

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гатин Ф.Ф.¹, Волгина Ф.М.²

¹Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Казанская государственная медицинская академия Минздрава России, 420012, Казань

²Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Казанская государственная медицинская академия Минздрава России, 420012, Казань, farida-volgina@inbox.ru

Введение. Уровень повторных поступлений остается одним из основных критериев качества работы психиатрического учреждения. Анализ повторных госпитализаций психически больных установил её высокий уровень как в Республике Татарстан, так и в России в целом. Рост числа повторных поступлений обусловлен целым рядом различных факторов. В связи с этим были проанализированы биологические, клинические и социальные факторы, по предположению, влияющие на регоспитализацию больных в психиатрический стационар.

Органические психические расстройства представляют одну из наиболее значимых медико-социальных проблем психиатрии. Совершенствование оказания специализированной помощи больным органическими расстройствами требует комплексного подхода, включающего в себя стационарный этап, амбулаторно-поликлинические технологии, а также, результативную поддержку в системе медико-социальной реабилитации.

Цель - выявление факторов, являющихся предикторами регоспитализаций больных с органическими психическими расстройствами, прогнозирование вероятностного риска их повторных госпитализаций, разработка рекомендаций, направленных на улучшение качества медицинской помощи данной категории больных.

Материал: выборку составили 410 пациентов с органическими психическими расстройствами, относимыми МКБ-10 к разделу «Органические, включая симптоматические, психические расстройства», поступивших на лечение в РКПБ им. акад. В.М.Бехтерева МЗ РТ в 2008 году.

Методы: Использовались материалы анкетирования 410 пациентов с органическими психическими расстройствами. В качестве основной программы исследования использовался специально разработанный опросник, включающий в себя информацию о клинических, биологических и социальных характеристиках пациента. Для статистической обработки использовался пакет прикладных программ SPSS v.13.0. При анализе данных использовали критерий χ^2 и критерий Стьюдента.

Результаты: По результатам клинико-эпидемиологического исследования были выявлены предикторы вероятности повторных госпитализаций у пациентов с органическим психическим заболеванием и была разработана таблица, позволяющая оценить (спрогнозировать) возможность повторной госпитализации пациента в течение текущего года.

Ключевые слова: прогнозирование повторных госпитализаций, органические психические расстройства, психиатрический стационар, дезадаптация.

PREDICTING THE PROBABILITY OF RE-ADMISSIONS OF PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS

Gatien F.F.¹, Volgina F.M.²

1. State budget educational institution of additional vocational training Kazan State Medical Academy, Russian Ministry of Health, 420012, Kazan

2. State budget educational institution of additional vocational training Kazan State Medical Academy, Russian Ministry of Health, 420012, Kazan, farida-volgina@inbox.ru

Introduction. Level readmissions remains one of the main criteria for the quality of the mental health facility. Analysis of readmissions mentally ill set her high level in the Republic of Tatarstan and Russia as a whole. The growing number of readmissions due to several different factors. In this regard, were analyzed biological, clinical and social factors, on the assumption that affect regospitalizatsiyu patients in a psychiatric hospital.

Organic mental disorders represent one of the most significant health and social problems of psychiatry. Improving the provision of specialized care to patients with organic disorders requires a comprehensive approach that includes a stationary phase, outpatient technology, as well as efficient support in the medical and social rehabilitation.

The goal - to identify the factors that are predictive of regospitalizatsy patients with organic mental disorders, prediction probability risk of repeated hospitalizations, development of recommendations aimed at improving the quality of care of these patients.

Material: The sample consisted of 410 patients with organic mental disorders attributable to ICD-10, see "Organic, including symptomatic, mental disorders", admitted for treatment in in 2008.

Methods: We used the materials survey 410 patients with organic mental disorders. As a basic research program using a specially designed questionnaire, including information on clinical, biological and social characteristics of the patient. Statistical analysis used the software package SPSS v.13.0. When analyzing the data using χ^2 test and Student's t test.

Results: According to the results of clinical and epidemiological studies have identified predictors of the likelihood of hospital readmissions for patients with diseases and organicheskimim psicheskimim table was developed, allowing to estimate (predict) the possibility of re-hospitalization during the current year.

Keywords: forecasting readmissions, organic mental disorders, psychiatric hospital, maladjustment.

Актуальность проблемы

Состояние здоровья населения ухудшается в связи с увеличением нервно-психических нагрузок, стрессовых ситуаций, с ростом алкоголизма и наркомании, снижением качества жизни в отдельных социальных группах. Все эти проблемы приводят и к ухудшению психического здоровья населения.

По данным ВОЗ в настоящее время в мире психическими расстройствами страдают более 450 млн. человек [3]. По данным Jung-Seok, Choi (2009г.) одна из четырех семей имеет одного родственника с психическими расстройствами. Известно, что не существует групп населения, защищенных от психических заболеваний, а значит, последствия данного вида страданий проявляются широким кругом медицинских и социальных проблем.

В последние годы во всех регионах Российской Федерации отмечается стойкая тенденция увеличения числа лиц с психическими расстройствами. Поэтому психические заболевания являются одной из важнейших социальных, экономических, культурных и медицинских проблем в современной России.

Главной тенденцией в изменении организационных основ психиатрической помощи, поддерживаемой ВОЗ, является стойкая тенденция к сокращению численности коечного фонда при одновременном развертывании разнообразных внестационарных форм помощи пациентам. Тем не менее, в настоящее время отмечается увеличение объема стационарной психиатрической помощи. Лечение больных в условиях психиатрического стационара является основным и неотъемлемым компонентом общей системы психиатрической помощи [3].

Психиатрическая стационарная помощь по - прежнему характеризуется высоким уровнем госпитализации (46,6 на 100 тыс. населения) и высоким уровнем повторных поступлений в стационар в том же году – 22,1%, особенно больных психозами – 26,4%, в том числе шизофренией – 28,6% [8]. Итак, почти треть пациентов после выписки вновь в том же году возвращается в стационар.

Пациенты, у которых регоспитализации являются частыми (ежегодными) или сверхчастыми (две и более в течение года), формируют группу больных, для которых оказанная специализированная помощь оказывается недостаточной. Каждая регоспитализация является результатом неэффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, что сопряжено с высокими экономическими затратами [5].

Уровень повторных поступлений остается одним из основных критериев качества работы психиатрического учреждения. Анализ повторных госпитализаций психически больных установил её высокий уровень как в Республике Татарстан, так и в России в целом. Примерно каждый пятый больной госпитализируется в психиатрический стационар повторно в Российской Федерации, и каждый четвертый в РТ [6].

Органические психические расстройства представляют одну из наиболее значимых медико-социальных проблем психиатрии. Важность данной проблемы обусловлена большой их распространенностью как в популяции в целом, так и в психиатрической и общесоматической практике. Нуждается в совершенствовании диагностика этих расстройств. Их труднокурабельный характер указывает на необходимость поиска оптимальных решений.

Совершенствование оказания специализированной помощи больным органическими расстройствами требует комплексного подхода, включающего в себя стационарный этап, амбулаторно-поликлинические технологии, а также, результативную поддержку в системе медико-социальной реабилитации. Длительное содержание психически больных в закрытых стационарных учреждениях оказывает неблагоприятное влияние на прогноз заболевания. Чем меньше времени больной проводит в закрытом лечебном учреждении, тем больше у него возможностей сохранить социальные позиции [8].

По-видимому, рост числа повторных поступлений обусловлен целым рядом различных факторов. В связи с этим были проанализированы биологические, клинические и социальные факторы, по предположению, влияющие на регоспитализацию больных в психиатрический стационар.

Целью исследования явилось выявление факторов, являющихся предикторами регоспитализаций больных с органическими психическими расстройствами, прогнозирование вероятностного риска их повторных госпитализаций, разработка рекомендаций, направленных на улучшение качества медицинской помощи данной категории больных.

Материал. В ходе ретроспективного клинико-социального исследования были изучены демографические, клинико-эпидемиологические и социальные характеристики пациентов, поступивших на лечение в РКПБ им. акад. В.М.Бехтерева МЗ РТ в 2008 году.

Выборка пациентов с органическими психическими расстройствами сформирована с учетом прогрессирующего роста данной патологии по сравнению с другими видами психических расстройств, составившей в 2008 году по Республике Татарстан - 327,9 на 100 000 населения. Таким образом, обследованное число пациентов соответствует генеральной совокупности.

Проведено углубленное выборочное сравнительное клинико-эпидемиологическое исследование психически больных органическими расстройствами – 206 чел. городских и сельских жителей, госпитализированных в РКПБ в течение 2008 года 2 и более раз. Группы исследования были сформированы с учетом совпадения поло-возрастных характеристик обследуемых (метод «копия-пара»). Использовались материалы анкетирования 410 пациентов с органическими психическими расстройствами, Данным исследованием были охвачены пациенты с заболеваниями, относимыми МКБ-10 к разделу «Органические, включая симптоматические, психические расстройства».

С целью сравнительной оценки клинико-динамических показателей контингента психически больных с органическими расстройствами, имеющих повторные госпитализации, и формирования репрезентативной выборки, была обследована контрольная группа, состоявшая из 204 городских и сельских жителей из числа психически больных органическими расстройствами, поступивших в РКПБ повторно в течение жизни, но однократно в течение 2008 года.

Методы. Для статистической обработки использовался пакет прикладных программ SPSS v.13.0. При анализе данных использовали критерий χ^2 и критерий Стьюдента.

Из 410 пациентов 206 человек были госпитализированы повторно в жизни, но однократно в 2008 г. (они были отнесены к I группе сравнения - контрольной) и 204 чел. – два и более раз в течение года (они составили II группу). Средний возраст пациентов I группы составил $46,4 \pm 3,1$ года, II – $43,9 \pm 2,4$ года ($p > 0,05$). В I группе было 102 (49,5 %) мужчины и 104 женщины (50,5 %), во II – 102 мужчины и 102 женщины (по 50,0 %). Это позволяет сделать вывод о том, что группы были однородными по половому и возрастному составу.

Далее представлены результаты анализа показателей, для которых в ходе статистического исследования выявлено значимое влияние на кратность госпитализации. Сравнение пациентов по возрастным группам представлено на рис. 1.

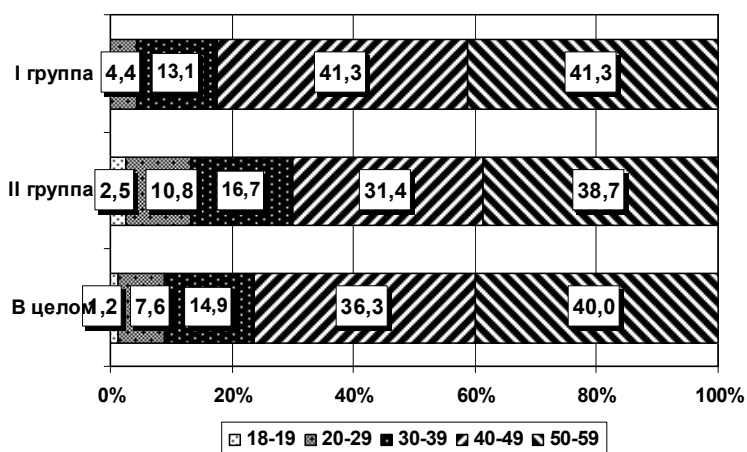


Рис. 1. Сравнение пациентов по возрастным группам, %.

Хотя в целом средний возраст пациентов групп сравнения и не отличался друг от друга, в возрастных группах были выявлены некоторые отличия. Можно видеть (рис. 1), что в возрастной группе 20-29 лет количество пациентов во II группе (10,8 %) превышало количество пациентов в I (4,4 %, $p < 0,05$) почти в 2 раза. В возрастной группе 40-49 лет количество пациентов в I группе (41,3 %) было больше, чем во II (31,4 %, $p < 0,05$). Видно, что в целом, 76,3 % пациентов – возрасте старше 40 лет. Следовательно, чем старше по возрасту пациенты, тем большая вероятность повторных поступлений. При анализе семейного положения были рассмотрены следующие варианты ответов пациентов: женат (замужем), холост (незамужем), разведен (а), вдовец (вдова). Учитывался уровень образования: отсутствует или вспомогательная школа, начальное или неполное среднее, среднее, средне-специальное, незаконченное высшее, высшее. Существенных отличий среди пациентов групп сравнения не было.

При анализе условий совместного проживания необходимо обратить внимание на то, что хотя большинство пациентов из групп сравнения проживает с семьей, в I группе таких больше (95,1 %), чем во II (82,8 %, $p < 0,001$). Во II группе 7,4 % пациентов проживает с родителями, в то время как среди пациентов I группы таких не выявлено совсем (0,0 %, $p < 0,001$). В целом, большинство пациентов (89,0 %) проживает с семьей.

По данным отечественных исследователей, число лиц, впервые признанными инвалидами по психическому заболеванию, начиная с 70-х годов, на протяжении ряда лет было достаточно стабильным (И.Я. Гурович и соавт., 1992, 1995). После 1989 года отмечается их рост, в значительной степени связываемый авторами с происходящими экономическими изменениями. В нашем исследовании сравнение пациентов по источнику существования представлено на рис. 2.

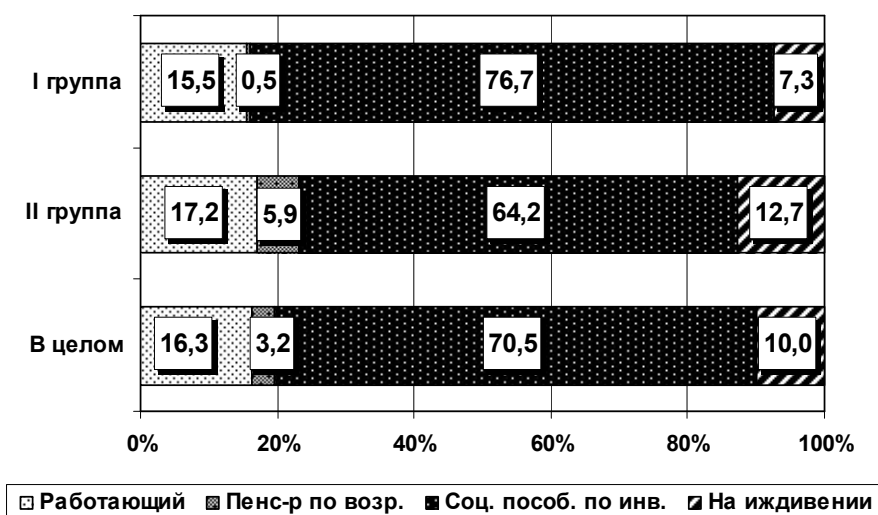


Рис. 2. Сравнение групп по источнику существования (в %).

Можно видеть (рис. 2), что среди пациентов I группы пенсионеров по возрасту, практически, не было (0,5 %), в то время как среди пациентов II группы их было 5,9 % ($p < 0,01$). Получающих социальное пособие по инвалидности среди пациентов I группы было больше (76,7 % против 64,2 %, $p < 0,01$). Инвалидность по психическому заболеванию у пациентов I группы была зафиксирована чаще (76,7 %), чем у пациентов II группы (64,2 %, $p < 0,01$). В целом, 70,5 % пациентов получают социальное пособие по инвалидности. Доля пациентов, нигде не работавших, не имея при этом группы инвалидности, составляет в I группе 7,3%, а во второй увеличивается до 12,7% ($p < 0,01$), что отражает значительное дезадаптирующее влияние частых госпитализаций в стационар. Следует отметить, что данный контингент является наиболее проблемным в плане ресоциализации в связи с его особенностями: у большинства из этих больных отмечалось такие неблагоприятные факторы, как злоупотребление алкоголем или иными психоактивными веществами, асоциальные тенденции в поведении

Далее была рассмотрена динамика психопатологических проявлений, наблюдающихся у пациентов с органическими поражениями головного мозга, а также группа этиологических факторов, вызвавших эти нарушения.

В таблице 1 представлено распределение пациентов по диагнозам в соответствии с кодами МКБ-10.

Таблица 1.

Распределение пациентов по диагнозам в соответствии с кодами МКБ-10

Код МКБ-10	I группа		II группа		В целом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
06.0*	7	3,4	0	0,0	7	1,7

06.2*	28	13,6	40	19,6	68	16,6
06.3*	22	10,7	21	10,3	43	10,5
06.4*	6	2,9	9	4,4	15	3,7
06.6*	10	4,9	8	3,9	18	4,4
06.8*	40	19,4	41	20,1	81	19,8
07.0*	58	28,2	44	21,6	102	24,9
07.8*	29	14,1	34	16,7	63	15,4
07.9*	6	2,9	7	3,4	13	3,2
Всего	206	100,0	204	100,0	410	100,0

Статистически достоверного отличия в частоте встречаемости диагнозов в группах сравнения не выявлено. В целом, большую часть составляют пациенты с органическими расстройствами личности и поведения - F07.0* (24,9 %), F07.8* (15,4), F07.9* (3,2 %), всего 43,5 %.

Анализ этиологии возникновения заболевания представлен в таблице 2.

Таблица 2.

Частота встречаемости различных причин заболевания

Этиология	I группа		II группа		В целом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Последствия травмы ЦНС	32	15,5	25	12,3	57	13,9
Инфекция ЦНС	5	2,4	0	0,0	5	1,2
Сосудистое заболевание ЦНС	44	21,4	28	13,7	72	17,6
Соматическое заболевание	5	2,4	0	0,0	5	1,2
Атрофический процесс в ЦНС	2	1,0	0	0,0	2	0,5
Неуточенное заболевание ЦНС	118	57,3	145	71,1	263	64,1
Прочие	0	0,0	6	2,9	6	1,5
Всего	206	100,0	204	100,0	410	100,0

Анализ данных, представленных в таблице 2, позволил сделать следующие выводы. Среди пациентов I группы чаще встречались пациенты с сосудистым заболеванием ЦНС (21,4 %), чем среди пациентов II (13,7 %, $p < 0,05$). Неуточенное заболевание ЦНС чаще выявлялось у пациентов II группы (71,1 % против 57,3 %, $p < 0,01$). В целом, неуточенное заболевание ЦНС фиксировалось чаще всего – в 64,1 % случаев. При этом в большинстве случаев полиморфность психопатологической картины, континуум клинических характеристик затрудняли выделение ведущего, специфического патогенного фактора.

Данные о синдромах, выявляемых при предыдущей госпитализации, представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Синдромы, выявленные при предыдущей госпитализации

Синдромы	I группа		II группа		В целом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Неврозоподобные	65	31,6	58	28,4	123	30,0
Аффективные (не бредовые)	4	1,9	17	8,3	21	5,1
Аффективно-бредовые	17	8,3	46	22,5	63	15,4
Галлюцинаторные	6	2,9	0	0,0	6	1,5
Галлюцинаторно- параноидные	46	22,3	50	24,5	96	23,4
Параноидные	1	0,5	0	0,0	1	0,2
Когнитивные	2	1,0	6	2,9	8	2,0
Поведенческие	1	0,5	14	6,9	15	3,7
Психоорганические	64	31,1	13	6,4	77	18,8
Всего	206	100,0	204	100,0	410	100,0

Как видно из таблицы 3, что аффективные синдромы при предыдущей госпитализации чаще встречались у пациентов II группы (8,3 %), в то время у пациентов I группы они были, сравнительно, редкими (1,9 %, $p < 0,01$). Аффективно-бредовые синдромы также чаще фиксировались у пациентов II группы (22,5 % против 8,3 %, $p < 0,001$). То же можно сказать и о поведенческих синдромах – 6,9 % у пациентов II группы и 0,5 % у пациентов I группы ($p < 0,01$). Сравнительно много пациентов I группы поступило на предыдущее лечение с психоорганическими синдромами - 31,1 %, среди пациентов II группы таких было всего 6,4 % ($p < 0,001$). В целом, при предыдущих госпитализациях чаще всего выявлялись неврозоподобные (30,0 %) и галлюцинаторно-параноидные (23,4 %) синдромы.

Данные о длительности заболевания пациентов групп сравнения представлены на рис. 3.

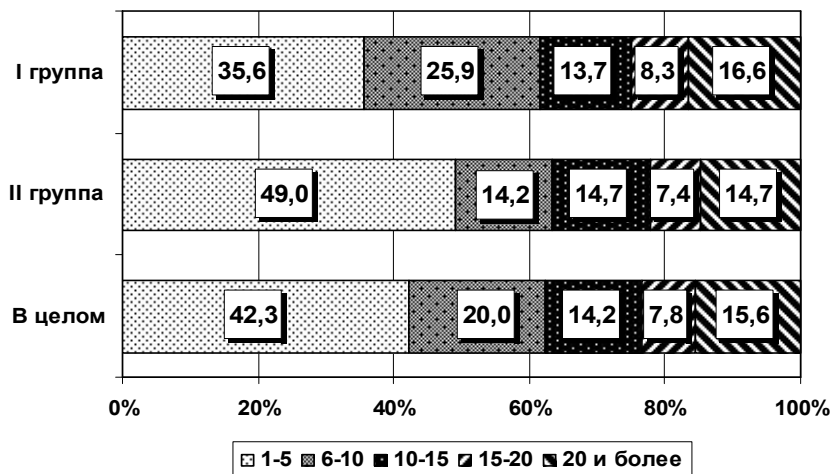


Рис. 3. Сравнение групп по длительности заболевания (в %).

Анализ данных длительности течения заболевания в изучаемых группах представленных на рис. 3, выявляет корреляцию ($p < 0,01$) и позволяет сделать вывод о том, что среди пациентов, болеющих от 1 до 5 лет, представителей II группы больше (49,0 %), чем I (35,6 %, $p < 0,01$). Болеющих от 6 до 10 лет в I группе больше (25,9 % против 14,2 %, $p < 0,01$). В целом, большинство пациентов болело от 1 до 10 лет, таких было зафиксировано 62,3 %.

Данные об утрате способности к труду у пациентов групп сравнения представлены на рис. 4.

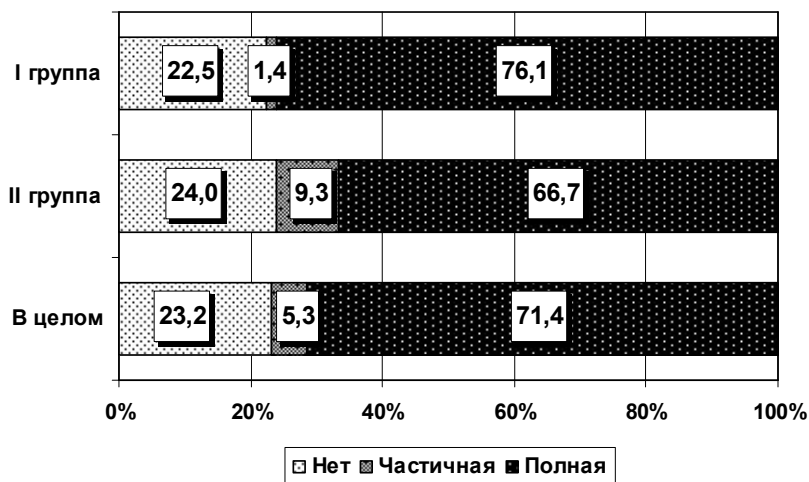


Рис. 4. Сравнение групп по степени утраты способности к труду (в %).

На рис. 4 видно, что среди пациентов II группы выявлено 9,3 % с частичной утратой способности к труду, в I группе таких было всего 1,4 % ($p < 0,001$). В I группе выявлено 76,1 % пациентов с полной утратой способности к труду, тогда как во II группе таких было 66,7 % ($p < 0,05$). В целом, 71,4 % пациентов имели полную утрату способности к труду.

При рассмотрении характеризующих поддерживающую терапию показателей выявлено, что среди пациентов II группы зафиксировано 19,6 % с частичной необходимостью

в постоянном лечении, в I группе таких пациентов было гораздо меньше - 1,4 % ($p < 0,001$). В I группе выявлено 75,6 % пациентов с полной необходимостью в постоянном лечении, во II группе таких было 53,4 % ($p < 0,001$). В целом, 64,6 % пациентов имели полную необходимость в постоянном лечении.

В таблице 4 представлена информация о проявлении дезадаптации у пациентов групп сравнения.

Таблица 4.

Проявление дезадаптации у пациентов групп сравнения

Проявление дезадаптации	I группа		II группа		В целом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отсутствует	107	51,2	65	31,9	172	41,6
Снижение поведенческой активности	32	15,3	65	31,9	97	23,5
Агрессивность	3	1,4	6	2,9	9	2,2
Антисоциальное поведение	15	7,2	0	0,0	15	3,6
Злоупотребление психоактивными в-вами	49	23,4	58	28,4	107	25,9
Своеобразное поведение	0	0,0	10	4,9	10	2,4
Всего	206	100,0	204	100,0	410	100,0

Анализ таблицы 4 позволяет сделать следующие выводы. Во – первых, у 51,2 % пациентов I группы дезадаптация отсутствует, среди пациентов II группы таких было 31,9 % ($p < 0,001$). Во-вторых, снижение поведенческой активности выявлено у 31,9 % пациентов II группы, среди пациентов I группы таких в обнаружено 2 раза меньше – 15,3 % ($p < 0,001$). В – третьих, антисоциальное поведение выявлено у 7,2 % пациентов I группы, в то время как среди пациентов II группы таких не было совсем (0,0 %, $p < 0,001$). Таким образом, пациенты со своеобразным поведением встречались среди пациентов II группы в 4,9 % случаев, а среди пациентов I группы таких не было обнаружено (0,0 %, $p < 0,01$). В целом, чаще всего проявления дезадаптации не выявлялись (41,6 %). Если присутствовала дезадаптация, то чаще всего она была представлена в виде злоупотребления психоактивными веществами (25,9 %), либо, снижением поведенческой активности (23,5 %).

Результаты и обсуждение. Итак, проведенное исследование контингента пациентов с органическими психическими расстройствами, и среди них, в частности, группы больных, с

повторными госпитализациями в психиатрический стационар в течение года, выявило следующие закономерности. Средний возраст в группах сравнения был старше 40 лет - 76,3% ($p < 0,05$). Большинство пациентов проживает совместно с семьей – 89% ($p < 0,001$). Часто больные с органическими психическими расстройствами повторно госпитализированные в психиатрический стационар социально дезадаптированы, т.е. не имеют группы инвалидности и нигде не работают – 12,7 % ($p < 0,01$). Сравнимые группы пациентов в нозологическом отношении представлены в целом, органическими расстройствами личности и поведения - F07.0* (24,9 %), F07.8* (15,4), F07.9* (3,2 %), всего 43,5 %. смешанного генеза.

Анализируя причины возникновения органических психических расстройств, было выявлено, что среди пациентов I группы чаще встречались пациенты с сосудистым заболеванием ЦНС (21,4 %), чем среди пациентов II (13,7 %, $p < 0,05$), а « неутонченное заболевание ЦНС» чаще выявлялось у пациентов II группы (71,1 % против 57,3 %, $p < 0,01$). В целом, неутонченное заболевание ЦНС фиксировалось чаще всего – в 64,1 % случаев. При этом в большинстве случаев полиморфизм психопатологической картины, континуум клинических характеристик затрудняли выделение ведущего, специфического патогенного фактора. При сравнении пациентов по давности заболевания, выявляется, что у 2/3 больных длительность заболевания составляла от 1 до 10 лет – 62,3 % ($p < 0,01$). Среди пациентов, болеющих от 1 до 5 лет, представителей II группы больше (49,0 %), чем I (35,6 %, $p < 0,01$). Болеющих от 6 до 10 лет в I группе больше (25,9 % против 14,2 %, $p < 0,01$). Группы существенно не отличались по демографическим показателям, образовательному уровню и трудовому стажу, в отношении длительности заболевания, характера поддерживающей терапии, и её реализации в амбулаторных условиях.

По результатам клинико-эпидемиологического исследования нами была разработана таблица, позволяющая оценить (спрогнозировать) возможность повторной госпитализации пациента в течение текущего года.

Для разработки методики оценки мы использовали неоднородную последовательную процедуру (НПП) распознавания [4]. К достоинствам НПП можно отнести то, что она не требует знания законов, которым подчиняется эмпирическое распределение, и пригодна при любой форме распределений. В этом смысле она может быть отнесена к непараметрическим. НПП легко реализуется с помощью табличных методов вычислительной диагностики. В сравнении с другими табличными методами она относительно проста и близка к врачебному мышлению в своей логической основе. К ограничениям НПП можно отнести то, что она является альтернативной, т.е. позволяет отнести состояние пациента к одному из двух возможных.

В результате применения неоднородной последовательной процедуры распознавания получается один из трех ответов: "Состояние А" (в нашем случае – «Повторной госпитализации не будет»), "Состояние В" (для нашего случая – «Повторная госпитализации будет») или неопределенный ответ, который может свидетельствовать как о недостатке информации, так и о предполагаемом промежуточном состоянии между А и В.

На первом этапе вычислений был проведен анализ кратности госпитализации и признаков, представленных в анкете. Дальнейшей обработке подвергались те параметры, для которых выявилось статистически значимое влияние на кратность госпитализаций. Проводилось исследование дифференциальной информативности этих признаков. Это исследование позволило отобрать для прогностической таблицы наиболее информативные из них.

В прогностической таблице признаки располагаются в порядке убывания коэффициентов информативности. Вошли в таблицу только те признаки, информативность которых была больше 0,4, потому что оставлять признаки с малой информативностью в рабочей таблице нецелесообразно, так как они мало увеличивают общую информативность, удлиняют процедуру и могут увеличить число ошибок. Для каждой градации признака были вычислены прогностические коэффициенты.

В таблице 5 представлены результаты проведенных вычислений.

Таблица 5.

Таблица для прогнозирования повторной госпитализации

№	Фактор	Градации фактора	ПК
1.	Основные психопатологические синдромы при предыдущем поступлении	Неврозоподобные	0,5
		Аффективные (не бредовые)	-6,3
		Аффективно-бредовые	-4,4
		Галлюцинаторные	-5,1
		Галлюцинаторно-параноидные	-0,4
		Параноидные	-7,5
		Когнитивные	-4,8
		Поведенческие	-7,5
		Психоорганические	6,9
2.	Этиология	Последствия травмы ЦНС	1,0
		Инфекция ЦНС	-3,3
		Сосудистое заболевание ЦНС	1,9
		Соматическое заболевание	-0,5

		Атрофический процесс в ЦНС	-7,7
		Неуточенное заболевание ЦНС	-0,9
		Прочие	5,9
3.	Необходимость в постоянном лечении	Нет	-0,7
		Частичная	-2,4
		Полная	1,5
4.	Проявление дезадаптации	Отсутствует	2,1
		Снижение поведенческой активности	-3,1
		Агрессивность	-3,1
		Антисоциальное поведение	0,6
		Злоупотребление психоактивными веществами	-0,8
5.	Источник существования	Работающий	-0,4
		Пенсионер по возрасту	-1,8
		Соц. пособие по инвалидности	0,8
		На иждивении	-2,4
6.	Проживание	Одинок	-2,1
		С семьей	0,6
		С родителями	2,1
7.	Степень утраты способности к труду	Нет	-0,3
		Частичная	-2,1
		Полная	0,6
8.	Возраст, лет	18-19	-4,5
		20-29	-2,9
		30-39	-1,0
		Старше 40	1,2
9.	Диагноз по МКБ-10	06.0*	-0,6
		06.2*	-1,6
		06.3*	0,2
		06.4*	-1,8
		06.6*	0,9
		06.8*	-0,1
		07.0*	1,2
		07.8*	-0,7

	07.9*	-0,7
--	-------	------

Используется таблица следующим образом. В ходе осмотра пациента выясняют градации каждого из признаков, представленных в таблице. Затем начинают складывать прогностические коэффициенты, соответствующие этим градациям. Когда сумма станет больше или меньше порогового значения, вычисления прекращаются и делается вывод о принадлежности пациента к одному из прогнозируемых состояний. Если все коэффициенты просуммированы, а величина порогового значения не достигнута, то по результатам применения прогностической таблицы дается неопределенный ответ. Данные представлены в таблице 6.

Таблица 6.

Шкала прогностической оценки вероятности повторной госпитализации пациентов с органическими психическими расстройствами в стационар

Прогностический коэффициент (ПК)	Прогноз регоспитализации
- 13 и менее	Есть вероятность повторного поступления в течение текущего года
- 12,9 - + 12,9	Неопределенный результат
+13 и более	Нет вероятности повторной госпитализации в текущем году

Величины пороговых значений сумм прогностических коэффициентов берутся из соответствующих статистических таблиц [4]. При уровне ошибки в 5 % величина пороговой суммы составляет ± 13 .

Приведем пример использования таблиц.

Больной К., 27 лет. Основные психопатологические синдромы при предыдущем поступлении - галлюцинаторно-параноидные (ПК = -0,4, см. таблицу *1). Этология - атрофический процесс в ЦНС (ПК = -7,7, сумма = -8,1). Необходимость в постоянном лечении – полная (ПК = 1,5, сумма = -6,6). Проявление дезадаптации - снижение поведенческой активности (ПК = -3,1, сумма = -9,7). Источник существования – пенсионер по возрасту (ПК = -1,8, сумма = -11,5). Проживание – с родителями (ПК = 2,1, сумма = -9,4). Степень утраты способности к труду – частичная (ПК = -2,1, сумма = -11,5). Возраст, лет – 20-29 (ПК = -2,9, сумма = -14,4). Сумма равна -14,4 (меньше нижнего предела "-13"), поэтому вычисления прекращаются и делается вывод о том, что для данного пациента имеется высокая вероятность повторной госпитализации в течение текущего года.

Таким образом, прогностическая таблица позволяет оценить риск повторной госпитализации пациента в течение текущего года.

Заключение. Экспертная прогностическая оценка вероятности повторных поступлений в психиатрический стационар пациентов с психическими органическими расстройствами – надежный метод, позволяющий проводить индивидуальное прогнозирование с помощью большого числа различных факторов. Проведение прогнозирования учитывает клинический и социальный аспект регоспитализаций.

Предложенный метод легко выполним на любых этапах осуществления психиатрической помощи: врачом-психиатром амбулаторной службы для назначения адекватной поддерживающей терапии, врачом стационара для проведения психолого-психиатрической помощи как самому пациенту, так и членам его семьи, заведующим психиатрическим отделением и заместителям главного врача крупных психиатрических стационаров для осуществления медико-социальной помощи данному контингенту больных посредством привлечения социальных служб в целях повышения качества жизни больных, страдающих органическими психическими расстройствами.

Список литературы

1. Волгина, Ф.М. Регоспитализации в психиатрический стационар: контингент, клиника, эпидемиология. / Ф.М. Волгина, Ф.Ф. Гатин, А.М. Валеева // Казанский медицинский журнал. –2010. – №1 – С. 106 – 110.
2. Волгина Ф.М. Повторные госпитализации в психиатрический стационар/ Ф.М. Волгина, Ф.Ф. Гатин, А.М. Валеева // Казанский медицинский журнал. –2010. – №3 – С. 354 – 358.
3. Волгина, Ф.М. «Клинические, социальные и биологические предикторы регоспитализаций психически больных с органическими расстройствами» Автореф. дис...канд. мед. наук. – Москва, 2012. – 22 с.
4. Голдобина, О.А. Система охраны психического здоровья и повышения эффективности психиатрической службы / О.А. Голдобина, В.А. Трешутин. - М.: Наука, 2005. — 260 с.
5. Гублер, Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер. – Л.: Медицина, 1978. – 296 с.
6. Гурович, И.Я. Психиатрические больницы сегодня / И.Я. Гурович. // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. – СПб. 2009. – Т.1. – С. 37-46.
7. Гурович, И.Я. Психосоциальное лечебно - реабилитационное направление в психиатрии /И.Я. Гурович// Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. - № 4. – С. 63-65.

8. Гурьянова, Т.В. Основные закономерности госпитализации психически больных в Республике Татарстан (клинико-эпидемиологическое исследование) Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н./ Т.В. Гурьянова. – М., 2008. – С. 22 .
9. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М., 2001. – С. 215.
10. Файзуллина Е.В. Влияние хронических дерматозов на прогноз дальнейшей службы у сотрудников органов внутренних дел /Е.В. Файзуллина, Л.К. Бунакова, О.А. Бунаков// Практическая медицина. – 2013. - №1 – 4. – С.54 - 58.
11. Чуркин, А.А. Психиатрическая помощь населению России в 2006 г./ А.А. Чуркин, Н.А. Творогова // Российский психиатрический журнал. – 2007. - №4. – С. 4-12.
12. Шереметьева И.И. «Эзогенно-органические психические расстройства в общей структуре психических заболеваний»: Автореф. дис...д-ра. мед. наук. – Москва, 2008. – С. 45.
13. De Francisco, D. The relationship between length of hospital stay and rapid – readmission rates / D. De Francisco, D. Anderson, R. Pantano, et.al. // Hospital and Community Psychiatry – 1980. - Vol. 31. - № 3. – P. 196-197.
14. Jung-Seok, Choi Социальное функционирование и качество жизни как меры эффективности при лечении шизофрении / Choi Jung-Seok // Всемирная Психиатрия. – 2009. – Т.8. - №1. – С. 51-53.

Рецензенты:

Карпов А.М., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой наркологии и психотерапии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Казань;
Яхин К.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань.