

*На правах рукописи*

**Андреев Михаил Константинович**

**РЕГИОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИОННО-  
АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА  
НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение  
14.00.18 – Психиатрия

Автореферат  
на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Астрахань – 2009

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава» и ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница» (г.Астрахань)

**Научные консультанты:**

доктор медицинских наук, профессор	Сердюков Анатолий Гаврилович
доктор медицинских наук, профессор	Чуркин Александр Александрович

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор	Коротков Юрий Александрович
доктор медицинских наук, профессор	Галанова Галина Ивановна
доктор медицинских наук, профессор	Казаковцев Борис Алексеевич

**Ведущая организация:**

Российский Университет дружбы народов (117198, г.Москва, ул.Миклухо-Маклая, 8)

Защита состоится « 25 » сентября 2009 г. на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию по адресу: 127254, г.Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ (127254, г.Москва, ул. Добролюбова, 11)

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2009 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук, Сошников Евгений Иванович

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Беспрецедентный рост заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами (МКБ-X) в стране вызывает озабоченность как среди врачей, так и у Правительства России (Лисицын Ю.П., 2001; Онищенко Г.Г.; Щепин О.П., 2002; Стародубов В.И. и др., 2004; Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2007 и др.). Подобная тенденция, которая касается практически всех возрастных категорий: детей, подростков, взрослых и пожилых людей, беспокоит и зарубежных специалистов (Almeida O.P. et al, 1997; Chavira D.A., Stein M.B., Stein M.T., 2004; Ponkko M.L. et al., 2002; Reistad B. et al, 2004 и др.). Рост заболеваемости влечет за собой увеличение расходов на оказание специализированной психиатрической помощи, социальную реабилитацию и уход.

Показатель общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами (ППР) по РФ в 2005 г. составил почти 4,2 млн. человек (без учета лиц с алкогольными психозами, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий) (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006). Утяжеление состояния психического здоровья привело к росту инвалидов по психическому заболеванию, число которых в 2005 г. составило 989353 человек (по Астраханской области на 1.01.2009 г. число инвалидов по психическому заболеванию составило 8370 человек). Анализ возрастной структуры больных ППР в РФ свидетельствует о выраженном риске заболеть как в возрасте до 20 лет, так и в преклонном возрасте (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2003; Казаковцев Б.А., 2004). На протяжении последних лет в РФ постоянно растет число самоубийств (Гладышев М.В., Положий Т.Б., 2005; Кажаров М.Х., 2005; Лазебник А.И., 2005). Следует учитывать, что данные сведения являются официальными. Существует общепризнанная проблема регистрации случаев первичной и общей заболе-

ваемости психическими расстройствами (Зозуля Т.В., 1998; Богдан М.Н., 1997). В связи с этим определить объем необходимой специализированной психиатрической, психотерапевтической и наркологической помощи чрезвычайно сложно. По мнению разных авторов потребность в такого рода помощи имеется у 14-40% населения (Михайлов В.И., Чуркин А.А., 2001; Казаковцев Б.А., 1996; Букреева Н.Д., 2000; Ротштейн В.Г. с соавт., 2001; Ястребов В.С., 2001; Schleberg, Н.С., 1990 и др.).

Создание единой медицинской информационной системы (МИС) на основе электронной базы данных (ЭБД), в которую включены все имеющиеся сведения по всем регионам РФ (реестр больных с ППР), становится реальной необходимостью (Царик Г.Н., 1993; Мелянченко Н.Б., 1993; Зелькович Б.М., 1999; Лендовская С.В., Творогова Н.А., 1998; Магзумова Ш.Ш., Абдуфаттаев А.А., 2001; Платонов А.Е., 2000; Эльянов М.М., 2002; Ребров О.Ю., 2003; Гасников, В.К. и соавт., 2007; Кузнецов П.П., Столбов А.П., 2007 и др.). С учетом взятого направления на стандартизацию психиатрической помощи (Дмитриева Т.Б., 2004; Гурович И.Я., 2004; Казаковцев Б.А., 2004 и др.) подобный методический подход дает реальную возможность выхода на новый уровень организации, планирования и финансирования психиатрической помощи. В перечне поручений Президента РФ по итогам заседания президиума Государственного совета РФ 17 июля 2008 г., в пункте 1 подпункте «з» которого здравоохранением страны поставлена задача создать систему персонифицированного учета оказываемой медицинской помощи.

Астраханская область представляет собой регион РФ с наличием достаточно большого числа неблагоприятных экологических и социальных факторов, влияющих на появление и динамику социально значимых заболеваний. Ранее предпринимались отдельные попытки оценить неблагоприятное воздействие социально-экологических факторов на психиче-

ское здоровье достаточно ограниченного контингента, принимавшего участие в промышленной разработке Астраханского газоконденсатного месторождения, а также населения, проживающего в 8-ми километровой "санитарно-защитной зоне" (Улезко А.В. с соавт., 1991, Карпенко Г.Н., 1991; Бучин В.Н., Селезнев С.Б., 1993 г. и др). Однако, до настоящего времени в Астраханской области и РФ в целом не удалось создать эффективную информационно-аналитическую систему контроля за состоянием психического здоровья населения, построенную в едином методологическом и клиническом плане, которая обеспечивала бы полными, объективными, своевременными сведениями о числе лиц, страдающих ППР, имеющейся у них симптоматике, характере течения болезненного расстройства, стойкости ремиссии, используемых методах лечения, объемах и эффективности принимаемых ими психотропных препаратов и т.п. О необходимости создания подобной системы МЗ РФ заявил еще в 1998 г., когда был издан соответствующий приказ о разработке программы на основе единой ЭБД о пациентах, страдающих ППР.

**Цель исследования.** Научно обосновать, разработать и внедрить региональную информационно-аналитическую систему динамического наблюдения за состоянием психического здоровья субъекта федерации.

**Задачи исследования:**

1. Изучить организацию и структуру оказания амбулаторной психиатрической помощи в Астраханской области.
2. Провести многолетний анализ динамики основных показателей, характеризующих психическое здоровье населения Астраханской области.
3. Разработать и внедрить информационно-аналитическую систему наблюдения за состоянием психического здоровья населения субъекта федерации с использова-

нием универсальной персонифицированной электронной базы данных.

4. Проанализировать с помощью региональной информационно-аналитической системы состояние психического здоровья лиц призывного и допризывного возрастов.

5. Оценить с помощью региональной информационно-аналитической системы эффективность использования механизмов обеспечения необходимыми лекарственными средствами федеральной льготной категории граждан (на примере г.Астрахани).

**Объектом исследования** является население Астраханской области и ее территориальных образований с учетом возрастных и гендерных параметров, места жительства, а также система организации амбулаторной психиатрической службы Астраханской области как субъекта федерации.

**Предметом исследования** являются показатели психического здоровья населения Астраханской области и их динамические изменения за период 1996-2007 г.г., психическое здоровье лиц допризывного и призывного возрастов, обеспечение необходимыми лекарственными средствами льготной категории граждан — инвалидов по психическому заболеванию.

**Научная новизна.** Впервые в РФ разработана региональная информационно-аналитическая система наблюдения за состоянием психического здоровья, отвечающая всем требованиям системы диспансерного динамического наблюдения и учета лиц, страдающих ППП, значительно упрощающая учет и контроль за пациентами со стороны участковой психиатрической службы на основе единой электронной базы больных. Региональная информационно-аналитическая система позволяет осуществлять методологический контроль за

работой психиатрической помощи целого медико-географического региона, составлять государственные статистические формы годовой отчетности (формы № 10, 19, 36, 36-ПЛ). Анализ многолетних данных может проводиться с помощью системы по региону в целом, в любом из районов Астраханской области, по возрастным группам, половой принадлежности и т.п. На любую заданную дату. Проведен анализ количественных и качественных параметров, характеризующих состояние психического здоровья населения Астраханской области на протяжении длительного отрезка времени в сравнении с аналогичными показателями в РФ и ЮФО. Создана новая модель организации работы участковой психиатрической службы с использованием рабочего места участкового врача-психиатра, врача-психиатра амбулаторной КЭК, врачей-психиатров организационно-методических отделов. Внедрена в практику работы областного лечебного учреждения электронная картотека лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами. Предложена новая модель организации контроля за обеспечением необходимыми лекарственными средствами федеральной и муниципальной категорий льготников, страдающих психическими и поведенческими расстройствами. Разработана модель организации и учета обследования психического здоровья лиц призывного возраста в рамках медико-географического региона.

**Научно-практическая значимость исследования.** На основе проведенного изучения основных параметров, характеризующих психическое здоровье населения Астраханской области за период 1996-2007 г.г., разработана региональная информационно-аналитическая система контроля за состоянием психического здоровья, на основе ЭБД со сведениями из первичной медицинской документации о всех пациентах, проживающих на ее территории. Система позволила создать электронную поддержку работы участкового врача-психиатра

и может быть предложена для внедрения в другие регионы России. Система обеспечивает электронную поддержку работы регистратуры, организационно-методического кабинета, кабинета клинико-экспертной работы поликлиники психиатрического учреждения. Электронная база данных, содержащая в себе информацию более чем о 110,0 тыс. пациентов службы области, позволяет оперативно решать вопросы поиска информации, ответов на запросы судебных и следственных органов, учета пациентов, находящихся под диспансерным динамическим наблюдением или получающих консультативно-лечебную помощь, не только в системе здравоохранения, но и других ведомствах, заполнения учетно-отчетных документов.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Результаты анализа системы организации амбулаторной психиатрической службы субъекта федерации, ее структуры и функций.

2. Региональная специфика показателей, характеризующих состояние психического здоровья в Астраханской области.

3. Региональная информационно-аналитическая система наблюдения за состоянием психического здоровья в субъекте федерации позволяет решить задачу персонифицированного учета оказываемой специализированной психиатрической помощи.

4. Состояние психического здоровья лиц допризывного и призывного возрастов, проживающих в Астраханской области и основные факторы, влияющие на его формирование.

5. Результаты анализа обеспечения необходимыми лекарственными средствами льготной категории граждан — инвалидов по психическому заболеванию.



**Апробация и внедрение результатов работы.** Работа прошла апробацию на межкафедральной конференции ГОУ ВПО АГМА Росздрава.

Материалы диссертации докладывались на итоговых сессиях АГМА (г.Астрахань, 2004-2008 г.г.), опубликованы в трудах XIV съезда психиатров (г.Москва, 2004,); доложены на V научно-практической конференции «Лекарство и здоровье человека» (г.Астрахань, 2006 г.); заседаниях Астраханской областной ассоциации психиатров, наркологов и психотерапевтов (2003, 2007 г.г.); на I Всероссийском научном форуме «Инновационные технологии медицины XXI века», «Медицинские компьютерные технологии» (Москва, 2005 г.); на Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье молодежи и будущее России» (Тверь, 2006); на IX ежегодной специализированной конференции и выставке «Информационные технологии в медицине 2008» (РАГС, г.Москва); опубликованы в научных журналах, сборниках, трудах Астраханской государственной медицинской академии (Астрахань, 2001- 2003, 2005- 2008); получено свидетельство об официальной регистрации базы данных № 2006620233 «Сана-Пси» и свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2007610628 «ПНД-поликлиника»; материалы диссертации нашли отражение в 2 методических рекомендациях «Патопсихологическая диагностика психических заболеваний непсихотического характера и пограничных расстройств» (г.Астрахань) и «Концепция мониторинга деятельности психиатрических и психоневрологических учреждений на территориальном уровне» (г.Москва); материалы диссертации включены в статистические сборники «Здравоохранение Астраханской области в 2007 г.», «Здравоохранение Астраханской области в 2008 г.» и «Заболеваемость населения Астраханской области в 2008 г.» (г.Астрахань); материалы диссертации внедрены в практику работы ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая боль-

ница» (ГУЗ «ОКПБ»); в практику работы кафедры общественного здоровья и здравоохранения и кафедры психиатрии ГОУ ВПО АГМА Росздрава, кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом общественного здоровья и здравоохранения ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета.

**Публикации.** По материалам исследования опубликовано 41 научная работа, из них 8 в ведущих рецензируемых журналах РФ.

Получено 2 свидетельства об официальной регистрации программ для ЭВМ и 1 свидетельство об официальной регистрации базы данных.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 271 странице машинописного текста, состоит из введения, шести глав, заключения, выводов и приложения; включает в себя 21 таблицу и 51 рисунок. Указатель литературы содержит 459 источников (426 отечественных и 33 зарубежных).

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Материалы исследования.** В соответствии с целью и задачами исследования, учитывая неблагоприятную динамику демографических, социально-экологических и медицинских показателей в регионе, нами была разработана региональная система информационно-аналитического наблюдения за состоянием психического здоровья населения, включающая в себя ЭБД закрытого типа «Сана-Пси» и программу для ЭВМ «ПНД-поликлиника». Система была создана на основе и в строгом соответствии с первичной медицинской документацией, которая заполняется на психиатрическом участке: медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у) и карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью (форма № 030-1/у-02). Подобная органи-

зация медицинской информационно-аналитической системы позволила заняться созданием автоматизированных мест для специалистов, работающих в амбулаторной психиатрической службе области (участковый врач-психиатр, участковая медицинская сестра, медрегистратор и др.). Блоковый принцип МИС позволяет распространить ее использование в дальнейшем на стационарные психиатрические подразделения и адаптировать ее для наркологической службы региона. Получаемая в результате работы программы информация предназначена и строго соответствует всем таблицам основных статистических (годовых) отчетных форм.

Изучались основные параметры и показатели, характеризующие состояние психического здоровья населения Астраханской области и ее территориальных образований методом сплошной выборки.

Разработанная региональная информационно-аналитическая система позволяет осуществлять сбор необходимой информации. Вся информация от специалистов (участковых- врачей-психиатров, психотерапевтов) региона попадает в ЭБД для хранения и обработки. Из сельских районов Астраханской области информация поступает с интервалом 1 раз в квартал, с городских психиатрических участков по мере занесения информации в электронную базу данных (т.е. ежедневно), от врачей-психотерапевтов – в конце отчетного года.

На основе региональной системы стало возможным создание с января 2005 г. кабинета централизованной выписки рецептов для льготных категорий граждан (федеральных и муниципальных).

**Методы исследования.** Информация, полученная с помощью ЭБД и программы информация анализировалась в соответствии с территориальным, возрастно-половым и нозологическим принципами деления контингента. При изучении территориальных особенности распространенности и за-

болеваемости психическими и поведенческими расстройствами использовали районный принцип деления Астраханской области, изучали в сравнительном аспекте показатели городского и сельского населения. При возрастном-половом подходе помимо деления контингента по полу, а также по возрасту на детский, подростковый, взрослый и гериатрический, выделяли призывной контингент (18-27 лет). При нозологическом подходе анализу подвергались сведения, касающиеся основных групп психических и поведенческих расстройств: психозы, в т.ч. шизофренические психозы, психические расстройства непсихотического характера (ПРНХ), умственная отсталость (УО).

Глубина исследований для анализа статистических параметров, характеризующих состояние психиатрической службы региона, составляла 12 лет (с 1996 г. по 2007 г.).

Основными источниками информации явились:

- отчетные документы: за основу взяты данные статистических годовых отчетов ЛПУ психиатрического профиля г.Астрахани и сельских районов области;

- официальные справочные издания: материалы сборников Астраханьстата Российской Федерации;

- разработанные автором ЭБД.

Вся информация хранится в ЭБД «Сана-Пси». Возможности ЭБД позволяли импортировать необходимую информацию в приложение Microsoft Office Excel. Вся необходимая информация подвергалась статистической обработке на ПЭВМ с тактовой частотой 1,7 ГГц. Достоверность результатов определяли с помощью критериев Стьюдента. Корреляционный анализ проводили с помощью специальной статистической программы «SAS» версия 4.0.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Структура единственного специализированного психиатрического ЛПУ Астраханской области существенно не

отличается от таковых в других регионах, отнесенных к пятому типу. Основными структурными подразделениями ГУЗ «ОКПБ» являются:

- диспансерное отделение (поликлиника) на 50000 посещений в год с ОМКО,

- 17 стационарных отделений (с общим коечным фондом 1100 круглосуточных коек), в т.ч. детское, отделение для туберкулезных больных, отделение СПЭ для лиц, содержащихся под стражей, отделение неврозов и пограничных состояний,

- единая патопсихологическая лаборатория,

- служба «Телефон Доверия».

Все информационные потоки замыкаются на ОМКО ГУЗ «ОКПБ». Схема информационных потоков представлена на рис. 1.

Основные проблемы составления отчетов в регионе традиционным способом заключались:

- 1) в отсутствии возможности учитывать оказываемую специализированную психиатрическую помощь персонифицировано;

- 2) в больших временных затратах на составление отчета и, следовательно, отвлечение специалистов от оказания лечебно-консультативной помощи пациентам;

- 3) в низкой объективности сведений.

Нами была проанализирована динамика уровня первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами на территории области в целом и по нозологическим группам.

Анализ динамики показателей первичной заболеваемости ППР при традиционном подходе к сбору информации выявил следующие особенности: более низкий уровень показателей по Астраханской области, чем в РФ в целом; превышение показателей первичной заболеваемости в сельских

райо-

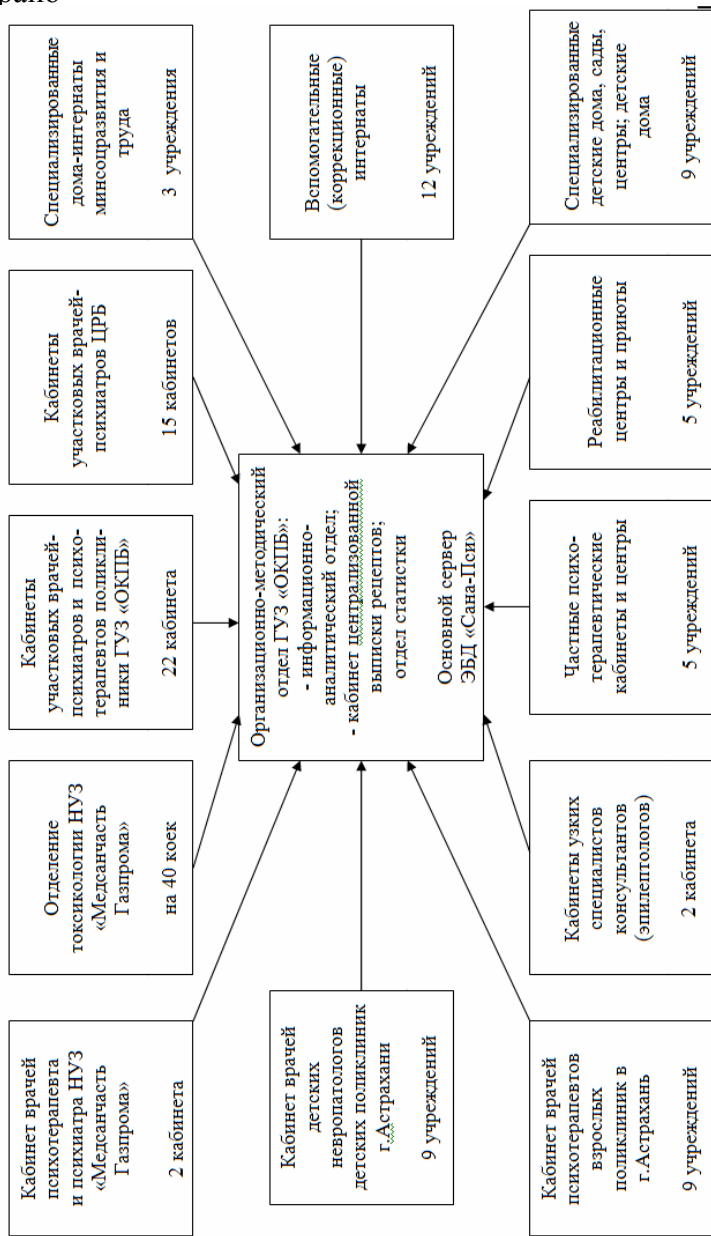


Рис. 1. Схема поступления информации о пациентах ЛПУ и учреждений министерства образования и социального развития, страдающих психическими и поведенческими расстройствами и проживающими в Астраханской области

нах области над городским населением; резкая изменчивость показателей при динамическом наблюдении.

Аналогичная картина наблюдалась во взятых для сравнения регионах (в Ставропольском крае и ЮФО в целом – рис. 2).

Уровень первичной заболеваемости ППР по области на протяжении периода наблюдения колебался. Начиная с 2003 г. он стал выше и ниже не опускался (рис.3).

Первичная заболеваемость психозами по области в целом за изучаемый период возросла с 54,6 случаев на 100000 населения (1995 г.) до 79,3 (2004 г.). Рост показателя отмечался как в целом, так и по изучаемым подгруппам (областной центр, сельские районы). Рост первичной заболеваемости психозами определялся увеличением числа впервые заболевших с психозами органической и экзогенной этиологии. Заболеваемость шизофреническими психозами по всем изучаемым подгруппам снизилась (с 21,7 до 14,0 на 100000 населения).

Первичная заболеваемость ПРНХ увеличились с 128,6 на 100000 населения (в 1996 г.) до 368,9 (в 2004 г.) или в 2,9 раза. Снижение первичной заболеваемости ПРНХ в сельских районах Астраханской области после 2005 г. произошло в связи с прекращением оказания психотерапевтической помощи в условиях ЦРБ.

Изменение показателя первичной заболеваемости УО в целом по области характеризовалось отсутствием стойких тенденций. Наивысшие показатели пришлись на 2000-2002 г.г. (более 57 случаев на 100000 населения). Важно, что в регионе показатели первичной заболеваемости УО по сельским районам области превышали аналогичные по г.Астрахани в 1,9 - 3,6 раза.

При существовавшей до 2004 г. системе сбора информации о первично заболевших по региональному принципу

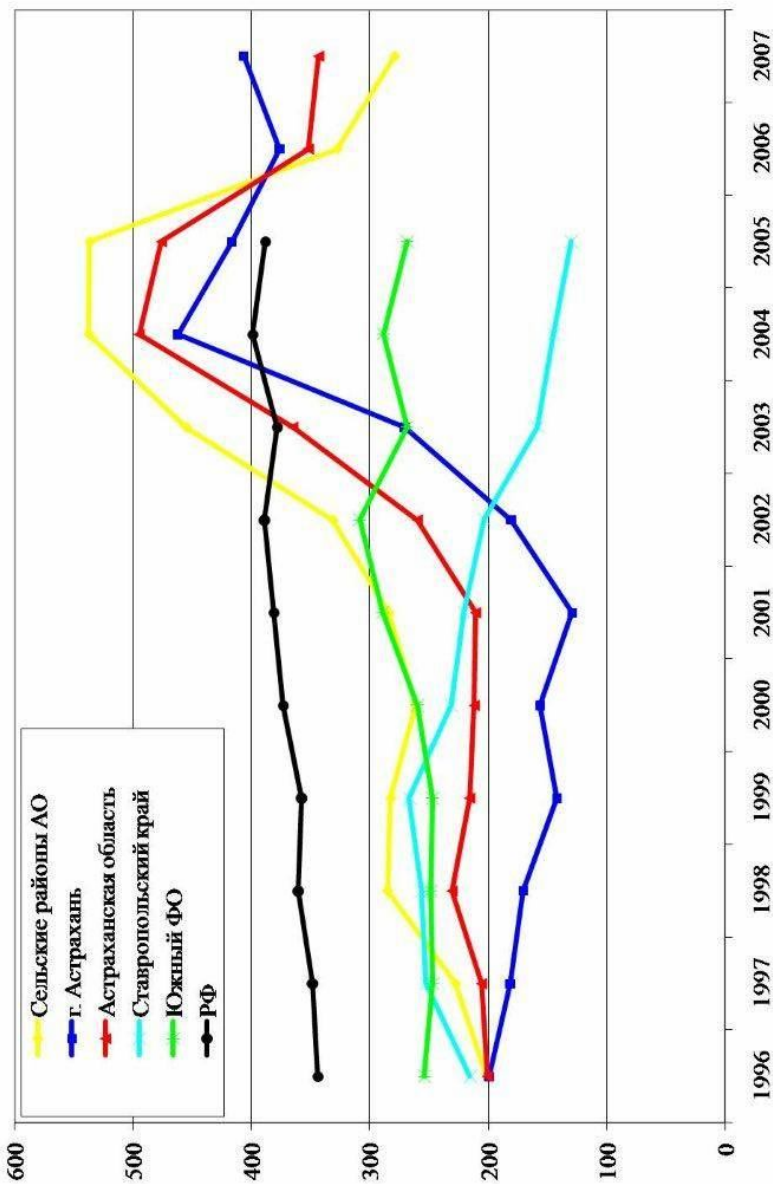


Рис. 2. Динамика первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами за 1996-2007 г.г. (на 100000 нас.)



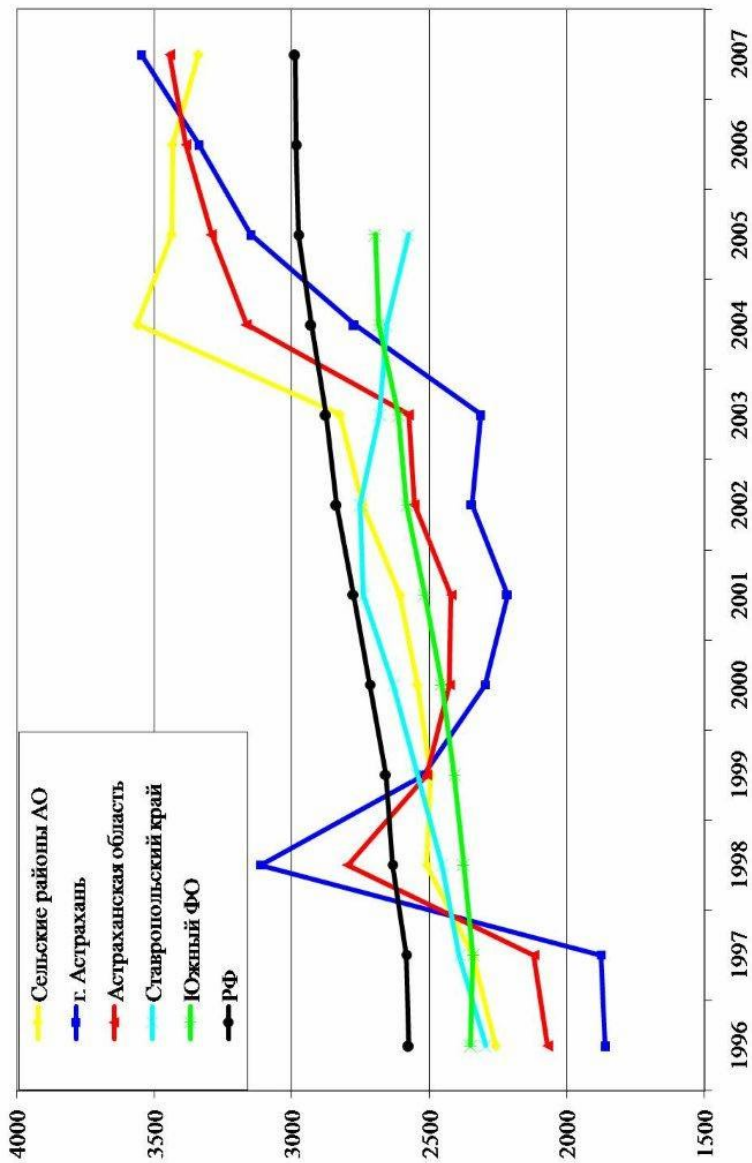


Рис.3 Динамика общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами за 1996-2007 гг.(на 100000 нас.)

деления (особенно в сельских районах области) показатели от года к году существенно варьировали в связи с тем, что на них существенное влияние оказывали факторы, не имеющие непосредственного отношения к заболеваемости, например, отсутствие в районе специалиста, в т.ч. на период его болезни, учебы, привлечения его к работе в РВК и др. В связи с чем первичная диагностика ППР переставала носить планомерный, строго регламентированный характер. К первичной диагностике ППР начинают привлекать не врачей-психиатров, а в лучшем случае врача-психиатра-нарколога, работающего в ЦРБ.

В целом по области общая заболеваемость ППР за период 1996-2007 г.г. увеличилась более чем в 1,6 раза с 2070,3 (1996 г.) до 3443,9 (2007 г.) на 100000 населения (рис.3).

В основном прирост определялся ростом числа пациентов с ПРНХ. При прежнем варианте составления годовых отчетов в сельских районах общая заболеваемость психическими расстройствами была выше на 3,0% - 37,3% (в среднем —  $15,4 \pm 3,68\%$ ), чем в г.Астрахани. Следует заметить, что соотношение это имело четкий нозологический принцип:

- уровень общей заболеваемости психозами в областном центре превышал аналогичный в сельских районах (на 120,6-1267,6 случаев на 100000 населения или от 1,2 до 2,7 раза);

- общая заболеваемость шизофреническими психозами в областном центре была выше на 25,9% - 86,8% (в среднем -  $57,0 \pm 6,4\%$ );

- показатель общей заболеваемости УО по сельским районам значительно превышал показатель по г.Астрахани, общероссийский показатель и показатель по ЮФО);

- показатель общей заболеваемости ПРНХ в сельских районах области превышал аналогичный по г. Астрахани вопреки известным литературным данным.

После внедрения в Астраханской области в эксплуатацию региональной информационно-аналитической системы наблюдения перечисленные показатели существенно изменились (стали соответствовать общероссийским, нозологические пропорции стали соответствовать литературным данным).

Общее число инвалидов по психическому заболеванию в регионе на 01.01.2008 г. составило 8648 человек. За весь период наблюдения число инвалидов по психическому заболеванию в Астраханской области в целом и в его территориальных образованиях неизменно увеличивалось.

Показатели первичной инвалидизации колебались. Наиболее высокий уровень первичной инвалидности в следствии ППР пришелся на период 1997-1998 гг. Существенного различия между уровнем первичной инвалидизации в г.Астрахани и сельских районах области выявлено не было.

С 2001 г. уровень первичной инвалидизации населения Астраханской области превышал аналогичные показатели по ЮФО и РФ. В 2006 г. показатель первичной инвалидизации в регионе был выше среднероссийского на 42,3%. Вероятно, это связано, во-первых, с низкой эффективностью проводимого лечения психотропными средствами (в связи с плохим обеспечением), во-вторых, с отсутствием преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями психиатрической службы, в-третьих, с разрушением в период с 1993 по 2000 г.г. сети реабилитационных подразделений в психиатрической службе Астраханской области.

Нами была создана и введена в эксплуатацию на территории Астраханской области с 2004 г. региональная информационно-аналитическая система наблюдения за состоянием психического здоровья, состоящая из ЭБД и программы для ЭВМ. Алгоритм работы системы представлен на рис. 4.

Ведение ключевой карточки на пациента в условиях поликлиники или кабинета врача-психиатра ЦРБ, кабинета

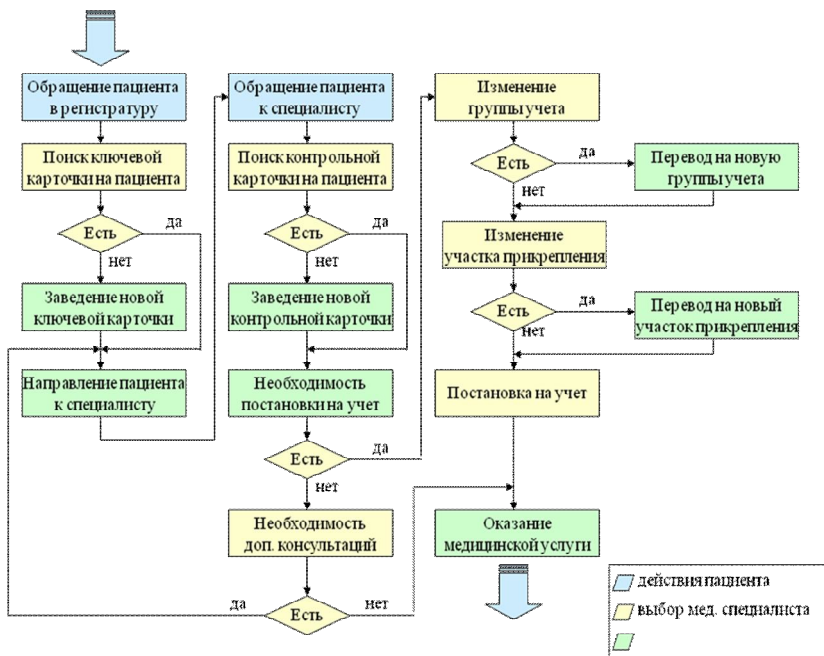


Рис. 4. Алгоритм работы региональной информационно-аналитической системы наблюдения за состоянием психического здоровья

врача-психотерапевта и т.д. осуществляется за счет заполнения 13 основных «вкладок»: «Адрес» (ФИО, полный адрес, дата рождения, вид учета, дата начала заболевания и дата заполнения контрольной карточки), «Адрес другой» (адреса, по которым жил пациент, ФИО и адреса проживания его опекуна в хронологическом порядке), «Семья/работа» (социальное, семейное положение больного, количество детей, отношение к трудовой деятельности и место работы, образование, анамнестические сведения, сведения о злоупотреблениях ПАВ членами семьи и т.д.), «Диагнозы/ Госпитализации» (диагнозы основного и сопутствующего заболеваний и сведения о

госпитализациях в хронологическом порядке), «Амбулаторное лечение» (вся информация по выписанным ЛС), «Больничные листы», «Снятие с учета», «Прикрепление к участку» (перемещение больного по участкам в связи с изменением возраста, места жительства, вида наблюдения и т.д.), «ООД и суицид», «Инвалидность», «Страховые документы», «Льготы», «Принудительное лечение» (рис. 5). В системе предусмотрено восстановление ошибочно удаленной информации, поиск двойников и другие функциональные возможности.

Ключевая карточка:

ID: **49869** F02.802

ФИО: **КОНСТАНТИНОВ АНДРЕЙ МИХАЙЛОВИЧ**

Дата рождения: **08.01.58**

Национальность: **РУС**

Адрес: **ОБЛ. ЦЕНТР, КИРОВСКИЙ, ЛЕНИНА Пл, 7, 3 (, )**

Группа учета: **ДИСПАНСЕРНЫЙ**

Дополнительные сведения: **Судебная экспертиза**

Дата заполнения: **12.02.00**

СНИЛС: **037-301-089-19** Серия: **AA** №: **1050654**

Two small icons of a person with a green checkmark are visible at the bottom right of the form.

Рис. 5. Экранная форма ключевой карточки ЭБД «Сана-Пси»

Региональная информационно-аналитическая система наблюдения за состоянием психического здоровья позволила выяснить средний возраст наблюдаемых по нозологическим формам, полу, месту проживания, среднюю длительность на-

блюдения и нахождения на стационарном этапе лечения, среднюю продолжительность жизни пациентов в зависимости от формы заболевания, проанализировать имеющуюся у пациентов сопутствующую патологию. Анализ проводился с учетом генеза имеющегося ППР (сосудистый, атрофический, экзогенный, эндогенный, смешанный; психотического или непсихотического уровня имеющихся расстройств и т.п.).

Система на 01.01.2009 г. содержит более 105000 записей об обращениях за специализированной психиатрической и психотерапевтической помощью в ЛПУ, находящихся в различных сельских районах области и г.Астрахани.

Анализ показал, что на диспансерном учете у врача-психиатра одновременно находится от 200 до 800 пациентов, в зависимости от профиля участка, его расположения и специфики. Еще от 100 до 500 пациентов получают консультативно-лечебную помощь. Другими словами, в работе на участке находится около 1000 карточек. Ежедневный прием участкового врача-психиатра составляет 20-40 пациентов. Всего на 1 января 2009 г. в Астраханской области под разными видами наблюдений находилось 29948 пациентов (средний возраст  $35,2 \pm 0,1$  лет). Из них 32,0% женщин (средний возраст –  $46,6 \pm 0,2$ ), 68% - мужчин (средний возраст -  $29,9 \pm 0,1$ ).

На диспансерном учете состояло 12945 пациентов (средний возраст -  $41,6 \pm 0,2$  лет). Из них 56,8% мужчин (средний возраст -  $37,1 \pm 0,2$ ) и 42,3% женщин ( $47,6 \pm 0,3$ ). Средний возраст мужчин, состоящих на ДДН по Астраханской области был достоверно ниже возраста женщин на 10 лет ( $p < 0,001$ ) (табл. 1).

Психотические формы определяются в 53,4% случаев, ПРНХ – в 11,3%, УО – 35,3%. При этом средний возраст наблюдаемых был самым высоким в группе психозов ( $52,3 \pm 0,43$ ), на втором месте – в группе ПРНХ –  $39,3 \pm 0,53$ , на третьем – в группе УО ( $27,9 \pm 0,21$ ). Средний возраст наблюдаемых, как правило, находился в границах трудоспособного

возраста. Лишь среди женщин с психотическими формами этот показатель превышал 60 лет.

Обращает на себя внимание, что самыми многочисленными пациентами, находящимися на ДДН были пациенты с диагнозом шизофрения, шизотипическое и бредовое расстройство (F20-29 по МКБ-X) – 36,9% (средний возраст  $47,8 \pm 0,23$ ). На втором месте – пациенты с УО (F70-79) – 35,3% и на 3 - органические психические расстройства (F00-F09) - 23,0% (средний возраст –  $52,3 \pm 0,43$ ).

Таблица 1.

Структура пациентов, находящихся на ДДН по основным нозологическим группам и их средний возраст (% ,  $M \pm m$ )

	ВСЕГО	Мужчины	Женщины
	%	%	%
	Средний возраст	Средний возраст	Средний возраст
Психозы	53,4	25,3	28,1
	$52,3 \pm 0,43$	$45,8 \pm 0,53$	$56,4 \pm 0,31$
в т.ч. - шизофренические	37,1	19,1	18,1
	$48,0 \pm 0,22$	$43,7 \pm 0,29$	$52,5 \pm 0,32$
- органические	15,8	6,0	9,8
	$58,8 \pm 0,48$	$55,2 \pm 0,77$	$59,2 \pm 0,57$
ПРНХ	11,3	9,2	2,1
	$39,3 \pm 0,53$	$36,8 \pm 0,56$	$50,4 \pm 1,28$
в т.ч. - ПРНХ ОГ	7,2	7,2	-
	$37,9 \pm 0,62$	$37,9 \pm 0,62$	-
УО	35,3	22,3	13,0
	$27,9 \pm 0,21$	$26,9 \pm 0,25$	$29,6 \pm 0,38$

Во всех группах средний возраст наблюдаемых мужчин был достоверно ниже ( $p < 0,001$ ), чем у женщин: в 1-й группе на 9,2 года, во 2-й – на 2,7 года, в 3-й – на 13,6 лет.

Чаще других наблюдались пациенты с параноидной формой шизофрении (F20.0\*) – 54,4%.

Средний возраст наблюдаемых и длительность нахождения на ДДН представлены в таб. 2.

КЛП получало 17003 пациентов (средний возраст –  $30,28 \pm 0,2$  лет). Из них 77,4% мужчин (средний возраст –  $25,8 \pm 0,1$ ) и 22,6% женщин ( $45,74 \pm 0,4$ ). Средний возраст женщин, получающих КЛП был достоверно выше возраста мужчин на 19,9 лет ( $p < 0,001$ ).

Система позволяет проводить анализ в рамках одной нозологической формы, с учетом ее этиологии. Среди 7818 пациентов с органическими психическими расстройствами, находившихся на ДДН и получавших КЛП – было 33,2% женщин и 66,8% мужчин. Средний возраст наблюдаемых этой группы –  $45,0 \pm 0,3$  лет (мужчины –  $36,8 \pm 0,3$ , женщины –  $61,6 \pm 0,5$ ). При этом 63,9% из них проживали в областном центре (средний возраст  $45,7 \pm 0,47$ ) и 36,1% – в сельских районах области (средний возраст  $43,9 \pm 0,42$ ). При анализе по этиологическому признаку установлено, что в группе больных с органическими психическими расстройствами средний возраст существенно варьирует (табл. 3).

В группе пациентов с психозами (7687 пациентов: мужчин – 44,8%, женщин – 55,2%) установлено, что среднее количество госпитализаций в стационар составило  $2,3 \pm 0,1$  раза, а средняя продолжительность пребывания – ( $141,2 \pm 10,9$  к/дня). Пациенты этой группы чаще других попадают в стационар в связи с применением к ним ППМХ.

Средний возраст пациентов этой группы был существенно ниже, чем в предыдущей, и составил  $48,0 \pm 0,2$  лет, длительность наблюдения была существенно выше –  $17,0 \pm 0,2$  лет.



Таблица 2.

Средний возраст и длительность наблюдения за умершими пациен-  
тами за период 2004 -2005 г.г.

Виды расстройств	Средняя продол. жизни	
	Средняя длит. наблюдения	
	2004 г.	2005 г.
ОПР: всего	71,0±1,1	71,3±0,9
	7,4±0,7	6,2±0,5
мужчины	65,8±1,4	64,9±1,4
	7,6±1,0	5,8±0,6
женщины	76,6±1,1	76,3±0,8
	7,1±1,0	6,5±0,8
Шизофренические психозы:	57,1±1,5	60,8±1,2
	19,0±1,1	24,2±1,0
мужчины	50,9±1,9	56,3±1,4
	18,4±1,4	24,3±1,2
женщины	65,5±2,0	67,3±1,7
	19,6±1,6	24,0±1,5
Аффективные расстройства:	79,3±3,0	61,6±6,7
	12,4±2,7	20,9±4,8
Невротические расстройства	57,0±5,5	51,8±10,1
	14,5±3,5	13,0±4,9
Расстройства личности:	27,0±3,3	33,2±5,1
	6,8±3,2	12,0±1,2
УО: всего	39,8±2,5	37,2±2,5
	22,9±1,9	22,5±1,9
мужчины	34,7±2,8	32,3±2,7
	21,0±2,5	20,2±2,4
женщины	48,5±4,5	44,0±4,3
	26,2±2,8	25,6±3,1

Таблица 3.

Структура и средний возраст пациентов с ОНР, получавших  
КЛП и находившихся на ДДН ( $M \pm m$ , %)

Форма патологии	Средний возраст	Мужчин	Женщин
Болезнь Альцгеймера F00 0,3%	67,3±8,4	76,0%	24,0%
Сосудистая деменция F01 9,4%	77,3±0,3	32,0%	68,0%
Другие деменции F02 11,9%	53,8±0,7	55,9%	44,1%
-в т.ч. вызванных эпилепсией	39,0±1,2	57,1%	42,9%
Деменции неуточненные F03	82,8±1,2	18,9%	71,1%
Амнестический и делириозный синдромы F04, F05	65,9±1,8	50,5%	49,5%
ОНР психотического уровня F06 (часть)	59,6±0,8	51,4%	48,6%
ПРНХ ОГ F06, F07 (часть)	36,2±0,3	76,6%	23,4%

По месту проживания группа разделилась следующим образом: 52,6% пациентов жили в г. Астрахани, 47,4% - в сельских районах области. Средний возраст пациентов с психозами из областного центра был на 1,0 год выше, чем у жителей сельских районов.

Третью группу составили 618 пациентов (средний возраст -  $45,9 \pm 0,8$  лет) с различными аффективными расстройствами (F3\*.\*). 35,9% из них находились на ДДН, 64,1% - получали КЛП. В группе было 55,0% женщин (средний возраст -  $53,9 \pm 1,0$ ), 45,0% мужчин (средний возраст -  $36,1 \pm 1,0$ ).

Из числа лиц с аффективными расстройствами, находившихся на ДДН (средний возраст –  $56,3 \pm 1,2$ ), женщин было 65%, мужчин - 35%.

Средний возраст лиц с аффективными расстройствами, получавших КЛП, составил  $40,2 \pm 0,8$  лет, 49,2% – женщины, 50,8% - мужчины.

Среди пациентов с депрессиями, не достигающими психотического уровня, средний возраст у женщин был выше, чем у мужчин ( $54,0 \pm 1,1$  и  $34,3 \pm 1,1$  года соответственно).

Группу пациентов с невротами (F40-F48) составили 1585 человек (67,3% женщин и 32,7% мужчин). Средний возраст наблюдаемых –  $42,0 \pm 0,4$  года (у мужчин -  $37,1 \pm 0,6$ , у женщин –  $44,4 \pm 0,4$ ).

Среди 4160 лиц с расстройствами личности и поведения (F6\*.\* ) доминировали лица мужского пола (97,3% и 2,7% соответственно). Средний возраст группы составил  $23,2 \pm 0,1$  лет. В связи с тем, что женщин в этой группе было очень мало их средний возраст ( $41,0 \pm 1,8$  год) не мог существенно повлиять на показатель в целом по группе. Важно, что только 2,2% мужчин с личностными расстройствами состояли на ДДН. Среди женщин этот показатель составил 30,7%.

7892 пациента с признаками УО (F7\*.\* ) имели средний возраст -  $25,4 \pm 0,1$  года. Мужчин среди наблюдаемых по области было в 2,7 раза больше чем женщин (72,9% и 27,1% соответственно). Средний возраст наблюдаемых женщин с УО был выше и составил  $27,8 \pm 0,3$  (у мужчин –  $24,5 \pm 0,1$  года). На ДДН среди лиц с УО находился 4721 человек (38,1% - женщин, 61,9% – мужчин, соотношение 1:1,6), КЛП получали - 3170 пациентов (10,7% – женщины, 80,3% – мужчины, соотношение 1: 8,3).

Следует отметить, что средний возраст находящихся на ДДН был достоверно выше, чем у лиц, получающих КЛП ( $28,0 \pm 0,2$  и  $21,5 \pm 0,1$ ). При этом средний возраст женщин с УО, состоящих на ДДН был несколько выше чем у мужчин

( $29,8 \pm 0,4$  и  $26,9 \pm 0,2$ ), а в группе лиц, получающих КЛП ситуация была обратной – средний возраст женщин был достоверно ниже, чем возраст мужчин ( $17,3 \pm 0,4$  и  $22,0 \pm 0,1$ ).

В психоневрологических домах-интернатах на 1.01.2008 г. содержалось 935 пациентов (в домах-интернатах для взрослых - 715, для детей - 220), что составляет 3,1% от контингента и 7,2% от числа пациентов, находящихся на ДДН. Средний возраст взрослых пациентов домов-интернатов составил  $48,4 \pm 0,7$ . В этой группе больных средний возраст женщин оказался выше почти на 6 лет ( $51,1 \pm 1,0$  и  $45,2 \pm 1,0$ , соответственно;  $p < 0,001$ ).

Средний возраст детей, проживающих в Разночиновском доме-интернате, составил  $13,0 \pm 0,3$  лет. Среди проживающих было 99 девочек (45,0%), средний возраст которых составил  $12,5 \pm 0,5$  и 121 мальчик (55,0%) –  $13,4 \pm 0,5$  лет. Различий в среднем возрасте между девочками и мальчиками выявить не удалось.

Использование региональной системы наблюдения за состоянием психического здоровья делает реальными перспективы создания в области единой суицидологической службы. По данным анализа в Астраханской области более 84% суицидентов не состояли на ДДН и не получали КЛП. Более 60% из них были женщины. Средний возраст суицидентов в регионе составил  $31,9 \pm 0,4$  года.

В клиническом плане более 75% суицидентов это лица с теми или иными невротическими расстройствами. Все остальные нозологические группы составляли за время наблюдения не более 7% от числа всех суицидентов.

Система позволила проанализировать основные причины смертности пациентов с ППР, возраст наступления смерти и среднюю продолжительность наблюдения в зависимости от нозологии и этиологических причин заболевания.

Средний возраст умерших существенно не менялся и составил в 2004 г.  $62,4 \pm 0,9$ , в 2005 г. –  $63,6 \pm 0,8$ , в 2006 г. –  $62,8 \pm 0,9$  года.

Основными причинами смерти были сердечно-сосудистые заболевания – 66,2% (в т.ч. ХИБС – 53,4%, инфаркт – 6,4%, инсульт – 6,4%).

Среди умерших больных с шизофреническими психозами средняя длительность наблюдения составила  $19,0 \pm 1,1$  лет (мужчины –  $18,4 \pm 1,4$ , женщины  $19,6 \pm 1,6$  лет). Средняя продолжительность жизни больных шизофренией составила  $57,1 \pm 1,5$  лет (у мужчин –  $50,9 \pm 1,9$ , у женщин –  $65,5 \pm 2,0$ ). Женщины в этой группе наблюдались на 14,6 лет дольше, чем мужчины. В группе пациентов с шизофренией по сравнению с другими нозологическими формами почти в 2 раза чаще фигурировали причины смерти, связанные с влиянием внешних факторов («механическая асфиксия», «несчастный случай», «убийство», «повешение», «утопление», «дорожно-транспортное происшествие»).

Нами была изучена возрастно-половая структура впервые заболевших ППР с интервалом возраста начала заболевания в 1 год среди заболевших в 2005 г. Было выявлено специфическое распределение возраста начала заболевания в зависимости от пола впервые заболевших. В большинстве возрастных групп число мужчин, превышало число женщин. Исключение составили возрастные периоды от 35 до 45 лет и старше 60 лет, в которых число женщин превалировало.

Возрастной «пик» заболеваемости ППР для жителей области в целом у мужчин пришелся на возраст 18 лет. Менее значимое повышение показателя первичной заболеваемости пришлось на возраст 20 и 9 лет. У женщин повышение показателя отмечалось в возрасте 9, 10 и 7 лет.

Подобный анализ был проведен отдельно для жителей областного центра и сельских районов области. Результаты

анализа по г.Астрахани практически не отличались от сведений по области в целом.

В селах Астраханской области, не являющихся районными центрами, у мужского населения имелся выраженный «пик» показателя первичной заболеваемости ППР, приходящийся на призывной возраст (17-19 лет) и повышение показателя в возрасте 8-10 лет. Повышение показателя у женщин этой группы приходилось на возраст 8-10 лет. Появление тенденции к повышению показателя первичной заболеваемости ППР в дальнейшем отмечается после 60-летнего возраста.

Выявленные подъемы показателей первичной заболеваемости ППР приходятся на периоды планового обследования населения (юношей при переписке и призыве, детей - при поступлении в школу). Это позволяет предположить наличие связи повышения показателей не только с появлением первичных клинических признаков ППР, но и с моментом их регистрации психиатрической службой. Т.о. полученные данные косвенно свидетельствуют о том, что в регионе жители сел, не являющихся районными центрами не обеспечены своевременной специализированной психиатрической помощью.

С помощью региональной информационно-аналитической системы было изучено состояние психического здоровья 578 юношей, проходивших обследование в рамках одной весенней призывной кампании.

При использовании клинико-нозологического подхода, выявлено 7 групп: 1) пациенты с ПРНХ органического генеза - 19,9%); 2) УО – 14,5%; 3) пациенты со специфическими расстройствами личности - 13,3%; 4) пациенты с шизофренией – 0,5%; 5) эпилепсией - 0,2%; 6) практически здоровые – 47%, имевшие акцентуации; 7) психически здоровые – 4,5%.

Доля ППР составила 48,4%: ПРНХ ОГ – 41,4%, УО – 30%, СРЛ – 27,4%, шизофренические психозы – 1,1%, эпилепсия – 0,4%.

При патопсихологическом подходе, выделили 4 группы: 1) «Психически здоровые» – 4,5%; 2) «Расстройства личности» (РЛ) – 41,9%; 3) «Интеллектуальная недостаточность» (ИН) – 33,0%; 4) «Органические психические расстройства» различного генеза – 20,15%.

Для пациентов группы «Психически здоровые» ЛДПВ были присущи: невысокий уровень образованности, недостаточный словарный запас, достаточный объем кратковременной памяти, низкий темп психической деятельности, сохранность категориального строя мышления, средний уровень процесса обобщения, сохранность аффективного контроля, наличие психической астении, снижение критичности к своим суждениям, низкий уровень самопонимания. Это не позволяло отнести таких пациентов к какой-либо нозологической форме патологии даже на синдромальном уровне.

В группе «ИН» отмечены: низкий уровень образованности, речевые расстройства (нарушения произношения, грамматики, ограничение словарного запаса), снижение критичности, памяти и темпа психической деятельности, низкий уровень самосознания.

В пациентов группы «РЛ» выявили: невысокий уровень образованности, недостаточный словарный запас, импульсивность в работе (внезапные отказы, снижение продуктивности), снижение темпа психической деятельности, незначительное искажение процесса обобщения при сохранности категориального строя мышления, аффективную обусловленность мышления, низкий уровень самопонимания.

В группе «ПРНХ ОГ» выявлялись: недостаточный уровень образованности, истощаемость, низкий темп психической деятельности, снижение переключаемости внимания, объем кратковременной памяти соответствует нижней границе нормы, непоследовательность суждений, шаблонность ассоциаций, персеверации, снижение критичности к своим суждениям, низкий уровень самопонимания.

Было установлено неблагоприятное влияние социальных факторов (урбанизация, многодетность семьи, алкоголизация родителей) на психическое здоровье ЛДПВ и качество диагностики ППР. Для ранней диагностики ППР необходимо организовать систему медико-профилактических и психолого-педагогических мероприятий, позволяющих своевременно диагностировать их на этапе начальных проявлений.

С помощью сведений из ЭБД «Сана-Пси» психиатрическая служба г.Астрахани практически безболезненно преодолела переход на новый принцип обеспечения необходимыми лекарственными средствами льготной категории граждан в соответствии со 122 Федеральным законом РФ.

Анализ ОНЛС ЛКГ (инвалидов по психическому заболеванию), проживающих в г.Астрахани (сплошная выборка), было установлено, что за 2005 год:

- было выписано всего 16861 рецептов,
- по 15008 рецептам были получены лекарственные средства на общую сумму 3441032 руб. 45 коп.,
- на 1 инвалида по психическому заболеванию израсходовано 1019,87 руб.,
- на 1 воспользовавшегося – 2033,77 руб.
- среднее время обеспечения 1 рецепта на ЛС в областном центре  $0,55 \pm 0,02$  суток,
  - основными ЛС для ЛКГ как по числу выписанных рецептов, так и по стоимости отпущенных ЛС являлись нейрореплетические средства. Далее по числу выписанных рецептов следовали транквилизаторы, антипаркинсонические средства, антидепрессанты, противосудорожные препараты. По затраченным денежным средствам на втором месте были противосудорожные препараты, далее – антидепрессанты, антипаркинсонические средства.



## ВЫВОДЫ

1. В организации оказания амбулаторной психиатрической помощи в Астраханской области основными проблемами: являются малая доступность в связи с удаленностью и наличием водных преград в сельских районах; отсутствие реабилитационных структур; наличие в сельских районах области только одного специалиста-психиатра, отсутствие в штате центральных районных больниц специалистов психологов, низкое качество ведения первичной медицинской документации, плохая регистрация оказываемой помощи.

2. За период 1996 - 2007 г.г. в Астраханской области:

- первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами увеличилась более чем в 2,4 раза;

- первичная заболеваемость психозами возросла в 1,5 раза в основном за счет органических психозов сосудистого генеза;

- во всех возрастных когортах населения в 2,3 раза увеличилась первичная заболеваемость психическими расстройствами непсихотического генеза;

- показатели первичной заболеваемости шизофреническими психозами и умственной отсталостью не имели стойкой тенденции к росту;

- среди сельских районов наибольший прирост первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами отмечен в Лиманском, Камызякском, Икрянинском районах.

3. Общая заболеваемость психическими расстройствами возросла на 33,3%, преимущественно за счет увеличения количества психических расстройств непсихотического генеза (в 1,76 раза) и умственной отсталости (в 1,42 раза).

4. Количество инвалидов по психическому заболеванию возросло в 1,5 раза. Основными причинами инвалидизации населения являлись психотические расстройства (38,7%)

и умственная отсталость (40,4%). Средний возраст наступления инвалидности по психическому заболеванию составил у мужчин  $38,6 \pm 0,3$  лет, у женщин -  $44,0 \pm 0,3$ . В сельских районах инвалидизация наступала на 6 лет раньше, чем в областном центре. Инвалиды детства составили – 12,0%, инвалиды I группы – 13,2%, II группы – 72,7%, III группы – 2,1%.

5. Внедрение региональной информационно-аналитической системы наблюдения за состоянием психического здоровья позволило организовать в регионе персонафицированный учет оказания специализированной психиатрической помощи, оптимизировать методологический контроль за ее проведением, улучшить качество, своевременность и объективность анализа статистических показателей службы.

6. С помощью региональной информационно-аналитической системы установлено, что основными отклонениями в состоянии психического здоровья, послужившими причиной освобождения граждан призывного возраста от военной службы в 48,4% случаев являлись клинически очерченные случаи, в 47,0% - доклинические.

7. Среди клинически очерченных форм основными являлись расстройства личности (41,9%), интеллектуальная недостаточность (33,0%), непсихотические психические расстройства, расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (19,9%).

8. Основными доклиническими психическими и поведенческими расстройствами у лиц допризывного возраста были акцентуация характера, эмоционально-волевые нарушения, пограничная умственная отсталость. Формирование доклинических расстройств наиболее часто провоцировали социальные факторы: «Урбанизация», «Алкоголизация родителей», «Состав семьи».

9. Анализ обеспечения необходимыми лекарственными средствами льготной категории граждан, проживающих в г.Астрахани показал, что на одного инвалида по психическому заболеванию затраты за 2005 г. составили 50% от должных, в расчете на 1 воспользовавшегося – 2033,77 руб. 74% денежных средств израсходовано на нейролептические препараты. В среднем от момента выписки лекарственного средства до его получения в аптеке проходило  $0,55 \pm 0,02$  суток.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Для организации эффективной своевременной доступной и качественной специализированной амбулаторной психиатрической помощи на современном этапе необходимо использовать современные информационные технологии.

2. Внедрение региональных информационно-аналитических систем для наблюдения за состоянием психического здоровья позволяет на практике осуществить принцип персонифицированного учета всех видов услуг специализированной психиатрической помощи.

3. Систему необходимо использовать в других регионах РФ и наркологических службах для:

- оперативного слежения за ситуацией в регионе,
- получения своевременной многоуровневой и исчерпывающей информации,
- проведения углубленного анализа и составления прогноза (кратковременного и долгосрочного).
- осуществления адресной психиатрической помощи в амбулаторных условиях (т.е. максимального приближения ее к месту проживания пациента),
- объективизации показателей первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в регионе,

- стандартизации и сопоставимости статистических показателей в различных регионах РФ,
- реального управления психиатрической службой на любом уровне,
- выявления наиболее актуальных проблем в организации психиатрической помощи в каждом регионе,
- планирования затрат на обеспечение контингента психически больных психотропными средствами,
- создания и модернизации реабилитационных структур в регионах.

4. Внедрение системы на первом этапе необходимо осуществить в «пилотных» регионах РФ, со структурой организации психиатрической помощи напоминающей таковую в Астраханской области (5 тип по систематике МЗ РФ). Схема функционирования информационно-аналитической службы в регионах должна быть универсальной. Центрами по сбору информации должны стать областные (краевые) психоневрологические диспансеры или областные (краевые) психиатрические больницы. На втором этапе следует планировать создание сетевого принципа сбора информации, как в регионах другого типа, так и в Федеральных округах.

5. Подобная организация несомненно потребует от практических врачей (врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских статистиков, других специалистов, работающих в отрасли) качественно нового уровня знаний. Поэтому обучение специалистов будет необходимо организовать на базе медицинских аналитических центров в регионах, где система уже внедрена.

6. Для сокращения сроков внедрения региональных информационно-аналитических систем для контроля за состоянием психического здоровья необходимо проведение инвентаризации уже имеющихся и функционирующих на территории РФ МИС, создание стандартных протоколов обмена

информацией в здравоохранении вообще и психиатрической службе в частности.

7. Отдача от внедрения региональных информационно-аналитических систем наблюдения за состоянием психического здоровья в регионах следует ожидать по мере увеличения продолжительности ее использования.

8. Внедрение подобных систем позволит организовать мониторинг состояния психического здоровья населения РФ.

### **СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Андреев, М. К. Социально-экологический мониторинг психического здоровья населения медико-географического региона / М. К. Андреев, Э. Б. Великанов, А. В. Мартынов, Г. Н. Франк // Прикладная психология и педагогика. – М. : Импринт-Гольфстрим, 1998. – Т. 2. – С. 102–108.
2. Андреев, М. К. Экологические и социальные аспекты состояния психического здоровья детского и подросткового населения Астраханской области / М. К. Андреев, Р. Н. Викина, Э. Б. Великанов // Труды Астраханской государственной медицинской академии. – Т.8 (XXXII). – Астрахань, 1999. – С. 3–10.
3. Андреев, М. К. Клинико-эпидемиологическая характеристика состояния психического здоровья населения, проживающего в районе расположения Астраханского газового комплекса, и вопросы организации оказания специализированной психиатрической помощи / М. К. Андреев, А. А. Лазарев, С. Б. Селезнев, В. Н. Бучин // Труды Астраханской государственной медицинской академии. – Астрахань, 1999. – Т. 17. – С. 17–22.
4. Великанов, Э. Б. Медико-социально-психологические проблемы адаптации людей пожилого и старческого возраста /Э.Б.Великанов, М. К. Андреев // Сборник Материалы науч-

но-практической конференции по геронтологии и гериатрии, посвященные Году пожилого человека (Астрахань, 15 октября 1999 г.) – Астрахань : Изд-во АГПУ, 2000. – С. 3–7.

5. Андреев, М. К. Поло-возрастные и нозологические особенности заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами населения г. Астрахани / М. К. Андреев, Э. Б. Великанов, Н. Н. Черняев // Труды Астраханской государственной медицинской академии. – Т. 16. – Астрахань, 1999. – С. 230–235.

**6. Андреев, М. К. Состояние психического здоровья населения, проживающего в районе Астраханского газового комплекса, и реорганизация специализированной психиатрической помощи / М. К. Андреев, А. А. Лазарев, С. Б. Селезнев, В. Н. Бучин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 3. – С. 39–41.**

7. Андреев, М. К. Клинические, психологические и организационные аспекты обследования лиц приписного и призывного возрастов / М. К. Андреев, Н. А. Бочарникова, Э. Б. Великанов, Н. А. Павлова // Труды Астраханской государственной медицинской академии. – Астрахань, 2001. – Т. 22 (XLVI). – С. 132–137.

8. Андреев, М. К. Некоторые аспекты организации и проведения психодиагностического обследования юношей приписного и призывного возрастов с клиническими признаками резидуального поражения головного мозга / М. К. Андреев, Н. А. Бочарникова, Л. А. Иващенко // Труды Астраханской государственной медицинской академии. – Астрахань, 2002. – Т. 25. – С. 158–161.

9. Петракова, А. В. Проблемы организации психиатрической помощи больным транзиторными психозами в Астраханской области / А. В. Петракова, М. К. Андреев // Труды Астраханской государственной медицинской академии. – Астрахань, 2002. – Т. 25. – С. 232–236.

10. Андреев, М. К. Особенности психодиагностического обследования лиц приписного и призывного возрастов в медицинских комиссиях райвоенкоматов Астраханской области / М. К. Андреев, Н. А. Бочарникова, Э. Б. Великанов // Медико-биологические и психолого-педагогические аспекты адаптации и социализации человека : материалы всероссийской научно-практической конференции. – Волгоград : ВолГУ, 2002. – С. 86–87.
11. Бочарникова, Н. А. Некоторые психодиагностические обследования юношей приписного и призывного возрастов / Н. А. Бочарникова, М. К. Андреев // Труды Астраханской государственной медицинской академии. – Астрахань, 2003. – Т. 29. – С. 314–319.
12. Бочарникова Н. А. Возможности социально-экологического контроля за состоянием психического здоровья населения Астраханской области / Н. А. Бочарникова, М. К. Андреев // Материалы VI международной научной конференции «Эколого-биологические проблемы бассейна Каспийского моря» (Астрахань, 15–16 октября). – Астрахань, 2003. – С. 139–141.
13. Андреев, М. К. Психическое здоровье населения России как проблема национальной и медико-экологической безопасности жизнедеятельности / М. К. Андреев, Э. Б. Великанов, Н. Н. Черняев, Л. А. Ивойлова // Материалы 7-й международной научно-практической конференции «Экология и жизнь». – Пенза, 2004. – С. 49–52.
14. Сидоров, Г. А. Проблемы и перспективы организации амбулаторной специализированной психиатрической помощи на примере Астраханского медико-географического региона / Г. А. Сидоров, М. К. Андреев, Н. Н. Черняев // Материалы научно-практической конференции «Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях». – Тверь, 2006. – С. 170–175.

15. Андреев, М. К. Возможности электронного мониторинга основных статистических параметров, характеризующих состояние психического здоровья населения Астраханского медико-географического региона / М. К. Андреев, Н. Н. Черняев // Материалы I Всероссийского научного форума «Инновационные технологии медицины XXI века», «Медицинские компьютерные технологии» (Москва, 12–15 апреля 2005 г.) – М., 2005. – С. 402–404.
- 16. Андреев М. К. Опыт использования регистра больных психическими и поведенческими расстройствами в Астраханской области / М. К. Андреев, Н. Н. Черняев // Материалы трудов XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – 38 с.**
- 17. Бочарникова, Н. А. Структура заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами призывного контингента Астраханской области / Н. А. Бочарникова, М. К. Андреев // Материалы XIV съезда психиатров России. – Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия». – 2005. – С. 42.**
18. Андреев М. К., Черняев Н. Н. Регистр больных психическими и поведенческими расстройствами Астраханской области / М. К. Андреев, Н. Н. Черняев // Труды Астраханской государственной медицинской академии. – Астрахань, 2005. – Т. 32. – С. 69–72.
19. Андреев, М. К. Некоторые итоги новых форм обеспечения льготной категории граждан психотропными препаратами / М. К. Андреев // Труды АГМА. – Астрахань, 2006. – Т. 33. – С. 249–251.
20. Андреев, М. К. Проблемы организации бесплатного обеспечения инвалидов по психическому заболеванию, проживающими в г. Астрахани, психотропными препаратами / М. К. Андреев, Н. Н. Черняев // Сборник Материалы V Астраханской региональной научно-практической конференции



«Лекарство и здоровье человека». – Астрахань, 2006. – С. 7–10.

21. Бочарникова, Н. А. Организационно-методические и клинико-психологические аспекты обследования психического здоровья лиц допризывного и призывного возраста / Н. А. Бочарникова, М. К. Андреев // Здоровье молодежи и будущее России: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, г. Тверь, 19–20 октября 2006 г. / под. ред. Б. Н. Давыдова, М. Н. Калинин, В. А. Соловьева, Ю. А. Алексеевой, И. А. Жмакина, К. Б. Баканова. – Тверь : Изд-во Триада, 2006. – С. 39–43.

22. Свидетельство об официальной регистрации базы данных «Сана-Пси» № 2006620233 Федеральной службы по интеллектуальной собственности патентам и товарным знакам. Авторы : Андреев М. К., Черняев Н. Н. Зарегистрировано в Реестре баз данных 28.07.2006 г.

23. Бочарникова, Н. А. Организационно-методические аспекты медико-психологического сопровождения юношей допризывного и призывного возрастов / Н. А. Бочарникова, М. К. Андреев, С. Б. Селезнев // Здоровье населения – основа процветания России: Материалы Всероссийской научно-практической конференции 14–16 февраля 2007 года. – М. : Изд-во РГСУ, 2007. – С. 34–36.

24. Бочарникова, Н. А. Организационные и психодиагностические аспекты медико-психологического сопровождения призывного контингента / Н. А. Бочарникова, М. К. Андреев, С. Б. Селезнев // Астраханский медицинский журнал. – 2007. – Т. 2. – № 1. – С. 60–66.

25. Бочарникова, Н. А. Патопсихологические особенности юношей призывного возраста с психическими расстройствами / Н. А. Бочарникова, М. К. Андреев, С. Б. Селезнев // Материалы юбилейной научной сессии «Психоневрология в современном мире» 15–18 мая 2007 года. / под. ред. проф. Н. Г.

Незнанова; ФГУ «СПб НИПНИ им. Бехтерева Росздрава». – СПб. : Изд-во «Человек и здоровье», 2007. – С. 76.

26. Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2007610628 «ПНД-Поликлиника» Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам. Авторы : Андреев М. К., Черняев Н. Н. Зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ 8.02.2007 г.

**27. Андреев, М. К. Организация информационной поддержки амбулаторной психиатрической помощи / М. К. Андреев // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 5. – С. 21–24.**

28. Бочарникова, Н. А. Патопсихологическая диагностика психических заболеваний непсихотического характера и пограничных расстройств / Н. А. Бочарникова, М. К. Андреев // Методические рекомендации. – Астрахань : Изд-во АГМА, 2007. – С. 22.

29. Андреев, М. К. Органические психические расстройства психотического характера у жителей Астраханской области / М. К. Андреев // Труды АГМА. – Астрахань, 2007. – Т. 35. – С. 332–335.

**30. Бочарникова, Н. А. Медико-психологическое сопровождение призывного контингента / Н. А. Бочарникова, М. К. Андреев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 6. – С. 33-35.**

31. Чуркин, А. А. Концепция мониторинга деятельности психиатрических и психоневрологических учреждений на территориальном уровне / А. А. Чуркин, Н. Д. Букреева, Н. К. Демчева, А. Д. Мерзликин, М. К. Андреев // Методические рекомендации. – М. : Изд. ГНЦ С и СП им. В.П.Сербского, 2007. – С. 30.

32. Андреев, М.К. Кратность и сроки госпитализаций больных с различными психическими и поведенческими расстройствами, проживающих в Астраханской области / М. К.

Андреев// Труды АГМА. – Астрахань, 2008. – Т. 37. – С. 205–206.

33. Акишкин, В.Г. Возможность мониторинга демографической ситуации в Астраханской области с помощью единой информационной системы здравоохранения / В.Г.Акишкин, М. К. Андреев, М.Р.Хасанов, С.В.Волков// Труды АГМА. – Астрахань, 2008. – Т. 37. – С. 10-11.

**34. Андреев, М. К. Медицинские информационные системы в организации амбулаторной психиатрической помощи Астраханской области/ М. К. Андреев // Психическое здоровье. – 2008. – № 8 (27). – С. 34–39.**

**35. Андреев, М. К. Мониторинг обеспечения психотропными препаратами инвалидов по психическому заболеванию в Астрахани / М. К. Андреев, С. Б. Селезнев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1. – С. 113–116.**

36. Андреев, М.К. Региональная информационно-аналитическая система наблюдения за состоянием психического здоровья / М. К. Андреев. – Астрахань : АГМА, 2009. – 218 с.

37. Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2009611673 «МСС МИАЦ АО» Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам. Авторы : Поликарпов А.В., Андреев М. К., Хасанов М.Р., Коломин И.А. Зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ 06.02.2009 г.

38. Андреев, М.К. Опыт использования медицинских информационных систем в организации амбулаторной психиатрической помощи на региональном уровне / М. К. Андреев, В.Г.Акишкин, Н.Н.Черняев// ProDigital Информационные технологии.– Екатеринбург, 2008. – №. 37. – С. 28-29.

39.Здравоохранение Астраханской области в 2008 году / Статистический сборник. – Под ред. В.Г.Акишкина, М.К.Андреева/ Астрахань: Издательство Сорокин Роман Васильевич, 2009. – С. 204.

40. Заболеваемость населения Астраханской области в 2008 году / Статистический сборник. – Под ред. В.Г.Акишкина, М.К.Андреева/ Астрахань: Издательство Сорокин Роман Васильевич, 2009. – С. 192.

**41. Андреев, М. К. Некоторые возможности региональной информационно-аналитической системы контроля за состоянием психического здоровья / М. К. Андреев// Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – № 2. – С. 23-24.**

## Список используемых сокращений

ГОУ ВПО-АГМА	- Государственное образовательное учреждение высшего постдипломного образования «Астраханская государственная медицинская академия»
ГУЗ «ОКПБ»	- Государственное учреждение здравоохранения «Областная клиническая психиатрическая больница»
ДДН	- диспансерное динамическое наблюдение
ИН	- интеллектуальная недостаточность
КЛП	- консультативно-лечебная помощь
КЭК	- клинико-экспертная комиссия
ЛКГ	- льготная категория граждан
ЛПУ	- лечебно-профилактическое учреждение
ЛС	- лекарственные средства
МЗ РФ	- Министерство здравоохранения и социального развития РФ
МИС	- медицинские информационные системы
МКБ-Х	- Международная классификация болезней
ОГ	- органического генеза
ОМКО	- организационно-методический и консультативный отдел
ОНЛС	- обеспечение необходимыми лекарственными средствами
ООД	- общественно-опасное деяние

ОПР	- органические психические расстройства
ПАВ	- психоактивные вещества
ПЛ	- принудительное лечение
ПНД	- психоневрологический диспансер
ППР	- психические и поведенческие расстройства
ПРНХ	- психические расстройства непсихотического характера
РАГС	- Российская Академия госслужащих
РВК	- районный военный комиссариат
РЛ	- расстройства личности
РФ	- Российская Федерация
СРЛ	специфические расстройства личности
УО	- умственная отсталость
ФИО	- фамилия, имя, отчество
ХИБС	хроническая ишемическая болезнь сердца
ЦНИИОИЗ	Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения
ЦРБ	- центральная районная больница
ЭБД	- электронная база данных
ЭВМ	электронно-вычислительная машина
ЮФО	- Южный Федеральный округ

© М.К.Андреев

Тираж 200 экз. Подписано в печать 17.05.2009 г. Заказ № 1344

Отпечатано в типографии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Росздрава, 414000 г.Астрахань, ул. Бакинская, 121