

УДК 616.895.8

ПРОБЛЕМЫ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Руженков В.А., Щербак Н.А.

Белгородский государственный университет, Белгород

Обследовано 65 больных шизофренией, направленных в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Установлено, что только 16% из них госпитализируются по Постановлению суда (что составляет 0,46% от всех поступивших больных в течение года), остальные 84% дают согласие на госпитализацию в первые дни пребывания в стационаре. У большинства больных указанного контингента наблюдается выраженная социально-трудовая дезадаптация и низкая комплаентность. Приводятся рекомендации по стратегии и тактике лечения в условиях стационара и внебольничного звена психиатрической помощи, требования к преемственности и особенности диспансерного наблюдения.

Проблема недобровольной госпитализации и последующего лечения, психически больных в психиатрическом стационаре является сложной и многогранной, включает в себя медицинский, юридический и организационный аспекты. Данный вид госпитализации неразрывно связан с профилактикой общественно - опасных действий, аутоагрессивного поведения, а также направлен на повышение уровня социально - психологической адаптации и правовой защищенности больных психическими расстройствами (Е.И. Бабушкина, 1998).

Статья 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» предусматривает три критерия, при наличии которых лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласие или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Среди недобровольно госпитализируемых психически больных преобладают лица, страдающие шизофренией – почти 57% (И.В. Москаль, 1994), а организационные аспекты лечения как в условиях стационара, так и внебольничном звене до настоящего времени не разработаны.

В связи с этим целью настоящего исследования являлась разработка дифференцированных методов лечения и диспансерного наблюдения больных шизофренией, госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Задачами исследования были следующие:

1. Верификация причин и условий направления больных шизофренией на госпитализацию в недобровольном порядке.
2. Выявление основных погрешностей терапии и диспансерного наблюдения.
3. Разработка на основе исследования рекомендаций по дифференцированным методам лечения и диспансерного наблюдения.

Материал и методы исследования

В течение 2004 года нами обследована сплошная выборка, состоящая из 94 больных, направленных в Белгородскую областную клиническую психоневрологическую больницу по статье 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», среди них пациентов с диагнозом «шизофрения» было 65 (69,1%) человек (23 мужчины и 42 женщины), составивших объект дальнейшего исследования. Основанием для включения больных в выборку было наличие направления участкового врача психиатра или врача психиатра психиатрической бригады ССМП с указанием на госпитализацию в недобровольном порядке.

Основными методами исследования были клиничко-анамнестический, клиничко - психопатологический и статистический (описательная статистика, критерий Стьюдента t). Верификация диагноза шизофрении проводилась в соответствии с критериями МКБ-10, глава V (F).

Результаты исследования и обсуждение

В выборку вошли 23 (35,4%) мужчины и 42 (64,6%) женщины в возрасте от 19 до 79 лет (в

среднем $39 \pm 2,1$ года). Из 65 пациентов с диагнозом «шизофрения» 39 (60%) дали согласие на госпитализацию и лечение уже в приемном покое, 3 (4,6%) – в первые сутки госпитализации, 3 (4,6%) – на вторые и 1 (1,5%) – на третьи (пациент, поступивший в пятницу вечером), 5 (7,7%) больных не осматривались комиссионно, и фактически пролечены без согласия. В 14 (21,5%) случаях администрация больницы обращалась в суд с заявлением о госпитализации гражданина без его согласия, или без согласия его законного представителя.

Сравнительный анализ проводился в 2 группах: первую составили 14 больных, госпитализированных в психиатрический стационар по решению суда, вторую – 51 человек (46 – давших согласие на госпитализацию и 5 – пролеченных с нарушением Закона [не давших письменного со-

гласия и без решения суда, но фактически не возражавших против пребывания в психиатрическом стационаре и лечения)],

Возраст больных на период исследования в обеих группах был от 19 до 79 ($40,2 \pm 1,8$) лет; причем в первой и второй группах он оказался примерно одинаковым (соответственно $40,4 \pm 2,5$ и $40,1 \pm 2,1$ лет).

На период исследования в первой группе более половины 9 (64,3%) больных имели группу инвалидности по психическому заболеванию (двое из них имели случайные заработки), 4 (28,6%) были безработными. Во второй группе 42 (82,4%) имели группу инвалидности и 7 (13,7%) были безработными. Различия между группами статистически не достоверны.

По семейному положению больные распределены следующим образом (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных по семейному положению

№ п/п	Семейное положение	Давшие согласие		Госпитализированные в судебном порядке		ВСЕГО	
		К-во	%	К-во	%	К-во	%
1	Женат (замужем)	8	15,7	4	28,6	12	18,5
2	Разведен	15	29,4	3	21,4	18	27,7
3	Никогда не было семьи	28	54,9	7	50	35	53,8
ИТОГО		51	100	14	100	65	100

Обращает на себя внимание высокий уровень семейной дезадаптации больных шизофренией, направляемых в психиатрический стационар в недобровольном порядке – у большинства из них к моменту исследования не было собственной семьи (более чем в половине случаев никогда не было семьи и почти треть – разведены).

В первой группе возраст начала шизофрении составил от 13 до 42 ($28,7 \pm 1,7$) лет, а во второй от 7 до 50 ($21,7 \pm 1,4$) лет. Различия статистически достоверны ($t > 3,1$ $p < 0,01$). Данное обстоя-

тельство свидетельствует в пользу того, что при более позднем начале заболевания больной не воспринимает патологически измененное состояния собственной психики как заболевание, и таких пациентов невозможно убедить в необходимости лечения, что приводит в ряде случаев к применению недобровольной госпитализации.

Длительность заболевания в первой группе составила от 1 до 31 года ($11,2 \pm 2,2$), во второй от 0,5 года до 43 лет ($21,1 \pm 2,1$ года).

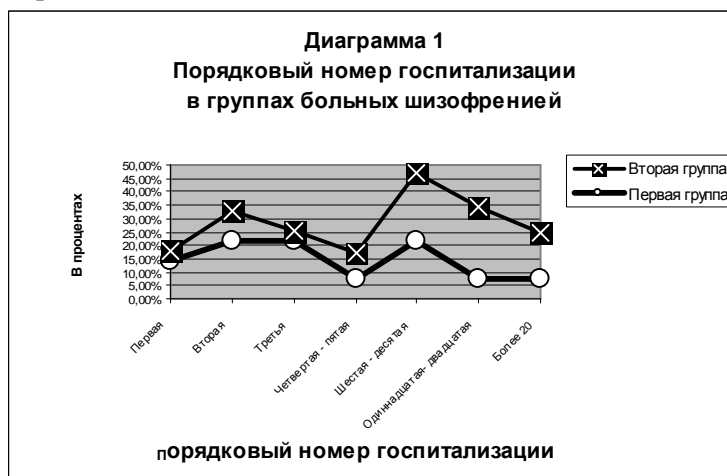


Диаграмма 1. Количество госпитализаций в группах

В первой группе более чем в половине случаев – 57,1% госпитализация была 1 – 3 по счету, в то же время во второй группе большинство больных госпитализировались более 6 раз (70,6%). В первой группе в среднем количество госпитализаций на 1 больного в 2 раза меньше, чем во второй (соответственно 5,85 и 11,7). Более раннее начало заболевания, большая его дли-

тельность и высокая частота госпитализаций способствовали тому, что больные давали согласие на госпитализацию и лечение в психиатрическом стационаре уже в приемном покое и в первый день пребывания в стационаре.

Основания для направления в психиатрический стационар в недобровольном порядке представлены в таблице 2.

Таблица 2. Основания, по которым больные шизофренией направлялись в психиатрический стационар в недобровольном порядке

№ п/п	Критерий ст. 29	Давшие согласие		Госпитализированные в судебном порядке		ВСЕГО	
		К-во	%	К-во	%	К-во	%
1	а	21	41,2	7	50	28	43,1
2	в	24	47,1	3	21,4	27	41,5
	<i>В т.ч.: а+в</i>	-	-	1	6,7	1	1,5
3	Без указания	6	11,7	4	28,6	10	15,4
ИТОГО		51	100	14	100	65	100

Как видно из таблицы 1, в общей сложности в 28 (43,1%) случаях больные направлялись на госпитализацию по п. «а» ст. 29 «Закона...», когда имеющееся психическое расстройство обусловливало угрозу для самого больного или окружающих, а в 27 (41,5%) по п. «в», когда неоказание психиатрической помощи могло нанести существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния. Примечательно, что 6 (9,2%) больных поступали повторно в течение года. Анализ этих случаев показал, что после выписки из стационара больные лечение не принимали, участкового врача-психиатра не посещали. В части это было обусловлено преждевременной выпиской из стационара (до начала становления терапевтической ремиссии).

Анализ диспансерного наблюдения и преемственности со стационаром показал, что в первой группе, состояли на активном диспансерном наблюдении 9 (64,3%) и не состояли 5 (35,7%), а во второй соответственно 40 (78,4%) и 11 (21,6%). Большинство больных первой группы участкового врача-психиатра практически не посещали, лекарства не принимали, что служило причиной обострения психопатологической симптоматики. Во второй группе 22 (43,1%) больных регулярно и эпизодически посещали врача-психиатра и принимали амбулаторное лечение. В значительном числе случаев – 14 (27,5%) родственники больных контролировали посещение ими врача-психиатра и прием лекарственных препаратов; в 7 (13,7%) случаях пациенты посещали участкового психиатра нерегулярно, лечение не принимали и в 8 (15,7%) случаях больные после выписки из стационара участкового психиатра не посетили ни разу.

На период поступления у больных, давших согласие на госпитализацию под влиянием убеждения медицинского персонала в большинстве случаев наблюдалось обострение имевшей место ранее психопатологической симптоматики (галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой, депрессивно-галлюцинаторной, психопатоподобной), а у больных, госпитализированных по постановлению суда, чаще встречались очередные приступы заболевания – шубы, с качественно новой симптоматикой с не критическим к ней отношением, что не позволяло убедить больных в необходимости лечения. Наиболее часто это были аффективно-бредовые и галлюцинаторно-бредовые состояния, а также маниакально-бредовые синдромы с завышенной оценкой собственной личности и парафренный синдром.

В первой группе преобладали лица с преморбидом стеничного шизоида, гипертимным и циклоидным складом характера; во второй в значительном числе случаев встречались личностные характеристики сенситивного, пассивного и диссоциированного шизоида, что оказывало существенное влияние на отношение больных к имевшейся у них психопатологической симптоматике и лечению.

В период стационарного лечения больные первой группы более длительное время негативно относились к терапии и медицинскому персоналу, старались уклоняться от приема медикаментов, что требовало повышенного контроля со стороны медицинского персонала. Больные второй группы, более легко соглашались на прием медикаментов и дружелюбно относились к медицинскому персоналу.

Исследование показало, что больные шизофренией составляют 69% от всех пациентов, на-

правленных в психиатрический стационар в недобровольном порядке и только 16% из них госпитализируются по Постановлению суда, что составляет 0,46% от всех поступлений в течение года.

У большинства больных изучаемого контингента наблюдается выраженная социально-трудовая адаптация: 64,3% имеют группу инвалидности, из них только 22% рабочую. Безработные и без группы инвалидности составляют почти одну треть (28,6%).

У всех больных, госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке отмечается низкая комплаентность. Практически все они отрицательно относятся к госпитализации и лечению, отказываются от приема медикаментов в амбулаторных условиях. Все вышесказанное существенно снижает уровень их социально-психологической адаптации и требует особого подхода к лечению и диспансерному наблюдению.

Принципиальными клиническими отличиями больных, госпитализированных в судебном порядке от давших согласие на госпитализацию являются: психопатический стеничный личностный преморбид и острый приступ шизофрении (шуб), с качественно новой симптоматикой, в то время как у больных, давших согласие на госпитализацию, чаще наблюдалось обострение имеющейся ранее симптоматики и более благоприятный преморбидный личностный склад.

Рекомендации по лечению больных шизофренией, госпитализированных по ст. 29 «Закона ...»

1. Назначение с первых дней инъекционных препаратов, предпочтительно нейролептиков нового поколения, имеющих минимальные побочные эффекты.

2. Тщательный контроль приема пероральных форм медикаментов.

3. Планирование выписки только в состоянии становления терапевтической ремиссии.

4. Не менее чем за 3 недели до выписки перевод на препараты пролонгированного действия. При положительном эффекте возможны выписка из стационара.

Рекомендации по диспансерному наблюдению больных шизофренией, госпитализированных по ст. 29 «Закона ...»

1. Взятие на активное диспансерное наблюдение с момента выписки из стационара.

2. Пролонгированные формы лекарственных препаратов вводить в условиях поликлиники при четком контроле участкового врача-психиатра.

3. Четко контролировать контрольные явки и выполнение назначений.

4. Взаимодействие с родственниками больных, семейная психотерапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабушкина Е.И. Применение недобровольных форм психиатрической помощи в городах и сельской местности Свердловской области //Социальная и клиническая психиатрия. -1998. - №4. -С.117-120.

2. Комментарий к Законодательству Российской Федерации в области психиатрии /Колл. авторов. Под общей ред. Т.Б.Дмитриевой. -М.: Издательство «Спарк», 1997. -363 с.

3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. -СПб.: «Оверлайд», 1994. -300 с.

4. Москаль И.В. Недобровольная госпитализация психически больных (клинико - эпидемиологический и организационный аспекты): Автореф. дис. ... кандидата медицинских наук. - М., 1994. -26 с.

Работа выполнена при поддержке внутривузовского гранта БелГУ

THE PROBLEMS OF NON-VOLUNTARY HOSPITALIZATION AND TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA

Ruzhenkov V.A., Shyerbak N.A.

Belgorod State University, Belgorod

65 schizophrenics sent to the psychiatric hospital against their will have been examined. It has been determined, that only 16 % of them are hospitalized according to the decision of the court (that amounts to 0,46 % of all patients sent to the hospital during the year), the rest 84 % of patients agree to be hospitalized during the first days of their stay in the hospital. Most of the patients of the above-mentioned contingent are characterized by marked social and labour disadaptation and low compliance. Recommendations concerning strategy and tactics of treatment in hospital and non-hospital section of psychiatric aid, requirements to succession and peculiarities of regular medical check-up are given here.