

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-1-34-44

Предикторы повторных госпитализаций в психиатрическую больницу больных параноидной шизофренией

Пашковский В.Э.^{1,2}, Софронов А.Г.^{1,2}, Колчев С.А.^{1,2}, Абриталин Е.Ю.^{1,2}, Федоровский И.Д.¹,
Добровольская А.Е.^{1,2}

¹СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург,

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

Резюме. Целью работы являлось изучение клинических и психосоциальных характеристик больных параноидной шизофренией, находящихся под наблюдением психоневрологического диспансера, и определение предикторов прогноза частоты госпитализаций. В ходе исследования были изучены социально-демографические, психосоциальные и клинические показатели, включенные в специально разработанную формализованную карту. После проведенного корреляционного анализа методом логит-регрессии были определены параметры, значения которых позволяют прогнозировать частоту госпитализаций. Установлено, что предполагать частые госпитализации возможно при тяжелом психическом состоянии, определяемом по шкале общего клинического впечатления, наличии в анамнезе более 20 предыдущих госпитализаций, отсутствии определенного места жительства, отсутствии общения с другими людьми, отсутствии семьи, частоте обращений в дневной стационар 4-5 и более раз за 5 лет, отсутствии работы в течение последних 10 лет.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, повторные госпитализации, вероятность частоты госпитализаций.

Prediction of repeated hospitalizations in a psychiatric hospital for patients with paranoid schizophrenia

Pashkovskiy V.E.^{1,2}, Sofronov A.G.^{1,2}, Kolchev S.A.^{1,2}, Abritalin E.Iu.^{1,2}, Fedorovskiy I.D.¹, Dobrovolskaya A.E.^{1,2}.

¹I.I. Skvortsov-Stepanov City Psychiatric Hospital № 3. St. Petersburg,

²I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. The aim of the work was to study the clinical and psychosocial characteristics of patients with paranoid schizophrenia who are under the supervision of a psycho-neurological dispensary, and to determine the predictors of the prediction rate of hospitalizations. The study examined the socio-demographic, psychosocial and clinical indicators included in a specially developed formalized map. After the correlation analysis performed using the logistic regression method, the parameters, the values of which make it possible to predict the hospitalization rate, were determined. It has been established that it is possible to assume frequent hospitalizations in patients with a severe mental state, determined by the general clinical impression scale, a history of more than 20 previous hospitalizations, the absence of a specific place of residence, the lack of communication with other people, the absence of a family, more than 4-5 appointments made to a hospital in 5 years, and the absence of a job in the last 10 years.

Key words: paranoid schizophrenia, repeated hospitalizations, probability of hospitalization rates

Особенностью лечения параноидной шизофрении являются возможные частые повторные госпитализации. По литературным данным, среди пациентов, получавших стандартное лечение, примерно 20-40% имели рецидив в течение года, 60% — в течение двух лет и 82% — в течение 5 лет. Стоимость медицинского обслуживания таких рецидивирующих пациентов в два раза больше, чем пациентов без рецидива [15, 20, 24]. В Российской Федерации за год было госпитализировано 227783 больных шизофренией, из них 63095 (27,7%) человек поступили повторно [6].

Регоспитализация способствует разочарованию в качестве оказываемой психиатрической по-

мощи и является дополнительным (кроме самой болезни) психотравмирующим фактором, как для пациентов, так и для их членов их семей. Поэтому очень важно идентифицировать факторы, влияющие на рецидив и повторную госпитализацию [19]. Не случайно внимание исследователей направлено на изучение переменных, связанных с рецидивом или повторной госпитализацией, в частности, исследуются корреляции между динамическими показателями течения шизофренического процесса, уровнем социального функционирования и психопатологическими проявлениями [2, 9, 10, 11, 12]. Нет единого мнения и о том, как связаны повторные госпитализации с реформированием психиатрической службы. Одни ав-

* Работа выполнена при поддержке РФФИ (проект № 17-29-02173).

торы отмечают улучшение социального функционирования, смягчение психиатрических симптомов и улучшение качества жизни вследствие деинституализации [23], другие подчеркивают, что деинституализация приводит к разрыву контакта с психиатрическими службами [17] и недостаточному уходу за больными вне стационара [27].

Итак, в литературе последних лет выявлено множество причин повторных госпитализаций. Вместе с тем, эти факторы часто разрознены и недостаточно систематизированы. В частности, недостаточно исследована зависимость частоты регоспитализаций от качества амбулаторной помощи. Эти обстоятельства определили направление настоящей работы.

Цель исследования: изучить клинические и психосоциальные характеристики больных параноидной шизофренией, находящихся под наблюдением психоневрологического диспансера, и определить предикторы прогноза частоты госпитализаций.

Материал и методы. Исследование выполнено в период 2016-2018 г.г. на клинических базах: СПбГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 5» и СПбГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова». Учитывая то, что определение критерия частоты госпитализаций представляет значительную методическую сложность, на постановочном этапе исследования были изучены работы И.Я. Гуровича [1], А.С. Киселева и З.Г. Сочневой [5], Т. Lewis, P.R. Joice [25], А.Н. Нестеровича и В.Г. Обьедкова [8], в которых используется понятие «коэффициент частоты госпитализаций» (т.е. отношение общего числа госпитализаций к длительности болезни). Большинство авторов в качестве критерия частых госпитализаций была принята частота, при которой коэффициент частоты госпитализаций превышал 1.0 за любой период болезни длительностью не менее 5 лет. Критерием редких госпитализаций является частота, при которой коэффициент частоты госпитализаций не превышал 1.0 госпитализации в психиатрический стационар в течение последних 5 лет. Критерии включения в исследование: соответствие диагноза «параноидной шизофрении» критериям МКБ-10; отсутствие дезорганизации поведения и мышления, препятствующих проведению исследования; длительность наблюдения не менее 5 лет; возраст не моложе 18 лет. Критерии исключения: псевдоорганический дефект с выраженными проявлениями атактического мышления и шизофазии; наличие тяжелых соматических заболеваний в стадии обострения.

На период обследования все пациенты лечились амбулаторно. При оценке ремиссии у них использовались категориальный и деменциональный подходы с учетом валидизированных критериев, разработанных С.Н. Мосоловым с соавт. [7]. Учитывалось замечание о том, что к недостаткам международных критериев ремиссии следует отнести отсутствие параметров социального функционирования и когнитивных показателей, а так-

же игнорирование форм и типов течения шизофрении [7]. Поэтому, в данном исследовании понимание ремиссии также базировалось на определении, сформулированном Г.В. Зеневичем, согласно которому ремиссия понимается как «ослабление и смягчение клинической симптоматики, обеспечивающее в той или иной степени социальное и трудовое приспособление больного в широком диапазоне состояний: от практического выздоровления (не включая его) до состояний, при которых отчетливо выступает дефект» [4].

Выборка пациентов состояла из двух групп, сформированных относительно частоты госпитализаций. В I-ю группу (частые госпитализации) вошло 38 больных в возрасте $51,7 \pm 3,9$ лет (25 мужчин, 13 женщин) с длительностью заболевания: 20-25 лет — 7 (18,4%), 26-29 лет — 10 (26,3%), 30 лет и выше — 21 (55,3%), со средним количеством госпитализаций $12,1 \pm 5,3$ и с коэффициентом частоты госпитализаций в психиатрический стационар 3 и более раз в 5 лет. Во II-ю группу (редкие госпитализации) также вошло 38 больных в возрасте $53,1 \pm 4,0$ лет (16 мужчин, 22 женщины) с длительностью заболевания: 20-25 лет — 17 (44,7%), 26-29 лет — 13 (34,2%), 30 лет и выше — 8 (21,0%), со средним количеством госпитализаций $3,4 \pm 2,5$, имеющих одну или не имеющих госпитализаций в психиатрический стационар в течение последних 5 лет.

В исследовании использовались клинко-психопатологический, клинко-архивный и клинко-статистический методы. Созданная формализованная карта исследования состояла из 5 модулей и включала в себя демографические, клинко-психопатологические и социальные характеристики пациентов. При её заполнении использовались данные амбулаторных карт и сведения, полученные из бесед с родственниками. Кроме заполнения стандартизированной карты, применялись следующие методики: опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных Гуровича И.Я. и Шмуклера А.Б. [3], шкала позитивных и негативных синдромов PANSS [22] с учетом валидизации и апробации русскоязычной версии [7], шкала общего клинического впечатления CGI [16], шкала социального и повседневного функционирования PSP [25].

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета STATISTICA [13]. Определялись среднее значение (M), стандартное отклонение (SD), медиана (Me), интерквартильный размах: значения 25 и 75 перцентилей (Q) изучаемых показателей. Для установления корреляционных связей применялись коэффициенты ранговой корреляции по Спирмену (R) и гамма (γ).

Установив в ходе статистического исследования причинно-следственные зависимости между показателями, возникла необходимость определить вероятность принадлежности индивидуальных показателей к зонам частых или редких госпитализаций. С помощью метода бинарной логистической регрессии (логит-регрессии) исследо-

валась зависимость дихотомической переменной «частота госпитализаций» (0 — частые, 1 — редкие госпитализации) от ряда независимых переменных — показателей наиболее значимых факторов. Уравнение для оценки вероятности отнесения наблюдаемого фактора к одной из подгрупп (частые или редкие) выглядит следующим образом:

$$P = \frac{e^{\beta}}{1 + e^{\beta}}$$

где e — основание натурального логарифма, математическая константа, иррациональное и трансцендентное число, приблизительно равное 2,71828, а величина β является результатом вычисления для конкретного фактора. Для логит-регрессионного анализа было отобрано 7 наиболее значимых по результатам корреляционного анализа факторов: 1) общее количество госпитализаций, 2) обеспеченность жильем одиночных больных, 3) общение, 4) положение в семье, 5) частота поступления в дневной стационар за 5 лет, 6) смена мест работы, 7) оценка психического состояния по шкале общего клинического впечатления. Основным показателем — процент согласия не превосходил 72.5%, то есть уравнения логит-регрессии правильно определяют принадлежность к той или иной группе в 72.5% случаев. Чем ближе результат вычисления к 1.0, тем выше вероятность редких госпитализаций.

При сопоставлении двух групп по одному порядковому признаку применялся метод Манна-Уитни. При сопоставлении двух групп по бинарному признаку использовался метод сравнения двух пропорций (долей) — Z-критерий. В настоящем исследовании достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. По результатам обследования с помощью шкалы PANSS у боль-

ных с частыми госпитализациями средние баллы по всем подшкалам и средние суммарные баллы по шкале PANSS в целом значимо выше, чем у больных с редкими госпитализациями (табл. 1). Особенно это касалось показателя позитивных симптомов, который у больных I-ой группы был в 1,7 раз выше по сравнению со II-ой. Оценка соотношения позитивной и негативной симптоматики (композитный индекс) показала значительно меньшую степень преобладания одного фактора над другим у больных с частыми госпитализациями (I группа). По среднему показателю PSP для больных I-ой группы были характерны сильно выраженные затруднения областях «а» и «с» («социально полезная деятельность, включая работу и учебу» и «самообслуживание»), а для больных II-ой группы — заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в этих же областях.

Анализ клинико-психопатологической симптоматики по клинико-функциональным критериям ремиссии [7] включал 13 симптомов шкалы PANSS (P1, G9, P3, P2, G5, N1, N4, N6, N2, G6, P4, G13, G12) и оценку по PSP, временной критерий соблюдения указанных показателей — 6 месяцев (табл. 2).

Как следует из таблицы 2, статистически достоверные различия между показателями у больных с частыми (I группа) и редкими (II группа) госпитализациями обнаруживались по всем позитивным симптомам. В то же время по ряду негативных симптомов межгрупповых различий не было ($p > 0,05$).

На рисунке 1 представлены доли больных с частыми и редкими госпитализациями по симптомам шкалы PANSS, пороговые значения которых использовались для оценки ремиссии (P1, G9, P3, P2, G5, N1, N4, N6, N2, G6, P4, G13, G12) [7].

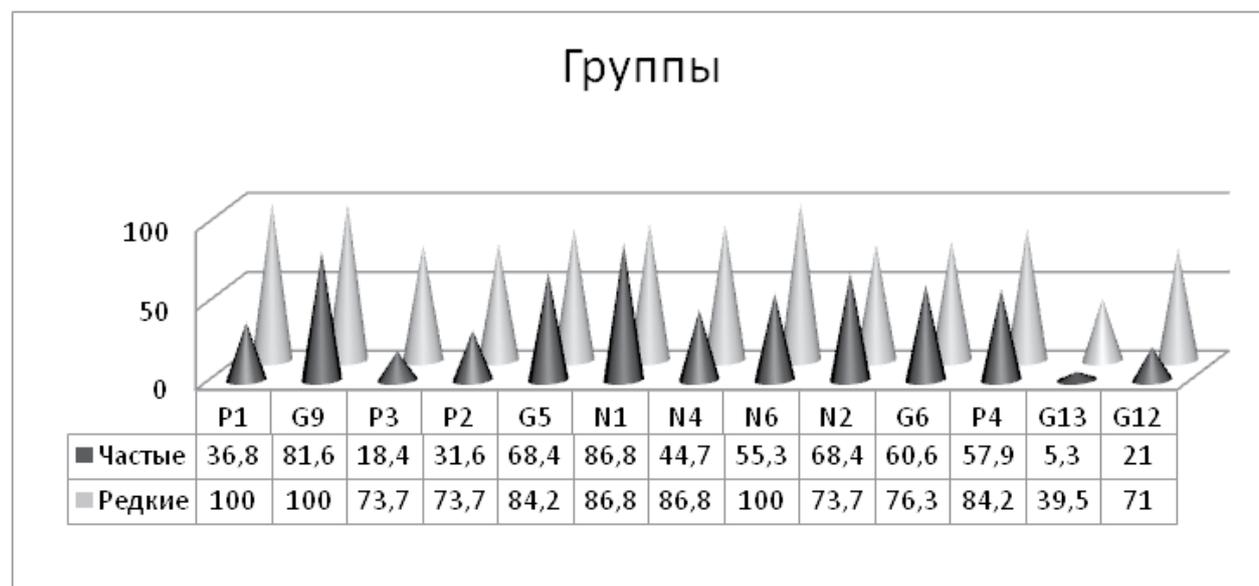


Рис. 1. Частота встречаемости симптомов шкалы PANSS (в %), пороговые значения которых использовались для оценки ремиссии, среди больных с частыми и редкими госпитализациями.

Таблица 1. Выраженность психопатологической симптоматики по шкале PANSS и уровень функционирования по PSP у больных параноидной шизофренией с частыми и редкими госпитализациями

Анализируемые признаки	Показатели в группах (в баллах)						p
	Группа I (частые госпитализации)			Группа II (редкие госпитализации)			
	Min.	Max.	M±SD	Min.	Max.	M±SD	
Психотические симптомы по PANSS	18	40	29,1±7,2	7	29	16,8±4,4	0.0000
Негативные симптомы по PANSS	12	41	27,9±10,0	8	33	22,4±5,8	0.0062
Композитный индекс по PANSS	-12,0	17,0	1,2±8,8	-12,0	5,0	5,6±4,4	0.0003
Общие психопатологические симптомы по PANSS	30	75	56,9±15,2	19	55	42,3±7,8	0.0000
Суммарная оценка PANSS	60	155	114,0±30,1	34	105	81,6±15,9	0.0000
Оценка по PSP	18	48	28,0±10,0	48	89	63,4±9,7	0.0000

Примечания: Min. — минимальный балл, Max. — максимальный балл, M±SD — среднее значение ± стандартное отклонение, p- статистическая значимость

Таблица 2. Выраженность психопатологической симптоматики и уровень функционирования у больных параноидной шизофренией с частыми и редкими госпитализациями по клинико-функциональным критериям ремиссии

Анализируемые признаки	Пороговый уровень (критерий ремиссии) для F20.00	Показатели в группах (в баллах)		p
		Группа I (частые госпитализации)	Группа II (редкие госпитализации)	
		M±SD / 75 процентиль		
P1-«Бред»	≤ 5	5,4(±1,6)/7	2,9(±1,2)/4	0.0000*
P2-«Концептуальная дезорганизация»	≤ 3	4,3(±1,0)/5	3,3(±0,7)/4	0.0001*
P3-«Галлюцинации»	≤ 4	5,0(±2,1)/7	2,7(±1,8)/5	0.0000*
P4-«Возбуждение»	≤ 3	3,2 (±1,5)/4	1,6 (±1,4)/1	0.0000*
N1-«Уплощенный аффект»	≤ 4	3,5(±1,0)/4	3,6(±0,9)/4	0.5890
N2-«Эмоциональная отгороженность»	≤ 4	3,8(±1,6)/5	3,5(±1,1)/5	0.2322
N4-«Социальная отгороженность»	≤ 4	4,2(±2,1)/6	3,1(±1,3)/4	0.0059*
N6-«Нарушение спонтанности и плавности общения»	≤ 4	3,5(±2,1)/6	2,8(±1,1)/4	0.0996
G5-«Манерность и позирование»	≤ 3	2,7(±2,0)/5	2,9(±1,0)/3	0.0913
G9-«Необычное содержание мыслей»	≤ 5	3,6(±2,0)/5	2,9(±1,0)/4	0.1853
G12-«Снижение критичности и осознания заболевания»	≤ 4	5,8 (±1,2)/7	4,0 (±1,1)/5	0.0000*
G13-«Волевые нарушения»	≤ 3	4,2 (±0,7)/4	3,4 (±0,8)/4	0.0006*
Оценка по PSP	51-70 и более	28,0(±10,2)/27	63,4(±9,7)/7	0.0000*

Примечания: M±SD — среднее значение ± стандартное отклонение, p - статистическая значимость, * — различия статистически значимы.

Как следует из диаграммы (рис. 1), доля больных с редкими госпитализациями (II группа) с показателями, соответствующими критериям ремиссии, была достоверно выше по следующим симптомам: P1 — «Бред» (100% vs 36,8%, $p=0.0000$), G9 — «Необычное содержание мыслей» (100% vs 81,6%, $p=0.0070$), P3 — «Галлюцинации» (73,7% vs 18,4%, $p=0.0000$), P2 — «Концептуальная дезорганизация» (73,7% vs 31,6%, $p=0.0000$), N4 — «Социальная отгороженность» (86,8% vs 44,7%, $p=0.0002$), N6 — «Нарушение спонтанности и плавности общения» (100% vs 55,3%, $p=0.0000$), P4 — «Возбуждение» (84,2% vs 57,9%, $p=0.0136$), G13 — «Волевые нарушения» (39,5% vs 5,3%, $p=0.0006$), G12 — «Снижение критичности и осознания заболевания» (71,0% vs 21,0%, $p=0.0000$).

В таблице 3 представлены корреляционные связи между уровнем социального и повседневного функционирования (по PSP) и показателями шкалы PANSS, пороговые значения которых использовались для оценки ремиссии.

Показатели шкалы PANSS	R	p
P1-«Бред»	-0,834794	.0000*
P2-«Концептуальная дезорганизация»	-0,644525	0.0000*
P3-«Галлюцинации»	-0,787296	0.0000*
P4-«Возбуждение»	-0,478512	0.0000*
N1-«Уплощенный аффект»	-0,182592	0.1143
N2-«Эмоциональная отгороженность»	-0,350851	0.0018*
N4-«Социальная отгороженность»	-0,579098	0.0000*
N6-«Нарушение спонтанности и плавности общения»	-0,336556	0.0029*
G5-«Манерность и позирование»	-0,067266	0.5637
G6-«Депрессия»	-0,514141	0.0000*
G9-«Необычное содержание мыслей»	-0,434806	0.0000*
G12-«Снижение критичности и осознания заболевания»	-0,657967	0.0000*
G13-«Волевые нарушения»	-0,557779	0.0000*

Примечание: R — коэффициент корреляции Спирмена, p — уровень значимости, * коэффициент корреляции статистически значим

Согласно представленным данным (табл. 3), показатель социального и повседневного функционирования (PSP) находится в отрицательной корреляционной связи с показателями выраженности симптомов P1-«Бред», G9-«Необычное содержание мыслей», P3-

«Галлюцинации», P2-«Концептуальная дезорганизация», N4-«Социальная отгороженность», N6-«Нарушение спонтанности и плавности общения», N2-«Эмоциональная отгороженность», G6-«Депрессия», P4-«Возбуждение», G13-«Волевые нарушения», G12-«Снижение критичности и осознания заболевания».

В ходе исследования были определены показатели, включенные в формализованную карту, по модулям демографических, клинико-психопатологических и психосоциальных характеристик. По результатам корреляционного анализа было отобрано 7 наиболее значимых факторов для дальнейшего логит-регрессионного анализа (табл. 4).

Таблица 4. Корреляционные связи показателя количества госпитализаций с другими психосоциальными показателями

Показатель	Коэффициент корреляции (r)	P
общее количество госпитализаций	0,541	0.0000*
обеспеченность жильем одиноких больных	-0,816	0.0000*
общение	-0,566	0.0000*
положение в семье	-0,581	0.0000*
частота поступления в дневной стационар за 5 лет	0,690	0.0000*
смена мест работы	-0,327	0.0085*
оценка психического состояния по шкале общего клинического впечатления	-0,499	0.0001*

Построенные статистические модели отражены на рисунках 2, 3 и табл.5.

Основная идея логистической регрессии заключается в том, что пространство исходных значений может быть разделено линейной границей (т.е. прямой) на две соответствующих класса области, в нашем случае на области частых (0.0) и редких (1.0) госпитализаций. В связи с этим принято, что прогноз положительного эффекта (редкие госпитализации) дается при его вероятности $>0,5$, отрицательного (частые госпитализации) — при его вероятности $\leq 0,5$. Рассмотрим, каким образом с помощью индивидуальных значений можно у данных пациентов предполагать вероятность частых и редких госпитализаций. Предположим, по фактору «общее количество госпитализаций» пациент получил 1 балл (свыше 20 госпитализаций). Тогда, учитывая параметры модели ($p=0,002$, $\chi^2=10,001$), определяем величину β , которая равна — $3,61+0,84x1$. Вычисляем предиктор P по формуле

$$P = \frac{e^{\beta}}{1 + e^{\beta}}$$

Фактор	Параметры		Регрессоры	
	P	χ^2		
общее количество госпитализаций 1	0.002	10.001	P(x1)= 0.059	P(x5)=0,640
обеспеченность жильем одиноких больных 2	0.0004	16.695	P(x1)=0.370	P(x5)=0.009
общение 3	0.007	7.179.	P(x1)= 0.655	P(x7)= 0.297
положение в семье 4	0.000	12.573	P(x1)= 0.849	P(x4)= 0.181
частота поступления в дневной стационар за 5 лет 5	0.000	14.463	P(x1)= 0.150	P(x4)= 0.648
смена мест работы 6	0.040	4.003	P(x1)= 0.659	P(x8)= 0.403
оценка психического состояния по шкале общего клинического впечатления 7	0.020	5.832	P(x1)= 0.945	P(x7)= 0.090

Примечание: ¹— больше 20 госпитализаций (1), 16-20 (2), 11-15(3), 6-10 (4), 1-5 (5).

²— Проживание: в отдельной квартире из 2 или нескольких комнат (1), в отдельной однокомнатной квартире (2), в 2-х или нескольких комнатах коммунальной квартиры (3), в комнате коммунальной квартиры (4), без определенного места жительства (5).

³— ежедневное общение (1), еженедельное общение (2), общение 1 раз в месяц (3), общение 1 раз в 3 месяца (4), общение 1 раз в полгода (5), 6— один раз в год (5), никогда (7).

⁴— больной— глава семьи, основной кормилец, его мнение является решающим (1), больной не является главой семьи, но с его мнением считаются, может распоряжаться домашним бюджетом (2), больной занимает подчиненное положение в семье, целиком зависит от ближайших родственников, с его мнением не считаются (3),— нет семьи (4).

⁵— частота помещений в дневной стационар 4-5 и более раз за 5 лет (1), 3-4 раза (2), 1-2 раза (3), 4- 0 раз (4).

⁶— смены мест работы не было (1), была 1 раз (2), 2 раза (3), 3 раза (4), 4 раза (5), 5 раз (6), 6 раз и более (7), не работал(а) в течение последних 10 лет (8).

⁷— оценить невозможно (0), здоров, отсутствие психических нарушений (1), пограничное состояние (2), слабо выраженные психические нарушения (3), умеренно выраженные психические нарушения (4), значительно выраженные психические нарушения (5), тяжелое психическое состояние (6), крайне тяжелое психическое состояние (7).

и получаем величину $P(X_1)$, равную 0,059, что соответствует области частых госпитализаций (рис.2А). После осуществления расчётов (табл. 5) было установлено, что прогнозировать частые госпитализации возможно при выявлении: 1) тяжелого психического состояния при обследовании по шкале общего клинического впечатления, 2) наличия в анамнезе более 20 предыдущих госпитализаций, 3) отсутствия определенного места жительства, 4) отсутствия общения с другими людьми, 5) отсутствия семьи, 6) частоте обращений в дневной стационар 4-5 и более раз за 5 лет, 7) отсутствия работы в течение последних 10 лет.

Обсуждение и выводы. Проведенное исследование обнаруживает межгрупповые сходства и различия между больными параноидной шизофренией с частыми и редкими госпитализациями. Оценка соотношения позитивной и негативной симптоматики (композитный индекс) показала значительно меньшую степень преобладания этого показателя у больных с частыми госпитализациями. По среднему показателю PSP для больных с частыми госпитализациями характерны значительно выраженные затруднения в двух областях социально полезной деятельности: работе (уче-

бе) и самообслуживании. Для больных с редкими госпитализациями характерны заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в этих же областях. Наше исследование подтвердило мнение многих авторов о том, что тяжесть симптомов шизофрении и их рецидивирование являются основными причинами повторных госпитализаций [14, 20]. Нами установлено, что меньшее количество предыдущих госпитализаций предполагает меньший риск повторной госпитализации, что также согласуется с данными литературы [17]. Значительная роль при повторных госпитализациях принадлежит психосоциальным факторам [19]. Наше исследование показало, что такие факторы как общение, положение в семье, обеспеченность жильем одиноких больных, частота поступления в дневной стационар за 5 лет, смена мест работы следует рассматривать как предикторы повторных госпитализаций.

Итак, полученные результаты позволяют прогнозировать частоту госпитализаций с вероятностью до 72.5%. Выявленные предикторы могут лечь в основу индивидуального прогноза частоты госпитализаций у больных параноидной шизофренией.

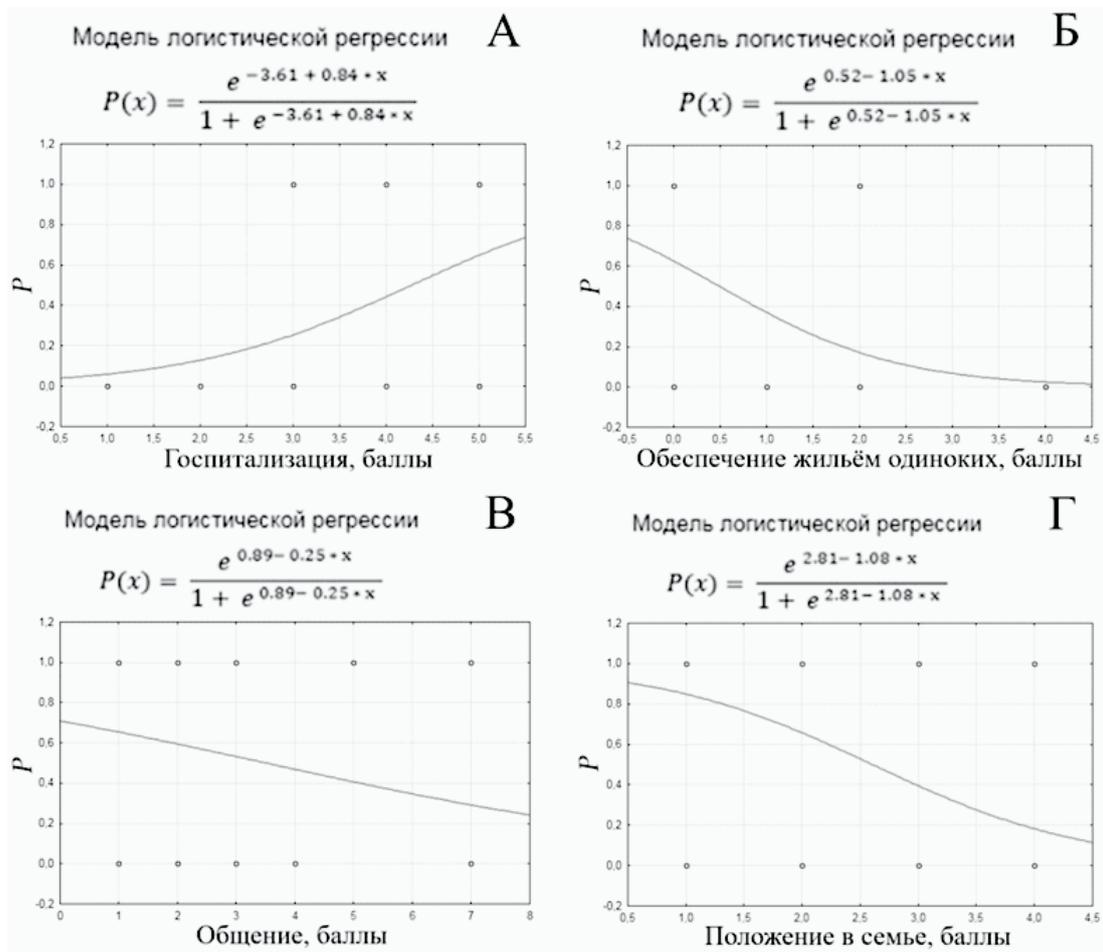


Рис.2. Логистические кривые. Факторы: А) общее количество госпитализаций в психиатрическую больницу за все время течения заболевания; Б) обеспечение жильем одиноких пациентов; В) общение; Г) положения в семье.

Литература

1	Вопросы внебольничной психиатрической помощи / И. Я. Гурович — М.: Труды Московского НИИ психиатрии. — 1979. — Т.84. — 191с.	Questions of community-based psychiatric care / I. Ya. Gurovich. M.: Trudy Moskovskogo NII psikiatrii. — 1979. — T.84. — 191s. (in Rus.)
2	Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — № 4. — С.38-45.	Gurovich I.Ia, Shmukler A.B., Shashkova N.G. Social functioning and quality of life of mentally ill people// Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. — 1994. — № 4. — S.38-45. (in Rus.)
3	Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т.8. — №2. — С.35-40.	Gurovich I.Ya., Shmukler A.B. A questionnaire for assessing the social functioning and quality of life of the mentally ill. // Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. — 1998. — T. 8. — №2. — S.35-40. (in Rus.)
4	Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л.: Медицина, 1964. — 216с.	Zenevich G.V. Remission in schizophrenia. Leningrad: Meditsina. — 1964. — 216s. (in Rus.)
5	Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний: статистическое исследование. Рига: Зинатне. — 1988. — 235с.	Kiselev A.S., Sochneva Z.G. Patterns of onset, course and outcomes of major mental diseases: a statistical study. Riga: Zinatne. — 1988. — 235s. (in Rus.)

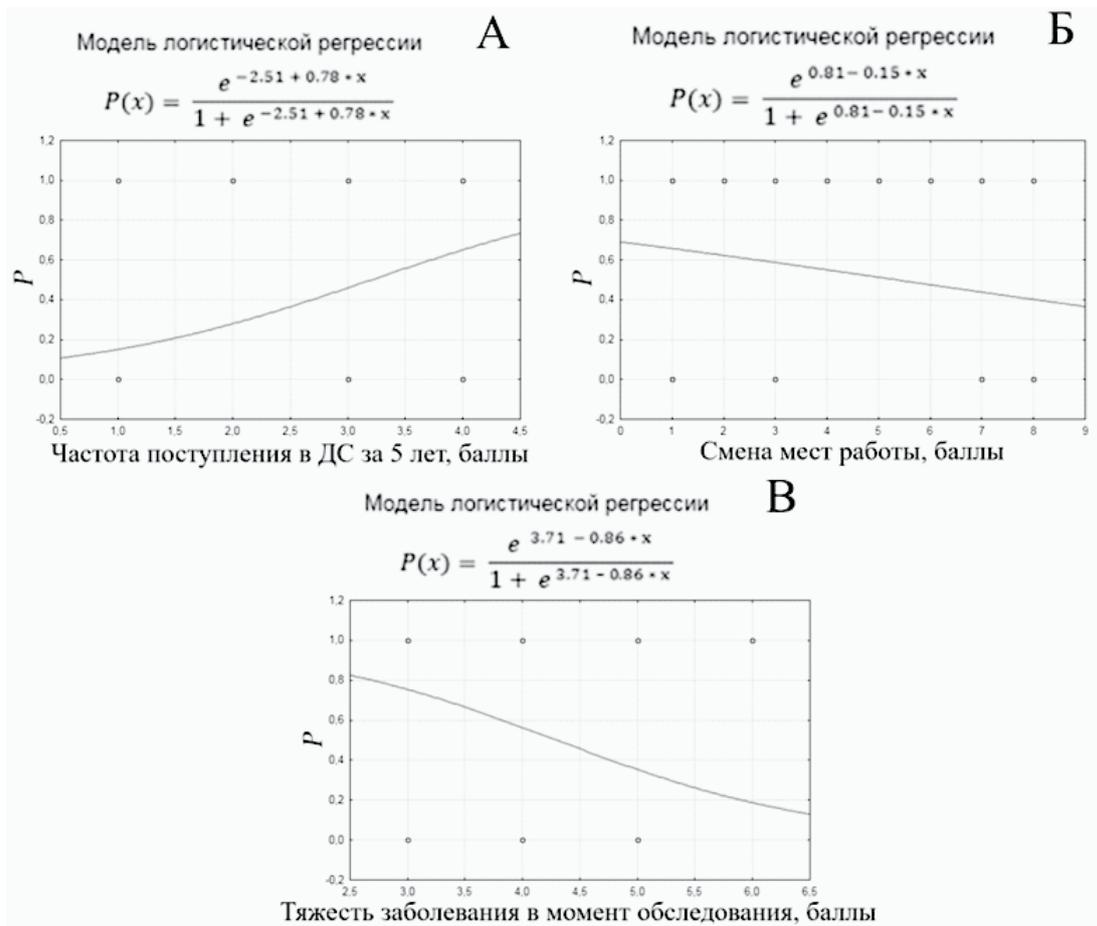


Рис.3. Логистические кривые. Факторы: А) частота поступления в дневной стационар за 5 лет, Б) смена мест работы за последние 10 лет, В) тяжесть заболевания на момент поступления по шкале общего клинического впечатления.

6	Любов Е.Б., Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю., Былим И.А., Гажа А.К., Доронин В.В., Косов А.М., Петухов Ю.Л., Фадеев П.Н. Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012. — Т.22. — №3. — С.36-42.	Lyubov E. B., Yastrebov V. S., Schevchenko L. S., Chapurin S. A., Churilin Yu. Yu., Bylim I. A., Gajza A. K., Doronin V. V., Kosov A. M., Petukhov Yu. L., Fadeyev P. N. Economic burden of schizophrenia in Russia. // Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. — 2012. — T.22. — №3. — S.36-42. (in Rus.)
7	Мосолов, С.Н., Потапов А. В., Шафаренко А. А., Костюкова А. Б., Забелина И. Н. Валидизация стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — Т.21. — №3. — С.63-42.	Mosolov S. N., Potapov A. V., Shafarenko A. A., Kostyukova A. B., Zabelina I. N. Validation of standardized clinical-functional criteria for remission in schizophrenia. // Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. — 2011. — T.21. — №3. — S.63-42. (in Rus.)
8	Нестерович А.Н., Обедков В.Г. Частота госпитализаций в психиатрический стационар и ее взаимосвязь с психопатологическими дименсиями шизофрении на этапе клинического исхода у лиц женского пола // Лечебное дело. — 2016. — Т.47. — №1. — С.41-48.	Nesterovich A.N., Obedkov V.G. Frequency of hospitalization in a psychiatric hospital and its relationship with psychopathological dimensions of schizophrenia at the stage of clinical outcome in women. // Lechebnoe delo. — 2016. — T.47. — №1. — S.41-48. (in Rus.)

9	Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д., Серазетдинова Л.Г., Лемешев И.В., Добровольская А.Е. Взаимосвязь между психосоциальными показателями и показателями госпитализаций в психиатрический стационар больных параноидной шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2017. — №2. — С.48-54.	Pashkovskiy V.E., Sofronov A.G., Fedorovskiy I.D., Serasetdinova L.G., Lemeshev I.V., Dobrovolskaya A.E. The correlation between psychosocial characteristics and psychiatric hospital admission rates of patients with paranoid schizophrenia. // <i>Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva.</i> — 2017. — №2. — S.48-54. (in Rus.)
10	Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д., Добровольская А.Е. Показатели социального функционирования больных параноидной шизофренией, получающих амбулаторную помощь // Психическое здоровье. — 2017. — №7. — С.45-52.	Pashkovskiy V.E., Sofronov A.G., Fedorovskiy I.D., Dobrovolskaya A.E. Indicators of social functioning of patients with paranoid schizophrenia who receive outpatient care. // <i>Psikhicheskoe zdorov'e.</i> — 2017. — №7. — С.45-52. (in Rus.)
11	Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д. Сравнительные характеристики социального функционирования мужчин и женщин больных параноидной шизофренией // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. — 2017. — №3. — С.50-56.	Pashkovskiy V.E., Sofronov A.G., Fedorovskiy I.D. Comparative characteristics of social functioning in male and female patients with paranoid schizophrenia. // <i>Nevrologicheskii vestnik. Zhurnal im. V.M. Bekhtereva.</i> — 2017. — №3. — С.50-56. (in Rus.)
12	Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д., Добровольская А.Е. Сравнительный анализ показателей социальной адаптации больных параноидной шизофренией с различной частотой госпитализаций // Социальная и клиническая психиатрия. — 2017. — Т.27. — №3. — С.19-25.	V.E. Pashkovsky, A.G. Sofronov, I.D. Fedorovskiy, A.E. Dobrovolskaya Comparative analysis of social adjustment parameters in patients with paranoid schizophrenia with different admission rates // <i>Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya.</i> — 2017. — T.27. — №3. — S.19-25. (in Rus.)
13	Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ STATISTICA. — М.: Медиа Сфера, 2002. — 312с.	Rebrova O. Yu. Statistical analysis of medical data. Application of STATISTICA applications. — М.: Media Sfera, 2002. — 312s. (in Rus.)
14	Brunette MF, Rotondi AJ, Ben-Zeev D, Gottlieb JD, Mueser KT, Robinson DG, Achtyes ED, Gingerich S, Marcy P, Schooler NR, Meyer-Kalos P, Kane JM. Coordinated Technology-Delivered Treatment to Prevent Rehospitalization in Schizophrenia: A Novel Model of Care. <i>Psychiatr Serv.</i> 2016; 67(4):444-447. doi: 10.1176/appi.ps.201500257.	Brunette MF, Rotondi AJ, Ben-Zeev D, Gottlieb JD, Mueser KT, Robinson DG, Achtyes ED, Gingerich S, Marcy P, Schooler NR, Meyer-Kalos P, Kane JM. Coordinated Technology-Delivered Treatment to Prevent Rehospitalization in Schizophrenia: A Novel Model of Care. <i>Psychiatr Serv.</i> 2016; 67(4):444-447. doi:10.1176/appi.ps.201500257.
15	Davis JM. Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia. <i>Am J Psychiatry.</i> 1975; 132:1237-1245.	Davis JM. Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia. <i>Am J Psychiatry.</i> 1975; 132:1237-1245.
16	Gay W. Clinical Global Impressions. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (revised). — Rockville MD: National Institute of Mental Health. — 1976.	Gay W. Clinical Global Impressions. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (revised). — Rockville MD: National Institute of Mental Health. — 1976.
17	Grinshpoon A, Lerner Y, Hornik-Lurie T, Zilber N, Ponizovsky AM. Post-discharge contact with mental health clinics and psychiatric readmission: a 6-month follow-up study. <i>Isr J Psychiatry Relat Sci.</i> 2011; 48:262-267.	Grinshpoon A, Lerner Y, Hornik-Lurie T, Zilber N, Ponizovsky AM. Post-discharge contact with mental health clinics and psychiatric readmission: a 6-month follow-up study. <i>Isr J Psychiatry Relat Sci.</i> 2011; 48:262-267.
18	Figuerido JL, Gutiérrez M, González Pinto A, Ballesteros J, Pérez De Heredia JL, Ramírez F, Elizagárate E, González Oliveros R, López P. Predictors of rehospitalization in schizophrenia. <i>Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.</i> 1997; 25(4):217-224.	Figuerido JL, Gutiérrez M, González Pinto A, Ballesteros J, Pérez De Heredia JL, Ramírez F, Elizagárate E, González Oliveros R, López P. Predictors of rehospitalization in schizophrenia. <i>Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.</i> 1997; 25:217-224.

19	<i>Hendryx MS, Russo JE, Stegner B, Dyck DG, Ries RK, Roy-Byrne P. Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases. J Behav Health Serv Res. 2003; 30:342-351. doi:10.1097/00075484-200307000-00007</i>	<i>Hendryx MS, Russo JE, Stegner B, Dyck DG, Ries RK, Roy-Byrne P. Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases. J Behav Health Serv Res. 2003; 30:342-351. doi:10.1097/00075484-200307000-00007</i>
20	<i>Hogarty GE. Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. J Clin Psychiatry. 1993; 54:18-23.</i>	<i>Hogarty GE. Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. J Clin Psychiatry. 1993; 54:18-23.</i>
21	<i>Ji P, Menditto A, Beck NC, Stuve PR, Reynolds J. Differences in Symptom Severity and Independent Living Skills Between Re-hospitalized and Not Re-hospitalized Individuals with Schizophrenia: A Longitudinal Study. Community Ment Health J. — 2018. doi: 10.1007/s10597-018-0264-6.</i>	<i>Ji P, Menditto A, Beck NC, Stuve PR, Reynolds J. Differences in Symptom Severity and Independent Living Skills Between Re-hospitalized and Not Re-hospitalized Individuals with Schizophrenia: A Longitudinal Study. Community Ment Health J. — 2018. doi: 10.1007/s10597-018-0264-6.</i>
22	<i>Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987; 13:261-276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261</i>	<i>Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987; 13(2):261-276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261</i>
23	<i>Kunitoh N. From hospital to the community: the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. Psychiatry Clin Neurosci. 2013; 67:384-396. doi: 10.1111/pcn.12071</i>	<i>Kunitoh N. From hospital to the community: the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. Psychiatry Clin Neurosci. 2013; 67(6):384-396. doi: 10.1111/pcn.12071</i>
24	<i>Lee SY, Kim KH, Kim T, Kim SM, Kim JW, Han C, Song JY, Paik JW. Outpatient Follow-Up Visit after Hospital Discharge Lowers Risk of Rehospitalization in Patients with Schizophrenia: A Nationwide Population-Based Study. Psychiatry Investig. 2015; 12:425-433. doi: 10.4306/pi.2015.12.4.425.</i>	<i>Lee SY, Kim KH, Kim T, Kim SM, Kim JW, Han C, Song JY, Paik JW. Outpatient Follow-Up Visit after Hospital Discharge Lowers Risk of Rehospitalization in Patients with Schizophrenia: A Nationwide Population-Based Study. Psychiatry Investig. 2015; 12:425-433. doi: 10.4306/pi.2015.12.4.425.</i>
25	<i>Lewis T, Joyce PR. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. Acta Psychiatr Scand. 1990; 82:130-135. doi: 10.1111/j.1600-0447.1990.tb01369.x</i>	<i>Lewis T, Joyce PR. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. Acta Psychiatr Scand. 1990; 82:130-135. doi: 10.1111/j.1600-0447.1990.tb01369.x</i>
26	<i>Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatr Scand. 2000; 101:323-329. doi: 10.1111/j.1600-0447.2000.tb10933.x</i>	<i>Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatr Scand. 2000; 101:323-329. doi: 10.1111/j.1600-0447.2000.tb10933.x</i>
27	<i>Solomon P, Gordon B, Davis J. Differentiating psychiatric readmissions from nonreadmissions. Am J Orthopsychiatry. 1984; 54:426-435. doi: 10.1111/j.1939-0025.1984.tb01508.x.</i>	<i>Solomon P, Gordon B, Davis J. Differentiating psychiatric readmissions from nonreadmissions. Am J Orthopsychiatry. 1984; 54(3):426-435. doi: 10.1111/j.1939-0025.1984.tb01508.x.</i>

Сведения об авторах

Пашковский Владимир Эдуардович—д.м.н., доцент, врач-психиатр СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: pashvladimir@yandex.ru

Софронов Александр Генрихович—д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, главный врач СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Колчев Сергей Александрович—к.м.н., заведующий отделением СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», ассистент кафедры психиатрии и наркологии

гии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: s.kolchev@me.com

Абриталин Евгений Юрьевич — д.м.н., доцент, врач-методист СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: e@abritalin.ru

Федоровский Игорь Дмитриевич — врач-психиатр СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: fedorovskij@bk.ru

Добровольская Алла Евгеньевна — к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. E-mail: alla.dobrovolskaya@szgmu.ru