

© Бельцева Ю.А. и др., 2024

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616-053.9; 616.89-02-082.4; 616.89-02-085

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-2-18-27>

«Предвыписной синдром» в геронтопсихиатрической практике: клинические проявления и факторы риска развития

Юлия Андреевна Бельцева¹, Наталья Михайловна Залуцкая^{1,2}, Николай Григорьевич Незнанов^{1,2}¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, РоссияCorresponding author: Юлия Андреевна Бельцева, beltsevaju@gmail.com

Резюме

Обоснование: госпитализация пациентов пожилого возраста сопряжена с социально-психологической дезадаптацией, снижением уровня повседневного функционирования и формированием госпитализма. Пациенты, чье состояние внезапно ухудшается перед самой выпиской из психиатрического стационара, представляют трудную в диагностическом и терапевтическом плане группу, недостаточно исследованную на данный момент. **Цель исследования** — изучить динамику состояния пожилых пациентов накануне запланированной выписки из стационара, выделить различные клинические варианты так называемого «предвыписного синдрома» и рассмотреть факторы, ассоциированные с этим феноменом. **Пациенты и методы:** обследован 181 пациент отделения гериатрической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ. Включение в исследование происходило сплошным способом в соответствии с критериями. Основные методы исследования — клиничко-психопатологический и клиничко-анамнестический. **Результаты:** внезапное ухудшение состояния перед выпиской наблюдалось у 81 пациента (44,8%) и было представлено обострением ведущего синдрома психического расстройства у 60 пациентов (33,2%), появлением новых симптомов в 12 случаях (6,6%) или соматической декомпенсацией в 9 наблюдениях (5,0%). Анамнез пациентов, чье состояние ухудшалось перед выпиской, характеризовался более продолжительными предшествующими госпитализациями. Эти больные получали большее количество назначенных лекарственных препаратов, обнаруживали более высокую частоту госпитализма и нарушений комплаенса, чем больные из группы сравнения, т.е. без ухудшения состояния накануне выписки. У пациентов с обострением или появлением новых симптомов психического расстройства перед выпиской медиана длительности заболевания составила 84 и 204 мес. соответственно. Соматическая декомпенсация развивалась у пациентов с медианой длительности психического заболевания 36 мес. и была сопряжена со скрытым отказом от приема лекарств. **Выводы:** высокий риск ухудшения психического состояния перед выпиской диктует необходимость более раннего вовлечения пожилых пациентов в психотерапевтические и реабилитационные мероприятия и рационального психологического сопровождения на этапе подготовки к выписке.

Ключевые слова: геронтопсихиатрия, стационарная медицинская помощь, продолжительность госпитализации, социально-психологическая адаптация, госпитализм, комплаенс

Для цитирования: Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г. «Предвыписной синдром» в геронтопсихиатрической практике: клинические проявления и факторы риска развития. *Психиатрия*. 2024;22(2):18–27. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-2-18-27>

RESEARCH

UDC 616-053.9; 616.89-02-082.4; 616.89-02-085

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-2-18-27>

“Pre-Discharge Syndrome” in Gerontopsychiatric Practice: Clinical Manifestations and Risk Factors

Iuliia A. Beltceva¹, Natalia M. Zalutskaya^{1,2}, Nikolai G. Neznanov^{1,2}¹FSBI V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, RF Ministry of Health, Saint Petersburg, Russia²Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, RF Ministry of Health, Saint Petersburg, RussiaCorresponding author: Iuliia A. Beltceva, beltsevaju@gmail.com

Summary

Background: hospitalization of elderly patients is associated with social and psychological maladaptation, reduced levels of daily functioning, and development of hospitalism. Patients whose status suddenly worsened immediately prior to discharge from psychiatric hospital make up a group that is difficult for diagnostics and treatment and not sufficiently studied. **The aim of the study** was to analyze changes in patients' status before planned discharge from hospital to identify clinical patterns of deterioration and factors associated with this adverse event. **Patients and methods:** study participants were selected from 181

consecutive patients of the Geriatric Psychiatry Department of V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology. The main study methods were history-taking and psychological assessment. **Results:** predischarge deterioration was observed in 81 patients (44.8%) and was represented by exacerbation of mental disorder in 60 cases (33.2%), development of new symptoms in 12 patients (6.6%), or decompensation of somatic disease in 9 cases (5.0%). The history of patients with predischarge worsening was characterized by longer prior hospitalizations. These patients were more heavily pretreated, and had higher rates of hospitalism and non-compliance. For patients with worsening or development of new symptoms of mental disorder median duration of mental disease was respectively 84 and 204 months. They were more prone to violation of compliance, of the prescribed treatment regime and doses. Somatic decompensation occurred in patients with median duration of mental disorder 36 months and was associated with latent refusal to take medicines. **Conclusions:** an increased risk of predischarge deterioration in geropsychiatric patients with a history of prolonged hospitalizations needs earlier rehabilitation, psychotherapy, and psychological support when planning hospital discharge.

Keywords: geriatric psychiatry, inpatient medical care, duration of hospitalization, socio-psychological adaptation, hospitalism, compliance

For citation: Beltceva I.A., Zalutskaya N.M., Neznanov N.G. "Pre-Discharge Syndrome" in Gerontopsychiatric Practice: Clinical Manifestations and Risk Factors. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2024;22(2):18–27. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-2-18-27>

ВВЕДЕНИЕ

Для пациентов пожилого возраста характерны высокая потребность в стационарной медицинской помощи [1], более продолжительные сроки госпитализации и высокая частота повторных госпитализаций. Возраст, наряду с клиническим диагнозом и ведущим синдромом, относится к факторам, оказывающим наиболее существенное влияние на среднюю длительность госпитализации. С увеличением возраста больных на десять лет средняя длительность пребывания в стационаре становится на 10–12% больше [2].

Госпитализация представляет собой не только систему лечебных мероприятий, но и значимое для пожилого пациента жизненное событие, в некоторых случаях являющееся дезадаптирующим фактором [3]. Исследование М. Sager и соавт. [4] показало значимое снижение уровня повседневного функционирования в связи с госпитализацией в многопрофильный стационар, что ухудшало качество жизни, увеличивало потребность в уходе и поддержке со стороны социальных служб после выписки и сопровождалось возрастанием риска регоспитализации [5]. Другим негативным явлением, сопряженным с лечением пожилого человека в стационаре, может стать развитие феномена госпитализма.

В условиях стационара у пациентов наблюдается широкий диапазон приспособительных психологических реакций с постепенной адаптацией к положению больного. Этап завершения лечения ассоциирован с повышением психоэмоционального напряжения в связи с предстоящей сменой условий жизни. Дополнительную сложность при выписке представляет высокая степень коморбидности психических и соматических расстройств, «размывающая» границу между болезнью и здоровьем, поскольку у пожилого человека, несмотря на достижение значительного клинического улучшения в отношении психического состояния, нередко сохраняются те или иные субъективно тягостные симптомы, обусловленные сопутствующей патологией.

Психические расстройства в пожилом возрасте имеют тенденцию к затяжному течению. Ремиссия, как правило, формируется дольше, а при некоторых заболеваниях полная ремиссия невозможна, в результате

у пожилых пациентов нередко длительно сохраняются резидуальные симптомы [6, 7]. Совокупно перечисленные факторы затрудняют выбор оптимальных сроков выписки пожилого пациента для продолжения лечения и наблюдения в амбулаторных условиях.

В психогериатрической практике достаточно часты случаи, когда психическое состояние пожилых пациентов внезапно ухудшается перед выпиской, усиливается тревога, возникают опасения возврата болезни [8, 9].

Цель исследования — провести анализ динамики состояния пациентов в период, предшествующий запланированной выписке из психогериатрического отделения, изучить различные клинические варианты внезапного ухудшения состояния перед выпиской и выявить факторы риска его возникновения.

Гипотеза исследования состояла в предположении, что уже на этапе купирующей терапии в стационаре могут быть выделены клинико-анамнестические факторы, ассоциированные с негативной реакцией пациентов на предстоящую выписку и внезапным ухудшением состояния.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования — одноцентровое наблюдательное когортное сравнительное изучение пациентов психогериатрического стационара с ухудшением перед выпиской и с сохранением стабильного улучшения.

Этические аспекты

Все участники исследования дали информированное согласие на участие в программе. Исследование осуществлялось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2013, и этическими стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice, GCP). План исследования и протокол одобрены на заседании Независимого этического комитета при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (протокол № ЭК-И-144/21 от 21.11.2021).

Ethic aspects

All examined participants of study signed the informed consent to take part in a study. This study

Таблица 1. Диагностическое распределение пациентов по МКБ-10
Table 1 Diagnostic distribution of patients by ICD-10

Диагноз (МКБ-10)/Diagnosis (ICD-10)	Число пациентов/ Number of patients	%	Нижняя граница ДИ/Lower limit of CI	Верхняя граница ДИ/Upper limit of CI
Галлюцинаторно-бредовые расстройства органического генеза F06.0–F06.2/ Organic brain disease with hallucinations and delusions F06.0–F06.2	12	6,6	3,5	11,1
Депрессивное расстройство органического генеза F06.3/Organic depressive disorder F06.3	19	10,5	6,6	15,8
Эмоционально-лабильное расстройство органического генеза F06.6/Organic emotionally labile [asthenic] disorder F06.6	5	2,8	0,7	6
Легкое когнитивное расстройство F06.7/Mild cognitive disorder F06.7	5	2,8	0,4	5,2
Органическое заболевание головного мозга со смешанной симптоматикой F06.8/Organic mixed affective disorder F06.8	4	2,2	0,4	5,2
Шизофрения F20/Schizophrenia F20	5	2,8	1,1	6,7
Депрессивный эпизод F32/Depressive episode F32	32	17,7	12,8	24,2
Рекуррентное депрессивное расстройство F33/Recurrent depressive disorder F33	61	33,7	27,8	41,8
Биполярное аффективное расстройство F31/Bipolar affective disorder F31	11	6,1	3,5	11,1
Расстройство адаптации F43/Adjustment disorders F43	7	3,9	1,8	8,2
Соматоформное расстройство F45/Somatoform disorders F45	12	6,6	3,5	11,1
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2/Mixed anxiety and depressive disorder F41.2	8	4,4	2,2	9

complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2013. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (protocol # ЭК-И-144/21 from 21.11.2021).

Участники исследования

Сплошным методом были отобраны все пациенты 55 лет и старше, поступившие в отделение гериатрической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева) в период с 2012 по 2018 г.

Критерии включения в исследование:

- возраст старше 55 лет;
- установленный диагноз психического расстройства (рубрики F00–F99 по МКБ-10);
- наличие показаний к госпитализации;
- госпитализация в психиатрический стационар в добровольном порядке;
- согласие на участие в исследовании, в том числе на предоставление подробной и достоверной информации о своем заболевании и его лечении.

Критерии невключения:

- выраженные нарушения слуха, речи и зрения, затрудняющие контакт и делающие невозможным сбор необходимых сведений;
- наличие бытовых или социальных факторов, которые могут послужить препятствием для выписки из отделения и/или получения амбулаторной медицинской помощи (недостаточная социальная защищенность, низкий уровень жизни, утрата документов, отсутствие жилья или проживание в удаленной сельской местности, конфликтные

отношения в семье, отсутствие социальной поддержки и т.п.);

- значимые ограничения в самообслуживании вследствие психического или соматического заболевания, невозможность самостоятельного проживания или потребность в постоянном уходе;
- постоянное проживание в государственных или коммерческих социальных учреждениях длительного пребывания.

Критерии исключения:

- отказ пациента от участия в исследовании;
- преждевременное прекращение лечения по различным причинам до достижения клинического улучшения;
- выявление первичной лекарственной резистентности.

Всего в исследование включили 181 пациента, из них 155 женщин (85,6%) и 26 мужчин (14,4%) в возрасте от 55 лет до 91 года. Медиана возраста составила 67 лет (Q1 25% = 60; Q3 75% = 74). Распределение пациентов по основному диагнозу представлено в табл. 1.

Все обследованные пациенты имели сопутствующую соматическую патологию. Наиболее часто диагностировались следующие заболевания: гипертоническая болезнь (132 пациента; 72,9%), офтальмологическая патология, в том числе катаракта и глаукома (101 случай, 55,8%), заболевания органов пищеварения (78 пациентов, 43,1%), эндокринные заболевания (61 пациент, 33,7%), заболевания печени и желчевыводящих путей (52 пациента, 28,7%), заболевания мочевыделительной системы (32 пациента, 17,7%). У 51 (28,2%) пациента была выявлена цереброваскулярная патология.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и клинико-анамнестический с оценкой клинической истории болезни и социально-демографических параметров. Источниками анализируемой информации послужили медицинская документация пациентов и сведения, сообщаемые пациентами исследователю в ходе полуструктурированного интервью, разработанного авторами для данного исследования и проводимого дважды — при поступлении пациента в стационар и после назначения пациенту даты выписки.

Рассчитывался индекс коморбидности Чарльсона [10], представляющий собой балльную систему оценки возраста и наличия определенных сопутствующих заболеваний и предназначенный для прогноза десятилетней выживаемости больных с длительными сроками наблюдения.

Лекарственный анамнез и комплаентность пациентов оценивались качественно на основании самоотчета больного и по данным медицинской документации. Эти данные служили одним из важных индикаторов отношения пациента к заболеванию и терапевтическому процессу. За весь период заболевания фиксировалось общее количество лекарственных препаратов (международных непатентованных наименований, МНН). В отношении каждого из них регистрировались дозы, сроки приема, фармакологическая группа, переносимость, причина отмены, стационарный или амбулаторный режим приема. Отдельно рассматривались факты нарушения комплаенса в отношении данного препарата, такие как не согласованное с врачом избыточное употребление лекарственного средства, пропуски приема, отказ от приема лекарства вопреки рекомендациям врача. В ряде случаев имел место скрытый отказ, когда пациент не сообщал лечащему врачу о том, что прекратил принимать лекарства, и рассказывал об этом спустя определенное время, или это становилось известным от третьих лиц. Причины отмены лекарственного препарата (такие как завершение курса, изменение клинической картины, побочные эффекты) анализировались преимущественно по данным медицинской документации. В отдельных случаях отмена препарата лечащим врачом была обоснована негативной настроенностью пациента в отношении лекарственного средства.

Методом экспертной оценки определяли наличие или отсутствие признаков госпитализма у обследованных пациентов. В рамках настоящего исследования этот феномен рассматривался как состояние, включавшее искажение личностного смысла заболевания, доминирование роли больного с отказом от автономности, проявлявшееся социально-психологической дезадаптацией и обусловленное пребыванием пациента в стационаре (определение авторов). Это определение представляет концептуальные представления авторов. Поскольку явления госпитализма могут оказывать существенное влияние на отношение

пациентов к госпитализации, лечению и выписке, сравнивали частоту ухудшения состояния в предвыписной период у пациентов с признаками госпитализма и без таковых. В обследованной когорте пациентов наличие госпитализма обнаружено у 94 пациентов (51,9%, 95% ДИ 44,7–59,1%). Группы пациентов с признаками госпитализма и без таковых статистически значимо не отличались по возрасту и полу, социальным характеристикам, диагностическому распределению психической и соматической патологии, общей продолжительности заболевания.

Все пациенты получили медицинскую помощь в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями. Продолжительность стационарного лечения определялась для каждого пациента индивидуально. Решение о выписке больного из стационара принималось на основании согласованного экспертного мнения трех специалистов-психиатров, отраженного в заключении о становлении ремиссии. Выписка осуществлялась через 3–4 дня после комиссионного осмотра, в ходе которого было принято соответствующее решение.

Пациенты, чье состояние клинически значимо ухудшалось перед выпиской, составили основную группу исследования, в нее вошел 81 пациент (44,8%). В группу сравнения вошли остальные 100 пациентов (55,2%), чье состояние к выписке оставалось стабильным или улучшалось. Состояние пациентов после назначения даты выписки оценивалось на основании как клинической оценки врача, так и самоотчета пациента. В целях повышения степени объективности оценки использовалась шкала общего клинического впечатления (CGI-I) [10]. Оценка по ней 6–7 баллов по сравнению с периодом, непосредственно предшествовавшим комиссионному осмотру, на котором было принято решение о выписке, расценивалась как клинически значимое ухудшение в предвыписной период. По клиническим показаниям для уточнения характера и возможных причин ухудшения состояния привлекались консультанты невролог и терапевт. В ряде случаев выписка пациентов могла быть перенесена на более поздний срок.

В соответствии с гипотезой исследования в качестве факторов, ассоциированных с ухудшением состояния перед выпиской, учитывали: 1) продолжительность госпитализаций; 2) количество госпитализаций; 3) общую длительность психического расстройства; 4) изменение частоты и продолжительности госпитализаций на протяжении болезни; 5) количество лекарственных препаратов и фармакологических групп препаратов. Все эти показатели были выбраны как относительно объективные и доступные для оценки. Предполагается, что они характеризуют процесс лечения и зависят как от течения заболевания, так и от отношения пациента к болезни и лечению. Проводили сопоставление этих показателей в основной группе больных, т.е. с ухудшением состояния перед выпиской, и группе сравнения, когда состояние больных перед выпиской оставалось стабильным.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

В анализе полученных сведений применяли методы непараметрической статистики. Для количественных переменных при сравнении распределений двух несвязанных выборок использовали критерий Манна–Уитни, вычисление медианы, верхнего и нижнего квартилей (Q1; Q3). При анализе номинальных характеристик вычисляли процент и доверительный интервал (ДИ) для $p = 0,05$, для сравнения подгрупп применяли критерий χ^2 с поправкой Бонферрони. Также в настоящем исследовании вычисляли коэффициент корреляции Спирмена. Расчеты выполнены при помощи SPSS Statistics 20.0.0.1

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как уже было сказано, основную группу составил 81 пациент (44,8%, ДИ 37,7–52%), чье состояние значительно ухудшилось после принятия решения о выписке. В группе сравнения оказались 100 пациентов (55,2%, ДИ 48–62,3%) без отрицательной динамики в состоянии перед выпиской.

На первом этапе анализа оценивали частоту отдельных клинических проявлений ухудшения состояния перед выпиской. Отрицательная динамика была представлена:

- обострением основного синдрома;
- появлением новых симптомов психического расстройства;
- декомпенсацией сопутствующей соматической патологии.

Соотношение различных видов ухудшения состояния перед выпиской представлено на рис. 1.

Как следует из рис. 1, обострение ведущего в клинической картине заболевания синдрома наблюдалось

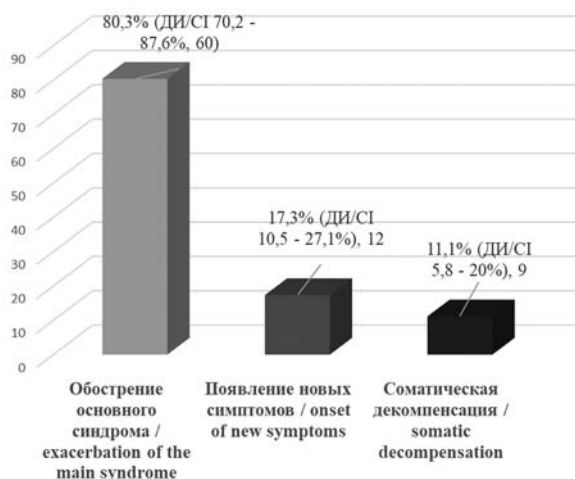


Рис. 1. Представленность различных вариантов ухудшения состояния перед выпиской, % пациентов основной группы, ДИ (доверительный интервал), количество пациентов

Fig. 1 Patterns of pre-discharge deterioration, percentage of patients in the main group, CI, number of patients

у абсолютного большинства пациентов основной группы, в то время как возникновение новых симптомов и соматическая декомпенсация встречались значительно реже.

На следующем этапе статистического анализа осуществлялось выявление возможных клиничко-анамнестических факторов, ассоциированных с различными вариантами ухудшения состояния перед выпиской. С этой целью сопоставили основные клинические характеристики пациентов основной группы, т.е. с внезапным ухудшением состояния перед выпиской, и пациентов из группы сравнения, т.е. без такого рода изменений накануне выписки.

В результате исследования не было обнаружено статистически значимой связи ухудшения состояния перед выпиской с полом, возрастом на момент обследования, семейным, социальным и материальным положением, а также с основным диагнозом психического расстройства. В соответствии с дизайном исследования в него не включались пациенты, имевшие объективные причины продления пребывания в стационаре. Группы также были сопоставлены по субъективной оценке пациентами своего материального положения, условий проживания, отношений в семье, наличия и качества социальных связей и социальной поддержки. По всем этим признакам группы пациентов, чье состояние ухудшилось, и пациентов без ухудшения состояния, статистически не различались, что позволяет сделать вывод о достаточной степени независимости отрицательной динамики перед выпиской от социально-бытовой ситуации обследованных больных.

При синдромальном анализе клинической картины пациентов обострение ведущего синдрома статистически чаще обнаруживалось у пациентов с тревожным ($\chi^2 = 3,512$; $p = 0,045$), меланхолическим ($\chi^2 = 4,101$; $p = 0,031$), параноидным ($\chi^2 = 4,283$; $p = 0,033$) и психопатоподобным ($\chi^2 = 6,943$; $p = 0,013$) синдромами. Ухудшение психического состояния могло быть представлено сенестопатиями, тревожно-фобическими явлениями, деперсонализацией и дереализацией; однако в силу крайнего разнообразия этих симптомов статистический анализ их распределения не проводился. Вариант соматической декомпенсации чаще встречался у пациентов, в клинической картине которых присутствовал психопатоподобный синдром ($\chi^2 = 9,441$; $p = 0,034$).

У всех обследованных пациентов была выявлена сопутствующая соматическая патология, на момент госпитализации — вне обострения, медиана индекса коморбидности Чарльсона составила 4 (Q1 = 3, Q3 = 5). Сопряженности общего количества сопутствующих заболеваний и частоты отдельных видов патологии с частотой соматической декомпенсации перед выпиской из стационара установлено не было. У пациентов с появившимися накануне выписки новыми симптомами индекс коморбидности был значительно ниже — 3 (Q1 = 2, Q3 = 4), в этой подгруппе реже встречались гипертоническая болезнь ($\chi^2 = 8,294$; $p = 0,007$), патология мочевыделительной системы ($\chi^2 = 4,540$; $p = 0,023$), цереброваскулярные

Таблица 2. Продолжительность стационарного лечения и длительность заболевания у пациентов с внезапным ухудшением состояния перед выпиской и без отрицательной динамики, Me (Q1; Q3)

Table 2 Duration of hospitalization and duration of disease in patients with sudden worsening before discharge and without negative dynamics, Me (Q1; Q3)

Показатель/Variable	Пациенты с обострением основного синдрома/ Patients with exacerbation of the main syndrome (n = 60)	Пациенты с новыми симптомам/ Patients with new symptoms (n = 12)	Пациенты с соматической декомпенсацией/ Patients with somatic decompensation (n = 9)	Пациенты без ухудшения перед выпиской/ Patients without worsening before discharge (n = 100)
Продолжительность текущей госпитализации, дни/Duration of current hospitalization, days	56 (38; 81), p < 0,001*	62 (53; 98), p < 0,001*	49 (35; 67), p = 0,022*	29 (22; 42)
Общая продолжительность стационарного лечения за время болезни, дни/Total duration of hospital treatment after disease onset, days	171 (83; 233), p < 0,001*	212 (158; 316), p < 0,001*	105 (54; 206), p = 0,117	56 (31; 105)
Средняя продолжительность госпитализаций за последние 12 мес., дни/Mean duration of hospitalizations within the last 12 months, days	49 (30; 67), p < 0,001*	66 (57; 91), p < 0,001*	49 (32; 60), p = 0,015*	29 (22; 43)
Общая длительность заболевания, месяцы/ Total disease duration, months	84 (35; 255), p = 0,178	204 (54; 375), p = 0,011*	36 (14; 66), p = 0,134	60 (24; 191)

Примечание: * — статистически значимое различие показателей основной группы с группой сравнения; p < 0,05.

Note: * — significant difference of main group indices vs compared group; p < 0.05.

заболевания ($\chi^2 = 4,245$; $p = 0,032$). У семи пациентов (77,7% подгруппы с соматической декомпенсацией) имелись кардиоваскулярные расстройства.

У пациентов с различными вариантами ухудшения состояния были проанализированы такие характеристики, как продолжительность и количество госпитализаций, общая длительность заболевания, изменение частоты и продолжительности госпитализаций на протяжении болезни. Уровень статистической значимости p был рассчитан с применением критерия Манна–Уитни для двух несвязанных совокупностей при сопоставлении с группой сравнения, в качестве количественных характеристик подгруппы приведены медиана (Me) и значения квартилей (Q1; Q3). Данные показатели представлены в табл. 2.

Как следует из табл. 2, все варианты ухудшения состояния перед выпиской были ассоциированы с более продолжительным пребыванием пациента в стационаре как во время текущей госпитализации, так и за последние 12 мес. Общая продолжительность стационарного лечения была статистически значимо больше у пациентов с обострением основного синдрома и появлением новых симптомов, в то время как у пациентов с соматической декомпенсацией эти различия не были значимыми. Можно отметить, что для пациентов с соматической декомпенсацией характерна наименьшая продолжительность заболевания, и этот показатель статистически значимо не отличался от группы сравнения. Однако при сопоставлении длительности заболевания у пациентов с соматической декомпенсацией с этим же параметром в двух других подгруппах (с обострением основного синдрома и с появлением новых симптомов) были выявлены статистически значимые различия при $p < 0,05$.

Был проведен анализ медикаментозной терапии обследованных пациентов. В табл. 3 представлены

показатели лекарственной терапии обследованных пациентов, значения p указаны для сравнения каждой подгруппы с группой сравнения с использованием критерия Манна–Уитни.

Как следует из табл. 3, у пациентов с обострением ведущего синдрома и с появлением новых симптомов психического расстройства количество наименований назначенных препаратов значимо превышало данный показатель в группе сравнения на всех этапах лечения. У пациентов с соматической декомпенсацией отличие от группы сравнения в количестве назначенных препаратов достигало статистической значимости только на этапе стационарного лечения.

В анамнестических сведениях пациентов основной группы значительно чаще встречались указания на нарушения комплаенса ($\chi^2 = 67,736$; $p < 0,001$). У пациентов с обострением основного синдрома и с новыми психическими симптомами статистически значимо чаще зарегистрирован нерегулярный прием препаратов — в отношении 477 из 559 назначенных, что составило 85,3% (ДИ 82,2–88,0%). Аналогичный показатель в группе сравнения составил 47,7% (ДИ 43,3–52,1%) и касался 235 препаратов из 493. Не согласованный с врачом избыточный прием психотропных препаратов пациентами основной группы отмечен в отношении 199 препаратов (35,6%; ДИ 31,7–39,7%), в группе сравнения в отношении 62 препаратов (12,6%; ДИ 9,9–15,1%); $p = 0,039$.

У пациентов с соматической декомпенсацией чаще встречался скрытый от врача отказ от приема препаратов в отношении 50% (ДИ 38,3–61,7%; 33 препарата из 66) назначений, в группе сравнения 6,9% (ДИ 5,0–9,5%; 34 препарата из 493); $p = 0,034$.

Были установлены статистически значимые различия в частоте встречаемости отдельных причин

Таблица 3. Медикаментозная терапии обследованных пациентов, Me (Q1; Q3)
Table 3 Drug therapy of the evaluated patients, Me (Q1; Q3)

Показатель/Variable	Пациенты с обострением основного синдрома/ Patients with exacerbation of the main syndrome (n = 60)	Пациенты с новыми симптомами/ Patients with new symptoms (n = 12)	Пациенты с соматической декомпенсацией/ Patients with somatic decompensation (n = 9)	Пациенты без ухудшения перед выпиской/ Patients without worsening before discharge (n = 100)
Количество наименований (МНН) лекарственных препаратов за время болезни/Total number of medicines (INN) used after disease onset	11 (8; 13), $p < 0,001^*$	14 (10; 16), $p < 0,001^*$	7 (5; 10), $p = 0,316$	6 (4; 8)
Количество препаратов, назначенных амбулаторно/ Number of medicines prescribed in an outpatient clinic	4 (2; 7), $p = 0,05^*$	5 (3; 9), $p = 0,007^*$	1 (0; 3), $p = 0,194$	2 (0; 5)
Количество препаратов, назначенных в стационаре/ Number of medicines prescribed in the hospital	8 (5; 12), $p < 0,001^*$	4 (3; 6), $p < 0,001^*$	7 (4; 9), $p = 0,036^*$	4 (2; 6)

Примечание: * — статистически значимое различие показателей основной группы с группой сравнения; $p < 0,05$.
 Note: * — significant difference of main group indices vs compared group; $p < 0.05$.

отмены врачом лекарственных препаратов. Так, в подгруппах пациентов с обострением основного синдрома и с новыми симптомами препараты чаще отменялись в связи с недостаточной эффективностью ($\chi^2 = 22,980$; $p < 0,001$) и вследствие негативной настроенности пациента в отношении лекарственного средства ($\chi^2 = 9,185$; $p = 0,005$), тогда как в подгруппе пациентов с соматической декомпенсацией причиной отмены становились нежелательные кардиоваскулярные эффекты препаратов ($\chi^2 = 8,986$; $p = 0,003$).

Как и предполагалось, ухудшение состояния перед выпиской значительно чаще встречалось у пациентов с признаками госпитализма. Среди 94 пациентов с признаками госпитализма ухудшение состояния перед выпиской наблюдалось у 70 больных (74,5%, ДИ 64,8–82,3%): обострение основного синдрома произошло у 45 пациентов (47,9%, ДИ 38,1–57,9%), соматическая декомпенсация у двух больных (2,1%, ДИ 0,1–7,9%), обострение основного синдрома сопровождалось появлением новых симптомов у 17 (18,1%, ДИ 11,5–27,2%).

У остальных 87 человек обследованной когорты признаков госпитализма не обнаружено. В этих случаях ухудшение состояния перед выпиской наблюдалось у семи пациентов (8,1%, ДИ 3,7–15,9%) и было представлено обострением основного синдрома у четырех человек (4,6%, ДИ 1,4–11,6%), появлением новых симптомов у двух пациентов (2,3%, ДИ 1,4–8,5%) и соматической декомпенсацией у одного пациента (1,2%, ДИ 0,01–6,8%). Выявлены различия статистически достоверны при $p < 0,05$.

Проводился корреляционный анализ выраженности госпитализма и различных вариантов ухудшения состояния перед выпиской. Результаты этого сопоставления приведены в табл. 4.

Были установлены сильные корреляционные связи между наличием у пациента госпитализма и обострением основного синдрома и присоединения новых симптомов психического расстройства. В несколько меньшей степени госпитализм был связан с соматической декомпенсацией перед выпиской из стационара.

ОБСУЖДЕНИЕ

Внезапное ухудшение состояния пациента непосредственно перед выпиской из стационара — явление, известное в повседневной клинической практике, однако до настоящего времени научные исследования, имеющие своей целью систематизировать и подвергнуть анализу данный феномен, не проводились. Ухудшение состояния как психологическая реакция (выступающая в роли своеобразного триггера усиления симптомов основного заболевания) на предстоящую выписку описана в литературе. В частности, А.Б. Смулевич [12] отмечает данное явление у пациентов с процессуальными заболеваниями, а Б.Д. Карвасарский [13] и Е.Г. Трифионов [8] указывают на частую встречаемость данного феномена у лиц пожилого возраста. Как отмечено в публикации авторов в 2017 г. [14], ухудшение состояния перед выпиской коррелирует с дисгармоничной структурой личности вне зависимости от типа акцентуации, отсутствием установки на выписку, высоким уровнем ситуативной тревожности, такими эмоциональными реакциями на выписку, как печаль, досада, волнение, бессилие перед неизбежностью.

В настоящем исследовании был сделан акцент на клинических аспектах феномена ухудшения состояния перед выпиской, предпринята попытка выделить различные варианты ухудшения и выявить факторы, ассоциированные с их развитием.

Настоящее исследование продемонстрировало достаточно высокую частоту встречаемости в обследованной когорте пациентов внезапного ухудшения состояния после назначения даты выписки, представленного как обострением основного синдрома, так и возникновением новых симптомов или соматической декомпенсацией. Авторами не было обнаружено ни значимых корреляций факта ухудшения состояния перед выпиской с возрастом пациента, ни сопряженности с основным и сопутствующим диагнозом, с социально-бытовой ситуацией пациента. Однако показаны сильные корреляционные связи между выраженностью у пациента госпитализма и частотой внезапного

Таблица 4. Корреляционный анализ наличия признаков госпитализма и частоты различных вариантов ухудшения состояния перед выпиской; $n = 181$

Table 4 Correlation analysis of the severity of hospitalism and rates of different patterns of predischarge worsening; $n = 181$

Варианты ухудшения состояния перед выпиской/Patterns of predischarge worsening	Госпитализм/Hospitalism	Значимость (двусторонняя)/Significance (two-sided)
	Коэффициент корреляции Спирмена/Spearman correlation coefficient	
Обострение основного синдрома/Exacerbation of the predominant syndrome	0,700	$p < 0,001$
Появление новых симптомов/Occurrence of new symptoms	0,526	$p < 0,001$
Соматическая декомпенсация/Somatic decompensation	0,433	$p < 0,001$

ухудшения состояния перед выпиской. Негативное отношение к выписке — один из характерных признаков госпитализма, следовательно, вероятность ухудшения психического или соматического состояния на фоне значительного психоэмоционального напряжения у пациентов с симптомами госпитализма выше. Тем не менее у части обследованных пациентов ухудшение состояния перед выпиской было выявлено в отсутствие признаков госпитализма. Хотя ухудшение состояния перед выпиской и является наиболее часто встречающимся признаком госпитализма, оно развивается только у 78% этих больных. Таким образом, на данном этапе у нас нет достаточных аргументов, чтобы считать эти два связанных с пребыванием в стационаре негативных феноменов тождественными, кроме того, требует дальнейшего изучения и характер возможных причинно-следственных связей между ними.

Обращает на себя внимание клиническая неоднородность так называемого «предвыписного синдрома»: в основной группе преобладали пациенты, ухудшение состояния которых было представлено обострением синдрома, послужившего причиной для госпитализации, чаще тревожно-депрессивного, реже — параноидного. По характеристикам течения заболевания, показателям продолжительности стационарного лечения, аспектам лекарственной терапии эта подгруппа близка с подгруппой пациентов, у которых непосредственно перед выпиской появились симптомы психического расстройства, которых в клинической картине ранее не было. Данная подгруппа отличалась наибольшей продолжительностью заболевания и меньшей соматической отягощенностью.

Подгруппа пациентов, чье состояние перед выпиской характеризовалось обострением симптомов сопутствующих соматических заболеваний, большую часть из которых принято относить к психосоматической

патологии, оказалась самой малочисленной в представленной выборке, включала меньшую долю пациентов с явлениями госпитализма. Ухудшение по типу соматической декомпенсации было характерно для пациентов с меньшей продолжительностью психического расстройства. Последний факт может быть причиной назначения меньшего количества препаратов на амбулаторном этапе, в то время как количество лекарственных средств, назначенных в стационаре, сопоставимо с другими подгруппами.

Отдельно можно отметить, что с соматической декомпенсацией перед выпиской были ассоциированы особенности поведения в отношении лекарственной терапии в анамнезе: данные пациенты чаще скрывали от врача, что прекратили принимать препараты. Вопреки ожиданиям, нами не было найдено ассоциации между соматической декомпенсацией и возрастом, наличием определенных соматических заболеваний или степенью соматической отягощенности в целом, количеством принимаемых непсихотропных препаратов, что смещает направление поиска возможных предикторов данного феномена из сугубо биологической области в психологическую и психосоматическую.

Ухудшение состояния пациента перед выпиской является значимым фактором, ассоциированным с увеличением продолжительности стационарного лечения не только применительно к текущей госпитализации, но и на протяжении заболевания, с формированием тенденции к увеличению частоты и продолжительности госпитализаций, усугублению социально-психологической дезадаптации и госпитализма. Неоправданно продолжительная госпитализация сама по себе становится дезадаптирующим фактором для пожилого человека. Так, в систематическом обзоре J. Scott и соавт. [15] было отмечено, что физическое и функциональное ухудшение, вызванное частично бездействием во время госпитализации, может оказать значительное влияние на здоровье пожилых пациентов и их способность оставаться независимыми после выписки, а при частых повторных госпитализациях отмечено быстрое прогрессирование функциональной дезадаптации и «накопление» коморбидных заболеваний [16, 17].

Ухудшение состояния перед выпиской, обусловленное психологическими и психосоматическими механизмами, может трактоваться клиницистами как недостаточная эффективность лечения, приводя к усилению фармакотерапии, а в некоторых случаях оно игнорируется врачом. Оба этих полярных варианта изменяют представление больного об эффективности терапии, что может способствовать формированию установки на повторную госпитализацию.

Если очевидное для пациента ухудшение состояния перед выпиской не становится предметом обсуждения с врачом и прояснения его возможных причин, если значимость этого события преуменьшается или, напротив, чрезмерно преувеличивается врачом, то беспокойство пациента может усиливаться, а недостаток информации лишает пациента чувства контроля в отношении

терапии и негативно влияет на формирование адекватной приверженности лечению на последующих этапах [18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование продемонстрировало высокую распространенность в популяции пациентов старшего возраста такого нежелательного феномена, как внезапное ухудшение состояния перед выпиской из стационара. Описаны различные клинические варианты данного феномена — обострение ведущего синдрома психического расстройства, появление новых симптомов и соматическая декомпенсация. Ухудшение состояния в предвыписной период значительно чаще встречалось у пациентов с более продолжительными госпитализациями в анамнезе и признаками госпитализма. Кроме того, эта когорта пациентов входит в группу риска низкого комплаенса и полипрагмазии. Признание и учет этих факторов риска внезапного ухудшения состояния перед выпиской диктуют необходимость возможно более раннего вовлечения пожилых пациентов в реабилитационные и психотерапевтические мероприятия и рационального психологического сопровождения на этапе подготовки к выписке.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Карюхин ЭВ. Потребности пожилых людей в медикосоциальной помощи. В сб.: «Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты». М.: Изд-во Свято-Димитриевского училища сестер милосердия, 2003:25–29. ISBN: 5-93884-003-1
Karjuhin JeV. Potrebnosti pozhilyh ljudej v medikosocial'noj pomoshhi. V sb.: "Problemy starosti: duhovnye, medicinskie i social'nye aspekty". M.: Izdvo Svjato-Dimitrievskogo uchilishha sester miloserdija, 2003:25–29. (In Russ.). ISBN: 5-93884-003.
2. Шевченко ЛС, Ястребов ВС. Социально-экономические аспекты психического здоровья. *Психическое здоровье*. 2006;3:37–41.
Shevchenko LS, Jastrebov VS. Social'no-jekonomicheskie aspekty psihicheskogo zdorov'ja. *Psihicheskoe zdorov'e*. 2006;3:37–41. (In Russ.).
3. Dharmarajan K, Han L, Gahbauer EA, Leo-Summers LS, Gill TM. Disability and Recovery After Hospitalization for Medical Illness Among Community-Living Older Persons: A Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(3):486–495. doi: [10.1111/jgs.16350](https://doi.org/10.1111/jgs.16350) Epub 2020 Feb 21. PMID: 32083319; PMCID: PMC7735402.
4. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, Sebens H, Winograd CH. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med*. 1996;156(6):645–652. PMID: 8629876.
5. Escobar GJ, Plimier C, Greene JD, Liu V, Kipnis P. Multiyear Rehospitalization Rates and Hospital Outcomes in an Integrated Health Care System. *JAMA Netw Open*. 2019;2(12):e1916769. doi: [10.1001/jama-networkopen.2019.16769](https://doi.org/10.1001/jama-networkopen.2019.16769) PMID: 31800072; PMCID: PMC6902762.
6. Chopra MP, Zubritsky C, Knott K, Have TT, Hadley T, Coyne JC, Oslin DW. Importance of subsyndromal symptoms of depression in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(7):597–606. doi: [10.1176/appi.ajgp.13.7.597](https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.7.597) PMID: 16009736.
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):146–156. doi: [10.1093/gerona/56.3.m146](https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146) PMID: 11253156
8. Трифонов ЕГ, Виноградова РН, Бабанов ВГ, Ашуров ТХ. К проблеме «оседания» психически больных позднего возраста в психиатрических стационарах. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1996;96(4):90–92.
Trifonov EG, Vinogradova RN, Babanov V.G, Ashurov TH. K probleme "osedanija" psihicheski bol'nyh pozdnego vozrasta v psichiatricheskikh stacionarah. *Zhurnal Nevropatologii i Psihiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1996;96(4):90–92. (In Russ.).
9. Зозуля ТВ, Ястребова МВ. Проблемы стационарного лечения соматических заболеваний у психически больных позднего возраста. *Клиническая геронтология*. 1997;(92):9–15.
Zozulja TV, Yastrebova MV. Problemy stacionarnogo lechenija somaticheskikh zabolevanij u psihicheski bol'nyh pozdnego vozrasta. *Klinicheskaja gerontologija*. 1997;(92):9–15. (In Russ.).
10. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373–383. doi: [10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8) PMID: 3558716.
11. Zaider TI, Heimberg RG, Fresco DM, Schneier FR, Liebowitz MR. Evaluation of the clinical global impression scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychol Med*. 2003;33(4):611–622. doi: [10.1017/s0033291703007414](https://doi.org/10.1017/s0033291703007414) PMID: 12785463.
12. Смудевич АБ. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. МЕДпресс-информ. 2009:256 с. ISBN: 5-98322-489-1.
Smulevich AB. Maloprogredientnaja shizofrenija i pogramichnye sostoianija. MEDpress-inform; 2009:256. (In Russ.). ISBN: 5-98322-489-1.
13. Карвасарский БД. Клиническая психология. Ч. III. Клиническая психология: учебник. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер. 2002:960.
Karvasarskij BD. Klinicheskaja psihologija. Chast' III. Klinicheskaja psihologija: uchebnik. Pod red. B.D. Karvasarskogo. SPb.: Piter. 2002:960. (In Russ.).
14. Бельцева ЮА, Залуцкая НМ, Незнанов НГ. Сочетание «предвыписного синдрома» и признаков госпитализма у пожилых пациентов психиатрического

стационара. Современные тенденции развития психиатрической помощи: от региональных моделей к общей концепции. [Электронное издание]: Материалы научно-практической конференции. Екатеринбург, 14–15 сентября 2017 г. Под ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. СПб.: Альта Астра, 2017:23–24. ISBN 978-5-905498-72-5.

Beltceva IA, Zalutskaya NM, Neznanov NG. Sochetanie "predvypisnogo sindroma" i priznakov gospitalizma u pozhilyh pacientov psihiatricheskogo stacionara. Sovremennye tendencii razvitiya psihiatricheskoy pomoshhi: ot regional'nyh modelej k obshhej koncepcii. [Elektronnoe izdanie]: Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii. Ekaterinburg, 14–15 sentjabrja 2017 g. Pod redakciej N.G. Neznanova, O.V. Limankina. SPb.: Al'ta Astra, 2017:23–24. (In Russ.). ISBN 978-5-905498-72-5.

15. Scott J, Abaraogu UO, Ellis G, Giné-Garriga M, Skelton DA. A systematic review of the physical activity levels of acutely ill older adults in Hospital At

Home settings: an under-researched field. *Eur Geriatr Med.* 2021;12(2):227–238. doi: [10.1007/s41999-020-00414-y](https://doi.org/10.1007/s41999-020-00414-y) Epub 2020 Oct 15. PMID: 33058019; PMCID: PMC7557152.

16. Tinetti ME, Basu J. Research on multiple chronic conditions: where we are and where we need to go. *Med Care.* 2014;52 Suppl 3:S3–6. doi: [10.1097/MLR.0000000000000093](https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000093) Erratum in: *Med Care.* 2014 Jun;52(6):572. PMID: 24561755.

17. Vetrano DL, Calderón-Larrañaga A, Marengoni A, Onder G, Bauer JM, Cesari M, Ferrucci L, Fratiglioni L. An International Perspective on Chronic Multimorbidity: Approaching the Elephant in the Room. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2018;73(10):1350–1356. doi: [10.1093/geron/glx178](https://doi.org/10.1093/geron/glx178) PMID: 28957993; PMCID: PMC6132114.

18. Raps CS, Peterson C, Jonas M, Seligman ME. Patient behavior in hospitals: helplessness, reactance, or both? *J Pers Soc Psychol.* 1982;42(6):1036–1041. doi: [10.1037//0022-3514.42.6.1036](https://doi.org/10.1037//0022-3514.42.6.1036) PMID: 7108736.

Сведения об авторах

Юлия Андреевна Бельцева, кандидат медицинских наук, заведующий отделением гериатрической психиатрии, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-8897-1842>
beltsevaju@gmail.com

Наталья Михайловна Залуцкая, кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5929-1437>
nzalutskaya@yandex.ru

Николай Григорьевич Незнанов, доктор медицинских наук, профессор, директор, руководитель отделения гериатрической психиатрии, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>
spbinstb@bekhterev.ru

Information about the authors

Iuliia A. Beltceva, Cand. of Sci. (Med.), Head of Geropsychiatric Unit, V.M. Bekhterev' National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology of the Russian Federation Ministry of health, St. Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-8897-1842>
beltsevaju@gmail.com

Natalia M. Zalutskaya, Cand. of Sci. (Med.), Docent, Leading Researcher, Department of Geriatric Psychiatry, V.M. Bekhterev' National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology of the Russian Federation Ministry of health, assistant professor, Department of Psychiatry and Narcology, First St. Petersburg Pavlov State Medical University, St. Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-5929-1437>
nzalutskaya@yandex.ru

Nikolai G. Neznanov, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Director, Head of Department, Department of Geriatric Psychiatry, V.M. Bekhterev' National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Head of Department of Psychiatry and Narcology, First St. Petersburg Pavlov State Medical University. St. Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>
spbinstb@bekhterev.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interests.

Дата поступления 18.01.2024 Received 18.01.2024	Дата рецензирования 08.02.2024 Revised 08.02.2024	Дата принятия 13.02.2024 Accepted for publication 13.02.2024
--	--	---