
Скорая помощь	0,4
Поликлиника	0,4
Средняя продолжительность госпитализаций (дни)	0,09

тическими нарушениями (изучение клинической феноменологии в структуре обострений не являлось целью и задачей данной работы). У пациентов с обращениями в стационар менее одного раза в год (группа с редкими госпитализациями) отмечалась более поздняя манифестация основного психического расстройства и, соответственно, более короткий катамнез болезни. Основной формой поддерживающего лечения до поступления в стационар в данной группе был пероральный прием психотропных препаратов, тогда как в группе пациентов с частыми регоспитализациями (группа частых госпитализаций) значительно активнее использовались внутримышечные депо. Стоит отметить, что речь идет в первую очередь о препаратах-нейролептиках, которые являются основными в лечении шизофрении. Подобное распределение по формам приема поддерживающей терапии косвенно объясняется параметром приверженности пациентов к лечению,

который заметно выше у пациентов с редкими регоспитализациями, регулярно принимавшими препарат, в том числе в таблетированной форме. Следующей отличительной особенностью изучаемых групп было двукратное преобладание среди пациентов с частыми повторными госпитализациями фактора алкогольной отягощенности, которая отрицательно влияла как на комплаентность, так и увеличивала толерантность к проводимой психофармакотерапии, а также являлась причиной многих социальных проблем. По остальным параметрам: полипрагмазии и соматической отягощенности, существенных различий выявить не удалось.

Одинаковая распространенность инвалидизации и недееспособности в обеих группах пациентов указывала на их хронификацию (соответствует и профиль отделения, где они проходили лечение), однако среди пациентов с редкими случаями повторных поступлений менее выражены асоциальные тенденции

Таблица 4

## Факторный профиль сравниваемых групп пациентов

Группа редких госпитализаций	Группа частых госпитализаций
Возраст (0,5)* Возраст начала болезни (-0,3) Длительность болезни (0,4) Недееспособность (0,2) Социальная опасность (0,2) Полипрагмазия (0,5) Алкогольная отягощенность (-0,4) Соматическая отягощенность (0,1) Госпитализм (0,1) Острота состояния CGI-S (0,1) Образование (0,1) Форма поддерживающей терапии (0,1) Направившее учреждение (-0,3) Средняя продолжительность госпитализаций (0,5) Социальный пакет (0,4) Социальная поддержка (0,4) Инвалидность (0,4) Комплаентность (0,4)	Возраст (-0,1) Возраст начала болезни (-0,3) Длительность болезни (0,3) Недееспособность (0,3) Социальная опасность (0,1) Полипрагмазия (0,2) Алкогольная отягощенность (-0,3) Соматическая отягощенность (0,01) Госпитализм (-0,4) Острота состояния CGI-S (0,4) Образование (-0,4) Форма поддерживающей терапии (0,1) Направившее учреждение (0,01) Средняя продолжительность госпитализаций (0,45) Эндогенные психические расстройства (0,01) Органические психические расстройства (-0,4) Умственная отсталость (-0,5)
Эндогенные психические расстройства (0,7) Органические психические расстройства (-0,7) Умственная отсталость (-0,7)	Социальный пакет (0,7) Социальная поддержка (0,7) Инвалидность (0,7) Комплаентность (0,7)

\*значение факторной нагрузки.

(параметр социальной опасности) и существеннее фактор социальной поддержки со стороны семьи. При изучении уровня образования, обращало на себя внимание, что у многих пациентов этой группы оно было полное среднее специальное (напротив, среди пациентов с частыми регоспитализациями преобладало неполное образование), и, несмотря на то, что все исследованные пациенты не были трудоустроены, более высокий уровень образования может свидетельствовать и о более высоком уровне понимания, а также приверженности к лечебным мероприятиям.

Большинство пациентов как с редкими, так и частыми регоспитализациями поступали по направлению скорой медицинской помощи, что подтверждает тяжесть и urgency при очередном обострении болезни. Средние же сроки самих госпитализаций были одинаковы в обеих группах и составляли 1,5–2 месяца.

Представленные данные описывают только количественные характеристики и не объясняют достоверность различий сравниваемых групп, а также не отражают качественную структуру их клинико-социального профиля.

Из представленных в табл. 3 данных следует, что обе группы пациентов, как с частыми, так и редкими госпитализациями, по большинству параметров идентичны ( $p > 0,05$ ) и, как говорилось выше, соответствуют контингенту хронических психических больных. Таким образом, большинство нозологических (таких как ведущий клинический диагноз, острота состояния при поступлении, длительность болезни), фармакологических (форма поддерживающей терапии, полипрагмазия), общих социальных (инвалидность, недееспособность, социальная опасность, поддержка со

стороны родственников) характеристик не являются предикторами, объясняющими по нашим результатам частые повторные госпитализации в психиатрический стационар. Однако ключевыми предикторами здесь стоит рассматривать параметры комплаентности и среднего уровня образования, которые достоверно выше встречаются ( $p < 0,05$ ) в группе пациентов с редкими регоспитализациями, а также алкогольная коморбидность, превалирующая ( $p < 0,05$ ) уже среди пациентов с частыми повторными обращениями в стационар.

На заключительном этапе работы проводилось выявление линейных корреляций между наблюдаемыми параметрами при помощи факторного анализа (табл. 4) с целью структурного моделирования типичного профиля сравниваемых групп больных (группа редких и частых госпитализаций). Статистически значимыми рассматривались факторы с нагрузкой  $\geq |0,7|$ . Ввиду малого числа переменных, во внимание принимался только один фактор.

По результатам факторного анализа, можно говорить о неоднородности структурного профиля пациентов с редкими и частыми регоспитализациями. В первой группе (частота регоспитализаций менее одной в год) основная факторная нагрузка распределяется на ведущие нозологические параметры: эндогенные, органический психические расстройства, умственная отсталость, что указывает на сохранение так называемого «клинического профиля» как ведущего предиктора их регоспитализаций. Этой тенденции не прослеживается во второй группе (частота регоспитализаций более одной в год), где факторная нагрузка распределяется по основным социальным параметрам («социальный профиль»): наличие поддержки

со стороны родственников, инвалидность, комплаентность, когда как нозологические характеристики не имеют достоверной факторной нагрузки.

Полученные результаты следует учитывать в работе амбулаторных и диспансерных служб психиатрического стационара с целью улучшения и оптимизации оказания медицинской помощи.

#### Выводы

1. Пациенты с регоспитализациями, частотой менее и более одной в год, не имеют статистически значимых ( $p > 0,05$ ) различий по большинству из нозологических, социальных и организационных параметров и представляют в нашем исследовании контингент длительно болеющих хронических психически больных.

2. Положительными предикторами регоспитализаций являются комплаентность и уровень образования, тогда как отрицательным – алкогольная отягощенность ( $p < 0,05$ ).

3. У пациентов с редкими регоспитализациями факторная структура сохраняет свой клинический профиль, что отличает их от пациентов с частыми регоспитализациями, где предикторы повторных поступлений представлены социальными характеристиками.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Волгина Ф.М., Гатин Ф.Ф., Валеева А.М. Регоспитализации в психиатрический стационар: контингент, клиника, эпидемиология // Казанский медицинский журнал. 2010. №1. С. 106–110.

2. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: Медпрактика, 2007. 356 с.

3. Методические рекомендации по статистическому анализу показателей здоровья и деятельности организации здравоохранения. Великий Новгород: Институт медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого, 2005. 66 с.

4. Семенова Н.В. Состояние и проблемы стационарной психиатрической помощи в Ленинградской области // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2012. №2. С. 55–59.

5. Ткачев Д.Ю., Кирьянова Е.М. Этап сверхчастых госпитализаций у больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (роль кликопсихопатологических и социальных факторов) // Социальная и клиническая психиатрия. 2010 Т. 20, вып. 2. С. 19–24.

#### REFERENCES

1. Volgina F.M., Gatin F.F., Valeeva A.M. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*. 2010. №1. pp. 106–110. (in Russian)

2. Gurovich I.Ya., N'yufel'dt O.G. *Sovremennyye tendentsii razvitiya i novyye formy psikhiatricheskoi pomoshchi*. Moscow: Medpraktika, 2007. 356 p. (in Russian)

3. *Metodicheskie rekomendatsii po statisticheskomu analizu pokazatelei zdorov'ya i deyatelnosti organizatsii zdavoookhraneniya*. Velikiy Novgorod: Institut meditsinskogo obrazovaniya NovGU im. Yaroslava Mudrogo, 2005. 66 p. (in Russian)

4. Semenova N.V. *Obozrenie psikhii i meditsinskoi psikhologii*. 2012. №2. pp. 55–59. (in Russian)

5. Tkachev D.Yu., Kir'yanova E.M. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 2010 Vol. 20, № 2. pp. 19–24. (in Russian)

Поступила 02.11.18