

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМЫХ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В. Ф. Лебедева, В. Я. Семке

ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск

Актуальность проблемы психических расстройств (ПР), наблюдающихся в общемедицинской практике, определяется их высокой распространенностью и дезадаптирующим влиянием, а также тем, что своевременная диагностика психической патологии становится решающим условием успешной медицинской помощи (9). В качестве причины несвоевременной диагностики ПР рассматриваются симптомы, общие с коморбидным соматическим заболеванием (4, 7). В.Н.Козырев (3) отметил необходимость создания в каждой многопрофильной больнице (с коечным фондом более 1,5 тысяч) соматопсихиатрических отделений, а в каждой территориальной поликлинике (на 50–70 тыс. нас.) – психиатрических кабинетов. Интеграция психиатрической помощи в общесоматическую медицину является одним из путей совершенствования специализированной психиатрической помощи (1, 2, 5).

Наиболее распространенные традиционные модели психиатрической службы – психиатрическая больница и психоневрологический диспансер – не позволяют обеспечить необходимый и своевременный объем помощи пациентам с пограничными формами психической патологии, коморбидной с соматическими нарушениями, а также контингенту больных с соматизированными и маскированными психическими расстройствами. Выходом из данной ситуации, возможно, послужит то, что «реабилитация будет развиваться в направлении трансформации в амбулаторную доступную и всеобъемлющую психиатрическую службу» (8), которая будет обеспечивать психически больных надежным лечением в местах их проживания.

Далеко не все модели организации психиатрической помощи в общесоматической сети приемлемы для пациентов с психическими расстройствами, сопряженными с соматической патологией. В организации психиатрической помощи в общемедицинской сети наряду с созданием соматопсихиатрических

отделений, другой наиболее приемлемой формой является модель «взаимодействие–прикрепление», когда психиатр (исполняющий функцию консультанта) осуществляет прием и лечение больных с психическими расстройствами, обсуждает и выработывает с врачом-интернистом единую тактику лечения. В нашей стране модель «взаимодействие–прикрепление» стала активно применяться в конце 70-х XX века.

Использование данной формы помощи с 1986 г. на базе городской поликлиники № 4 позволило создать реабилитационную модель медицинской помощи пациентам, имеющим психические расстройства, коморбидные с соматической патологией. Данная модель интегрирует усилия врачей разных специальностей, деятельность медицинских учреждений психиатрического и соматического профилей, индивидуальные биологические и психологические ресурсы пациента, усилия его семьи и близкого окружения (рис. 1).

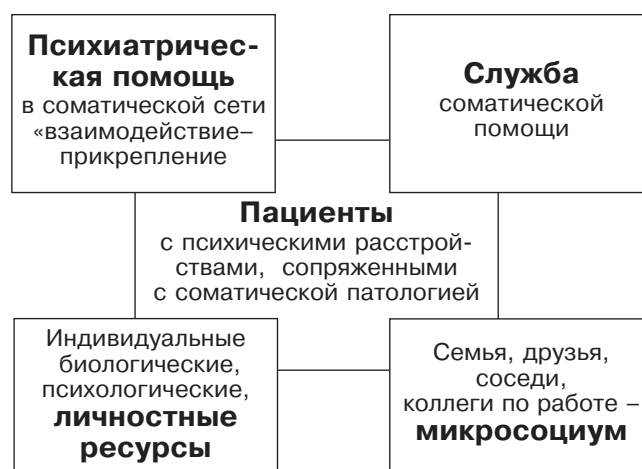


Рис. 1. Реабилитационная модель оказания медицинской помощи пациентам, имеющим психические расстройства, коморбидные с соматической патологией

Для достижения максимального терапевтического эффекта все доступные в условиях поликлиники лечебные вмешательства использовались в различных комбинациях: психотропные и соматотропные препараты, психотерапевтические и психолого-коррекционные методы, варианты стационарного или амбулаторного лечения, участие окружения пациента в терапевтическом процессе. Акцент при каждом варианте вмешательства модифицировался в зависимости от динамики психопатологических и соматических расстройств, эффективности терапии, преморбидных особенностей пациента, его социального статуса.

В зависимости от объема необходимой помощи пациенты с психическими расстройствами, коморбидными с соматической патологией, нуждающиеся в систематической терапии и динамическом наблюдении, распределялись следующим образом (табл. 1).

Направлены в психиатрический стационар 366 человек, что составило 53,7% от всей группы пациентов, нуждающихся в систематической терапии. В основном это были пациенты, которые нуждались в дополнительном обследовании, наблюдении и более интенсивных методах специализированной психиатрической помощи. В данной форме помощи прежде всего нуждались все больные шизофренией (100%), 79% пациентов с аффективными расстройствами, 77% – с расстройствами личности, 44,8% – с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, 53,6% – страдающие алкоголизмом и 23,3% – с психологичес-

кими и поведенческими расстройствами, связанными с заболеванием.

В поликлиническое отделение клиник ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН направлены 7,5% пациентов для дополнительного психологического обследования и коррекции побочных явлений, возникших в процессе терапии в условиях соматической поликлиники. Остальным 265 пациентам (38,8% или 8,5 на 1 000 нас.) оказывался весь объем необходимой специализированной помощи в условиях территориальной поликлиники. Особо необходимо отметить такую форму помощи как «стационар на дому», которая является перспективной и нуждается в совершенствовании и расширении клинических показаний. Данная форма помощи оказывалась 5,7% (39 чел.) пациентов, которые по своему соматическому состоянию (инвалиды I группы по соматическому заболеванию) не могли быть госпитализированы в психиатрический стационар, а также пациентам позднего возраста, которым родственники могли обеспечить необходимый уход и контроль.

Многомерная обусловленность психических расстройств у пациентов соматической сети требовала необходимости лечения на разных уровнях. Выбор терапии строился с учетом психического и соматического диагнозов, преморбидных личностных характеристик, социального статуса на период болезни. Актуальность и первоочередность той или иной формы терапии пациентам с психическими расстройствами в условиях соматической сети представлена на рис. 2.

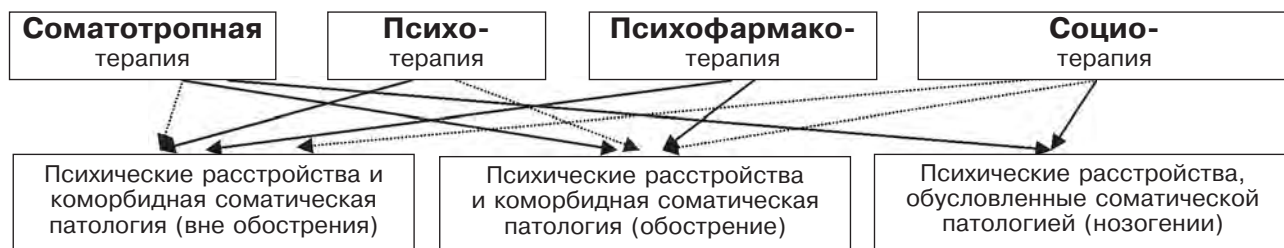


Рис. 2. Интегративная терапия психических расстройств у пациентов общесоматической сети

Примечание: сплошной линией обозначены основные формы терапии; пунктирной – вспомогательные формы терапии.

Таблица 1

Распределение пациентов с психическими расстройствами, коморбидными с соматической патологией, в зависимости от нозологической структуры и объема психиатрической помощи

Формы оказания помощи	Психические расстройства, коморбидные с соматической патологией (диагнозы по МКБ-10)															
	F0		F1		F2		F3		F4		F5		F6		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Психиатрический стационар	126	50,2	15	53,6	19	100	64	79	120	47,7	14	23,3	20	77	366	53,7
Амбулаторная психиатрическая служба	13	5,1	–	–	–	–	3	3,7	33	15,3	2	3,3	1	3,8	51	7,5
Амбулаторная служба территориальной поликлиники (врач-психиатр)	16	6,4	1	3,6	–	–	9	11,1	39	18,1	16	26,7	3	11,5	87	12,8
Амбулаторная служба территориальной поликлиники (психиатр и терапевт)	59	23,5	8	28,5	–	–	1	1,2	13	6,0	23	38,3	2	7,7	117	17,2
Дневной стационар территориальной поликлиники	13	5,2	4	14,3	–	–	–	–	1	0,5	3	5,0	–	–	22	3,2
«Стационар на дому»	24	9,6	–	–	–	–	4	5,0	9	4,2	2	3,3	–	–	39	5,7
Итого	251	100	28	100	19	100	81	100	215	100	60	100	26	100	682	100

В терапевтической тактике можно выделить три этапа. На первом этапе осуществлялся подбор терапии и клиническая оценка ее эффективности. Несмотря на значимую роль психотерапии и немедикаментозных методов лечения психических расстройств у пациентов общесоматической сети, основное место в реабилитационном аспекте занимает психофармакотерапия. Из психотерапевтических мероприятий на начальном этапе лечения эффективно применение рациональной психотерапии, основная цель которой направлена на достижение эффективного и осознанного сотрудничества пациента с врачом. На данном этапе наблюдения большого клиническая оценка эффективности психофармакотерапии осуществлялась на основании регулярного посещения пациентом психиатра (не менее 2 раз в нед.) до стабилизации психического состояния. На втором этапе, после сглаживания остроты психоневротических расстройств на фоне продолжающейся медикаментозной терапии (более низкими дозами психотропных препаратов), присоединялись личностно-ориентированная, семейная психотерапия, при необходимости пациенты обучались приемам аутогенной тренировки. Третий этап или этап поддерживающей терапии и катamnестического наблюдения продолжался от 2 до 6 месяцев для больных невротическими расстройствами и был более длительным для пациентов с депрессивными, психотическими и личностными расстройствами. На данном этапе проводились кратковременные психотерапевтические воздействия, при необходимости усиливалась или отменялась медикаментозная терапия. Длительность лечения на разных этапах, конкретная дозировка психотропных препаратов определялись клинической динамикой психопатологических расстройств, условиями социальной адаптации. Коморбидная психическая патология, которая нередко встречается у пациентов поликлиники, требовала назначения комбинированной терапии, поскольку спектр того или иного психотропного препарата мог оказаться недостаточным для купирования всех проявлений сложного психопатологического синдрома.

Для оптимизации специализированной психиатрической помощи пациентам с психическими расстройствами, сопряженными с соматической патологией, разработаны реабилитационные программы, выделены три группы динамического наблюдения. К первой группе отнесены пациенты с хроническими соматическими расстройствами, подлежащие диспансерному наблюдению в соматической поликлинике, пациенты с транзиторными психотическими соматогенно обусловленными расстройствами (соматогении), это так называемая группа «риска». Во вторую группу вошли пациенты, нуждающиеся в курсовой терапии без динамического наблюдения, в третью – больные, нуждающиеся в систематической терапии и динамическом наблюдении.

Катamnестическое изучение обследованного контингента больных с психическими расстройствами, выявленными у пациентов соматической сети, показало (табл. 2) необходимость внедрения дифференцированных форм и методов оказания специализированной помощи в условиях поликлиники общесоматического профиля. В группе больных, нуждающихся в курсовой терапии, выздоровление достигнуто в 46,2% случаев, более стойкое клиническое улучшение – в 44,1%, без изменений – 7,2%, клиническое ухудшение – 2,5%. Пациенты с показателями «без изменений» и «клиническое ухудшение» в процессе оказания помощи переведены в 3-ю группу.

Анализ клинической эффективности реабилитационных программ в группе пациентов, нуждающихся в систематической терапии (табл. 3), показал, что наиболее эффективны реабилитационные программы были в группе больных невротическими и соматоформными расстройствами, у которых хороший терапевтический эффект достигнут в 91,6% случаев (24,6% – выздоровление, 67,0% – стойкое клиническое улучшение), и в группе пациентов с аффективными расстройствами – в 87,7% случаев (38,3% – выздоровление, 49,4% – стойкое клиническое улучшение).

В остальных нозологических группах показатель «выздоровление» не определялся из-за характера

Таблица 2

Клиническая эффективность реабилитационных программ у пациентов с психическими расстройствами, сопряженными с соматической патологией, нуждающихся в курсовой терапии

Клиническая эффективность	Органические ПР		Аффективные расстройства		Расстройства адаптации		Невротические и соматоформные расстройства		Психологические и поведенческие расстройства, связанные с болезнью		Расстройства личности		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Выздоровление	–	–	24	68,6	122	75,3	71	67,6	13	68,4	14	51,9	244	46,2
Стойкое клиническое улучшение	145	80,6	9	25,7	40	24,7	24	22,9	6	31,6	9	33,3	233	44,1
Без изменений	26	14,4	2	5,7	–	–	7	6,6	–	–	3	11,1	38	7,2
Клиническое ухудшение	9	5	–	–	–	–	3	2,9	–	–	1	3,7	13	2,5
Итого	180	100	35	100	162	100	105	100	19	100	27	100	528	100

Клиническая эффективность реабилитационных программ у пациентов с психическими расстройствами, сопряженными с соматической патологией, нуждающихся в систематической терапии и динамическом наблюдении

Клиническая эффективность	Органические ПР		Алкоголизм		Аффективные расстройства		Невротические и соматоформные расстройства		Психологические и поведенческие расстройства, связанные с болезнью		Расстройства настроения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Выздоровление	–	–	–	–	31	38,3	43	24,6	–	–	–	–	74	11,2
Стойкое клиническое улучшение	217	86,5	21	75	40	49,4	122	67,0	83	87,4	22	84,6	505	76,2
Без изменений	23	9,2	7	25	7	8,6	11	6,1	12	12,6	4	15,4	64	9,6
Клиническое ухудшение	11	4,3	–	–	3	3,7	6	3,3	–	–	–	–	20	3,0
Итого	251	100	28	100	81	100	182	100	95	100	26	100	663	100

более сложных клинических соотношений психических расстройств и коморбидной соматической патологии у пациентов третьей группы наблюдения. Лишь у 12,5% пациентов не было достигнуто позитивных результатов. При расстройствах личности количество случаев с отсутствием положительного терапевтического эффекта было несколько большим, чем при других психопатологических расстройствах (15,4%).

Как указывает проведенный анализ, в каждой нозологической группе психических расстройств эффективность специализированной психиатрической помощи зависела от этапа развития заболевания, психопатологических расстройств и прогрессивности коморбидной соматической патологии, поэтому во второй группе пациентов, где преобладали пациенты на инициальном этапе заболевания, проводимые реабилитационные программы оказались более эффективными, чем в третьей группе. Пациенты второй группы нуждались только в курсовой терапии, которую в большинстве случаев

проводили врачи-интернисты. Такой дифференцированный ступенчатый подход к лечению психических расстройств в условиях общесоматического учреждения позволяет осуществить принцип преемственности в лечебных мероприятиях. При таком подходе к терапии на различных стадиях лечения и реабилитации больной, имеющий психические расстройства, коморбидные с соматическими, находится под наблюдением одного и того же врача (терапевт, невролог, эндокринолог, другие специалисты) или, по крайней мере, разных, но тесно сотрудничающих друг с другом.

Таким образом, использование дифференцированных реабилитационных программ на базе соматической поликлиники в едином комплексе с психиатрическими учреждениями позволило добиться более высокой клинической эффективности, восстановления или улучшения качества социального функционирования у пациентов с психическими расстройствами, отягощенными соматической патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуреева Е.В., Кокина В.Г., Севастьянов В.Г. Опыт взаимодействия психиатра, психотерапевта, специалиста по социальной работе в активации больных дневного стационара // XIII съезд психиатров России. Материалы. – М., 2000. – С. 12–13.
2. Казаковцев Б.А. Организация реабилитационного процесса при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи // XIII съезд психиатров России. Материалы. – М., 2000. – С. 17–18.
3. Козырев В.Н. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 1. – С. 116–118.
4. Краснов В.Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты // Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997. – С. 80–98.
5. Прокудин В.Н. Психиатрическая служба в многопрофильной соматической больнице // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – Вып. 2. – С. 63–67.
6. Прокудин В.Н. Психотерапевтическая служба в многопрофильной соматической больнице // Журн. неврологии и психиатрии. – 2001. – Вып. 5. – С. 49–51.
7. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. Депрессии у соматических больных. – М., 1997. – 108 с.
8. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the health service system in the 1990 // Psychosocial Rehab. J. – 1993. – Vol. 16, N 4. – P. 11–24.
9. Ormel I., Koeter M.W., Van Geen Brink // Arch. Gen. Psychiatry. – 1998. – Vol. 48. – P. 700–706.

CLINICAL EFFICACY OF REHABILITATIVE PROGRAMS IN PRIMARY CARE UNIT FOR PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS COMORBID WITH SOMATIC PATHOLOGY

V. F. Lebedeva, V. Ya. Semke

The paper describes rehabilitative and organizational models of specialized mental health care for patients with mental disorders comorbid with somatic pathology. Basic forms and methods of treatment with regard for nosological structure of mental disorders have been distinguished. The

efficacy of treatment measures in conditions of a territorial primary health care unit has been presented. The authors emphasize a better effect of the programs used in patients with neurotic mental disorders. Participation of an internist in the treatment of mental disorders is indicated.