

В. А. Демченко, Н. В. Царенюк, В. В. Зозуля, С. О. Маляров
Київська міська психоневрологічна лікарня № 2 (м. Київ)

ВІДДІЛЕННЯ ПЕРВИННОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ — ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ

В останні роки все більше уваги дослідники приділяють початковому етапу шизофренії, а саме, її первинному психотичному епізоду. У низці досліджень було показано прогностичне значення перших 5 років хвороби від початку психотичних розладів, коли відбуваються найбільш серйозні біологічні, психологічні та соціальні зміни, а патологічні процеси виявляють максимальну пластичність.

Важливе значення мають економічні аспекти лікування психічних розладів на ранніх етапах. Шизофренія потребує більше фінансових затрат порівняно з іншими формами патології (близько 40 % психіатричного бюджету витрачається на лікування шизофренії). Матеріальні витрати, які визначаються кількісно, включають в себе медичні та соціальні наслідки тимчасової та постійної непрацездатності. «Невловимі» затрати визначаються стражданнями хворих та їх рідних через хворобу та її стигматизацію. Соціальна, трудова та побутова неспроможність — не тільки наслідок самої шизофренії, але й небажаних дій лікування, упередженого ставлення до психічнохворих, стигматизації хвороби та лікування.

Задачу раціонального використання обмеженого фармацевтичного бюджету та його науково обґрунтованої реструктуризації вирішують шляхом надання переваги сучасним високоефективним (ресурсозберігаючим) препаратам. Раціональна психофармакотерапія базується на виборі препарату з найкращим співвідношенням «витрата/результат» (клінічний та соціальний).

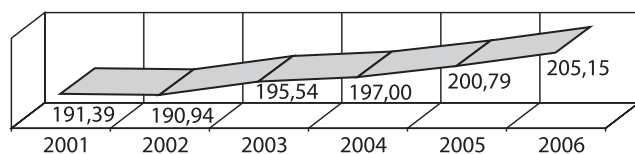
Найбільша частина затрат в психіатрії припадає на утримання лікарняної служби за рахунок повторних госпіталізацій та значної тривалості стаціонарного лікування. Розвиток позалікарняних форм надання психіатричної допомоги та ефективна реалізація реабілітаційних програм змінюють структуру медичних витрат на користь позастаціонарних служб. У денних стаціонарах, стаціонарах вдома надається допомога, яка за обсягом та ефективністю не поступається лікарняному лікуванню, але медичні витрати при цьому в 2—3 рази менші за вартість ліжко-дня та скорочується тривалість лікування.

Показники по Україні

Поширеність шизофренії відповідає загальносвітовим показникам.

Щороку збільшується первинна інвалідизація та збільшується кількість інвалідів у групі хворих на шизофренію.

Лікування першого психотичного епізоду шизофренії в Україні потребують 3670 пацієнтів. У загальному в Україні на початок 2007 року 156 311 пацієнтів (334,36 на 100 тис. населення) хворіють на шизофренію.



Кількість хворих на розлади психіки та поведінки з групи шизофренії, що мають групу інвалідності, в Україні у 2001—2006 роках (на 100 тис. населення)

При існуючих схемах лікування повторні епізоди виникають на протязі першого року в 57—67 %, а повторні епізоди на протязі 5 років — в 69—95,5 % випадків.

Кожний наступний психотичний епізод, окрім значних затрат у разі стаціонарного лікування, призводить до прогресування хвороби, суттєвого погіршення когнітивних функцій пацієнта, і як результат — рання інвалідизація. Майже 75 % хворих стають інвалідами на протязі 3 років після першого психотичного епізоду і 83 % хворих потребують повної соціальної підтримки на протязі 5 років після першого психотичного епізоду.

У 2008 році в м. Києві вперше виявлено 173 хворих на шизофренію та 258 хворих з іншими психотичними розладами (шизотиповий розлад, шизоафективний розлад, гострий поліморфний психотичний розлад з ознаками шизофренії та ін.). Показник первинної інвалідизації психічнохворих по м. Києву в 2008 році становив 0,67 на 100 тис. населення.

Вважається, що максимально раннє терапевтичне втручання впливає на нейробіологічні механізми розвитку захворювання, призводить до попередження несприятливого перебігу шизофренії та позитивно відображається на соціальному функціонуванні хворих.

На сьогоднішній день доведено доцільність раннього включення психосоціальних методик до структури допомоги хворим з першим психотичним епізодом. Психосоціальні впливи не відсувають до кінця процесу реабілітації; навпаки, вони можуть бути найбільш інтенсивними якнайбільше до початку надання психіатричної допомоги, після зняття гостроти стану, все більшою мірою стаючи майже паралельним процесом біологічного лікування.

Приєднання до оптимізованої фармакотерапії цільових психосоціальних програм здатне знизити сумарні витрати при лікуванні шизофренії на 20 % (І. Я. Гурович, О. Б. Шмуклер, Є. Б. Лобов, 2009 р.)

Виходячи з цього, хворих з першими психотичними епізодами виділяють в особливу групу, яка потребує нових організаційних форм комплексного терапевтичного втручання, що базуються переважно на позалікарняній допомозі. У зв'язку з цим у деяких країнах створюються клініки першого психотичного епізоду з програмно-цільовим обслуговуванням даного контингенту хворих, наприклад, «Центр раннього попередження при психозах» (Австралія), «Програма раннього лікування та попередження психозу» (Калгарі, Канада), трьохлітня програма реабілітації хворих з первинним психотичним епізодом (Великобританія), «Мультицентровий національний проект» (Фінляндія), клініки первинного психотичного епізоду в Росії.

Перед клінікою першого психотичного епізоду поставлені такі завдання:

- лікування гострих психотичних станів поліпрофесійною бригадою фахівців в найменш стигматизуючих умовах на основі принципу партнерства з пацієнтами;

- використання активізуючого впливу соціального оточення у лікуванні пацієнтів з хронічними психічними розладами для попередження регоспіталізацій;

- пріоритетне використання нових високоефективних лікарських препаратів, раннє приєднання до психофармакотерапії методів психосоціального впливу;

— робота з найближчим оточенням пацієнтів, надання емоційної підтримки і проведення психоосвітніх тренінгів;

— подальше ведення пацієнтів з поєднанням адекватної психофармакотерапії і різних видів психосоціальних методик для підвищення рівня їх соціального функціонування і превенції регоспіталізацій;

— формування у пацієнта відповідальності за своє здоров'я, настанови на дотримання режиму лікування і прийнятної поведінки в соціумі.

Відділення первинного психотичного епізоду було створене на базі Київської міської психоневрологічної лікарні № 2 в березні 2006 року в межах програми розвитку психіатричної допомоги населенню м. Києва. При напрацюванні положення про відділення за основу були взяті методичні рекомендації, що розроблені в Московському НДІ психіатрії, враховувався досвід організації подібних клінік в містах Росії.

Відділення було розраховане на 25 ліжок (в даний час функціонує 50 ліжок), працює в режимі денного стаціонару. На підготовчому етапі в відділенні проведено капітальний ремонт, приміщення оснащені новими меблями та організаційною технікою, необхідним інвентарем. Все це дозволяє забезпечити комфортне, затишне перебування пацієнтів у відділенні, створити сприятливе терапевтичне середовище.

Хворі госпіталізуються у відділення за направленням амбулаторного відділення ПНЛ № 2, стаціонарних відділень ПНЛ № 2 та ПНЛ № 1 (після усунення гострої психотичної симптоматики). У відділенні первинного психотичного епізоду штатним розкладом передбачені ставки завідувача відділенням, лікаря-психіатра, психолога, соціального працівника, що дозволяє реалізувати принцип поліпрофесійного підходу в наданні допомоги психічнохворим.

Відділення первинного психотичного епізоду орієнтоване на надання кваліфікованої допомоги хворим на шизофренію, шизофреноподібні, шизоафективні розлади з тривалістю захворювання до 5 років чи хворим, які перенесли не більше 3 приступів захворювання. Комплексний підхід в наданні допомоги передбачає активне медикаментозне лікування, з пріоритетним використанням атипичних антипсихотиків (оланзапін, рисперидон, амисульприду, клозапін та ін.). Паралельно з лікуванням психотичних розладів вивчається рівень соціальної адаптації та функціонування пацієнта, умови проживання в сім'ї, взаємовідносини між членами родини, складається та реалізується план психосоціальної реабілітації пацієнта.

Впровадження такого системного підходу дозволило оптимізувати співпрацю між різними формами обслуговування психічнохворих. Основними результатами такого досвіду є:

забезпечення поліпрофесійного принципу в лікуванні психічних розладів;

максимальне скорочення строків стаціонарного лікування первинних психічних хворих;

можливість лікування психотичного загострення в амбулаторних умовах з одночасним проведенням реабілітаційних психотерапевтичних та психосоціальних заходів;

комплексний фармако-психотерапевтичний підхід та різноманітність форм спілкування з хворими та серед хворих дозволяє усунути значною мірою фактор стигматизації, підвищити рівень якості життя;

формування активної позиції хворого в процесі реабілітації та дотримання терапевтичного режиму;

реалізація психопросвітницьких заходів з родиною пацієнта та можливість спілкування між всіма учасниками лікувального процесу на кожному з етапів реабілітації.

Оцінка ефективності програми

Клінічні показники:

— зменшення частоти госпіталізацій до стаціонару цілодобового перебування;

— зменшення тривалості госпіталізацій;

— підвищення якості ремісій;

— підвищення комплайєнса, подолання анозогнозії, вироблення мотивації на лікування.

Соціальні показники:

— дотримання гігієнічних норм;

— здатність до самообслуговування;

— здатність до ведення домашнього господарства і вирішення побутових проблем;

— зміна ролі в сім'ї;

— відновлення зв'язків з родичами і друзями;

— розширення соціальних контактів;

— формування соціальної прийнятної поведінки.

Психологічні показники:

— подолання самостигматизації і підвищення рівня самооцінки;

— зниження рівня емоційного напруження в сім'ї у зв'язку з наявністю в ній психічнохворої людини, емоційна підтримка пацієнта;

— залучення близьких до лікувального процесу;

— відновлення і придбання нових навичок у спілкуванні та роботі.

Переваги нової організаційної форми надання психіатричної допомоги:

— поява нової популяції пацієнтів — хворих без досвіду перебування в психіатричному стаціонарі та без досвіду вживання традиційних нейролептиків;

— відсутність дефіцитарної симптоматики, що зумовлена прийомом нейролептиків;

— відсутність стигматизації;

— довірливе ставлення до фахівців.

Надійшла до редакції 12.12.2008 р.

В. А. Демченко, В. В. Царенюк, В. В. Зозуля, С. А. Малярюк

Отделение первичного психотического эпизода — практический опыт организации

Киевская городская психоневрологическая больница № 2 (г. Киев)

Лечение первичного психотического эпизода шизофрении имеет важное значение и требует новых организационных форм комплексного терапевтического вмешательства.

Созданное отделение первичного психотического эпизода ориентировано на предоставление квалифицированной помощи больным шизофренией, шизофреноподобными, шизоаффективными расстройствами с длительностью заболевания до 5 лет или больным, которые перенесли не более 3 приступов заболевания. Комплексный подход в предоставлении помощи предусматривал активное медикаментозное лечение, с приоритетным использованием атипичных антипсихотиков (оланзапин, рисперидон, амисульприд, клозапин и др.). Параллельно с лечением психотических расстройств изучался уровень социальной адаптации и функционирования пациента, условия проживания в семье, взаимоотношения между членами семьи, разрабатывались мероприятия по психосоциальной реабилитации.

Оценка эффективности подтверждена по клиническим, социальным и психологическим показателям.

V. A. Demchenko, V. V. Tsarenyuk, V. V. Zozulya, S. A. Malyarov

The first psychotic episode unit: a practical experience of organization

Kyiv City Psychoneurological Hospital № 2 (Kyiv)

The treatment of the first psychotic episode of schizophrenia is a matter of importance and requires new organizational forms of a complex therapeutic intervention.

The established first psychotic episode unit is oriented on a qualified medical service for patients with schizophrenia, schizophrenia-like, and schizoaffective disorders with a length of the disease up to 5 years or patients with no more than 3 episodes of the disease. A complex approach foresees an active pharmacotherapy with a priority usage of atypical antipsychotics (Olanzapine, Risperidon, Amysulpride, Clozapine, etc.). Along with treatment of psychotic disorders a level of patients' social adaptation and functioning, family conditions, family interrelations were studied, and measures on a psychosocial rehabilitation were worked out.

An assessment of efficacy has been supported on clinical, social and psychological parameters.

УДК 616.89–008.447–085–036: 615.214.2–053.9

Р. В. Кулеш, Ю. В. Кулеш

КУ «Днепропетровская городская больница № 14» (г. Днепропетровск)

ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Во всем мире стремительно возрастает численность населения в возрасте 60 лет и старше. Как предполагается, между 1970 и 2025 гг. число пожилых людей возрастет на 875 млн или на 281 %. В 2025 г. в мире будет приблизительно 1,2 млрд людей в возрасте старше 60 лет. Старение населения является результатом сокращения показателей смертности во всех возрастных группах (что ведет к увеличению ожидаемой продолжительности жизни при рождении) и сокращения показателей фертильности.

По прогнозам экспертов ВОЗ в период с 2000 г. до 2050 г. численность населения в мире в возрасте 60 лет и старше увеличится более чем в три раза — с 600 млн до 2 млрд. Большая часть этого увеличения произойдет в развивающихся странах, где к 2050 г. число пожилых людей увеличится с 400 млн до 1,7 млрд человек.

Процент населения в возрасте 60 лет и старше в Украине превышает средневропейский уровень. По состоянию на 2006 г. доля населения в возрасте 60 лет и старше составила 21 %. По прогнозам люди в возрасте 60 лет и старше будут к 2030 г. составлять более 22 % населения Украины.

Согласно эпидемиологическим исследованиям, распространенность психических расстройств среди лиц пожилого возраста составляет 21,9 % [2].

По данным David Jolley среди лиц пожилого возраста, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, 50—70 % страдают шизофренией, 10—15 % — аффективными расстройствами, 5—20 % — деменцией, далее следуют расстройства личности, алкогольная зависимость, органические расстройства, сочетанная патология [5].

Психотическая симптоматика — нередкое явление среди пожилых людей, показатели распространенности в популяционных выборках колеблются от 0,2 до 4,7 % [9].

Психотическая симптоматика ассоциируется с агрессивным или дезорганизованным поведением [6] и часто является источником дистресса у лиц, осуществляющих уход за больными [16].

В таблице 1 представлены психические расстройства у лиц пожилого возраста, которые могут сопровождаться психозом [13].

Психопатологическая симптоматика с острым началом у лиц пожилого возраста, как правило, наблюдается при делирии, обусловленном соматическим

заболеванием, при злоупотреблении психоактивными веществами и психозе, вызванном лекарственными препаратами. Хронические и стойкие психопатологические симптомы могут быть обусловлены основным психопатологическим расстройством (хроническая шизофрения, шизофрения с поздним началом, бредовые и аффективные расстройства), психозом, возникшим вследствие нейродегенеративных расстройств (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, деменция с тельцами Леви и болезнь Паркинсона), или хроническими соматическими заболеваниями.

Таблица 1

Психические расстройства, которые могут сопровождаться психозом у лиц пожилого возраста

Классификация по МКБ-10	Группа расстройств
<i>Шизофрения</i>	Шизофрения с поздним началом Стойкие бредовые расстройства Острые и преходящие психотические расстройства Индукцированное бредовое расстройство Шизоаффективное расстройство
<i>Аффективные расстройства</i>	Маниакальный эпизод Биполярное аффективное расстройство Депрессивный эпизод Рекуррентное депрессивное расстройство
<i>Деменция</i>	Болезнь Альцгеймера Сосудистая деменция Болезнь Пика Болезнь Крейтцфельда — Якоба Болезнь Гентингтона Болезнь Паркинсона ВИЧ-инфекция Черепно-мозговая травма
<i>Делирий</i>	Любое заболевание

Факторы, способствующие развитию психоза у лиц пожилого возраста [9, 10]:

- возрастное повреждение лобной и височной коры;
- нейрохимические изменения, связанные со старением;
- социальная изоляция;
- недостаточность органов чувств;
- когнитивное снижение;
- возрастные фармакокинетические и фармакодинамические изменения;
- полипрагмазия.