

УДК 616.89-053.67

В.Д. Мишиев

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ БОЛЬНЫХ

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1, Украина

Ключевые слова: депрессии, организация помощи, эффективность, терапия, реабилитация.

Эффективность оказания медицинской помощи может рассматриваться в нескольких аспектах: собственно медицинском, социальном, экономическом и психологическом. Указанные составляющие эффективности являются взаимообусловленными и значимость каждой из них зависит от целей и задач на том или ином конкретном этапе лечения.

В психиатрической практике в силу особенностей психических расстройств и накопления среди значительной части пациентов данной группы инвалидизирующих факторов существенное значение приобретают социальный и экономический аспекты работы с пациентом [1,2,9].

Резервы эффективности в работе с хронически психически больными хорошо известны [3,7] и считается, что они состоят:

- в своевременности выписки больного из стационара по окончании терапии, т.е. в исключении случаев пребывания пациента на койке по социальным показаниям;

- в оказании больным своевременной эффективной амбулаторной помощи в случаях, не требующих активной медикаментозной терапии в стационаре;

- в фактическом динамическом ведении больного с выполнением специалистами внебольничной помощи мероприятий по вторичной профилактике рецидива, его раннему выявлению и ранней терапии;

- во внедрении в практику социо-реабилитационных программ, направленных на социализацию психического больного.

Наиболее «перспективной» категорией больных в плане поиска резервов эффективности оказания специализированной помощи являются больные с депрессивными расстройствами. Депрессии привлекают внимание специалистов не только широкой распространенностью в популяциях, но и представленностью синдрома фак-

тически при всех психических расстройствах [6,11]. «Перспективность» же депрессий состоит в относительно легком регистре проявления болезненности и, как это традиционно считается,* в отсутствии прогрессивности и дефицитарных личностных нарушений при данном расстройстве.

Целью настоящей работы была разработка модели ситуационного и оперативного управления лечебно-диагностическим процессом у больных с депрессивными расстройствами, а также изучение эффективности психореабилитационных программ в отношении указанных групп больных, получающих в последнее время все более широкое распространение.

Исследование проводилось на модели Киевской городской клинической психоневрологической больницы N 1. Для решения поставленных задач были разработаны граф-логические структуры, представленные по целям (обследование, диагностика, лечение, восстановление функций), по периодам (прием в стационар, стационарное лечение, реабилитация, выписка), по стадиям (предварительная, начальная, диагностическая, лечебно-восстановительная, заключительная), а также индивидуальные социально-реабилитационные карты пациентов. Общее количество обследованных пациентов составило 148 человек (102 женщины и 46 мужчин), средний возраст - 52.2 года. Основу выделенной группы составили больные с рекуррентной и биполярной депрессией (127 человек), а также больные с шизоаффективными депрессивными приступами без выраженных личностных изменений (9 больных) и больные с дистимией (12 человек). 26 больных прошли лечение по специальной социореабилитационной программе, ориентированной на больных с депрессивными заболеваниями.

Анализ организации лечебно-диагностического процесса для больных с депрессивными рас-

* Фактическая инвалидность среди больных с депрессивными расстройствами составляет около 17% [4,5]

стройствами выявил существенное негативное влияние на эффективность лечения отсутствия специализированного отделения депрессивных расстройств. В нашей больнице, как и в большинстве других психиатрических больницах Украины, депрессивные больные проходят стационарное лечение в условиях острых психотических отделений. Клинико-психопатологическое обследование 48 больных на различных этапах их пребывания в стационаре показало наличие у большинства из них (86%) негативных эмоций на факт совместного лечения с больными с грубой психотической симптоматикой и выраженными изменениями личности. Причем, в значительном числе случаев эмоциональная реакция сочеталась с клинически достоверным усилением симптоматики. Лишь у 5 больных с выраженными депрессивными идеями самообвинения в периоде активных клинических проявлений психоза трактовка пребывания в стационаре носила характер «заслуженной кары».

В соответствии с требованиями теории системы управления в разработанную и принятую практикой модель ситуационного и оперативного контроля нами для анализа эффективности специализированной помощи депрессивным больным в обязательном порядке вводились элементы стандарта объема и качества лечебно-диагностического процесса: внебольничное обследование и лечение, подготовка к госпитализации, прием больного в больничное учреждение, пребывание в клиническом отделении до осмотра лечащим врачом, осмотр заведующим отделением, программирование клинико-инструментальных и лабораторных исследований, консультации смежных специалистов, программирование интенсивного лечения и ухода, промежуточное лечение, долечивание, реабилитация, подготовка к выписке, оформление выписки, обратная связь с психоневрологическим диспансером. Фактическое клиническое ведение проанализированных нами больных почти в половине случаев не соответствовало объему указанных требований. Основными недостатками были: отсутствие обследований в необходимом объеме на догоспитальном этапе; отсутствие необходимого количества консультаций смежных специалистов в соответствии с учетом соматической заинтересованности депрессий и системогенезного подхода в терапии депрессивных расстройств; отсутствие программирования лечения с обязательным включением психокоррекционных программ; фактически полное отсутствие социо-реабилитационного аспекта ра-

боты с больным депрессией. В проэкспертированных историях в 21.9% случаев обследование проводилось неполноценно, а в 6.2% - неполноценно и несвоевременно. По нашим данным план обследования относительно «рассредоточенных» по различным отделениям больных с депрессивными расстройствами выполнялся в течение 3-х дней в 32.3% случаев, на 4-6 день - 32.3%, на 7-11 день в 16.2%, а после 12 дней пребывания в стационаре оставались на дообследовании - 17.7%.

Таким образом, за счет организационных решений в системе «заведующий отделением - лечащий врач - медицинская сестра» и стабилизации связей с лабораторно-клиническими подразделениями и функционально-диагностическими комплексами имеется реальная возможность более эффективного использования коечного фонда, в частности, в лечении депрессивных больных. Однако для этого нужны функционально-структурные преобразования, не требующие, по нашему мнению, дополнительных затрат, поскольку все это укладывается в рамки трансформации системы на новый качественно более высокий уровень, обусловленный введением компонентов, подавляющих количественные параметры функционирования больницы в настоящем периоде, т.е. речь идет лишь об доорганизации объекта управления.

Повсеместно имеются резервы совершенствования консультативной помощи в стационарах. По заключению экспертов [8,10] в консультациях (даже в условиях игнорирования системогенезного подхода) различных смежных специалистов нуждались 27.6% больных, в то время как назначались они в 15.5%, а фактически выполнялись в 13.7%.

При этом эффективность и качество консультаций, а также их организация и проведение не содержали принципов системности, поскольку лечащие врачи не достаточно осуществляли предконсультативную подготовку, отсутствовали согласованные и обоснованные медицинские аспекты консультирования и конкретные целевые установки на уровне заведующих отделениями. В процессе проведения консультаций в 70% случаев отсутствовали лечащие врачи. Что же касается плановых консультаций, то в рамках временной технологии они должны осуществляться в 1-й или во 2-й день. Консультации экстренные - в час назначения.

Используемые нами социо-реабилитационные модели состояли из психообразовательного компонента и структурированного семейно-

го подхода с акцентом на когнитивно-поведенческие техники. Известно, что культурный и образовательный уровень родственников и заинтересованная работа с семьями позволяют выявить основные проблемы пациента, а также находить пути эффективного снижения его эмоциональной вовлеченности в различные конфликты [8,12].

Основными базовыми принципами и философией модели работы с депрессивными больными были:

1. Депрессивные расстройства - заболевания, имеющие преимущественно биологическую природу, однако в возникновении, особенностях клинического оформления и эффективности лечения существенную роль играют личностные особенности больного.

2. С первых моментов заболевания депрессивной больной нуждается в активной психологической поддержке со стороны окружающих: медицинского персонала, родственников, членов семьи.

3. Психотерапевтическая и психореабилитационная работа с депрессивным больным строится с акцентом на открытости и партнерстве, с обсуждением перспектив лечения, постановкой целей, приоритетов, задач.

4. Важным компонентом социально-реабилитационной работы с депрессивным больным является работа среднего медицинского персонала. Группы поддержки медицинских сестер призваны оказывать помощь своим членам в преодолении чувства вины, депрессии; безопасность больного является приоритетом в деле сестринского ухода.

5. Психосоциальная семейная интервенция (работа с семьями депрессивных больных) - часть общей работы с депрессивным больным, состоящей также из медикаментозного лечения

и реабилитационного периода. Семейное лечение не заменяет традиционного лечения.

Вовлечение депрессивных больных в социореабилитационные программы являлось достоверно значимым фактором сокращения продолжительности лечения и формирования стойкой ремиссии. Причем степень эффективности была прямо пропорциональна срокам начала психокоррекционных и социо-реабилитационных программ.

Таким образом, организация специализированных отделений аффективной патологии и обоснование системной функционально-структурной модели управления на основе ведущих признаков организации лечебно-диагностического и реабилитационного процесса: последовательности, непрерывности и соответствующих элементов их дифференциации по степени интенсивности, лечения и ухода являются основным условием эффективной медицинской помощи депрессивным больными.

Существенным фактором, способствующим повышению эффективности оказания специализированной помощи может быть предложенный нами системогенезный подход в лечении депрессивных больных, а также разработанные на его основе стандарты лечения и реабилитации. Анализ эффективности проводимого лечения позволяет подтвердить мнение о том, что основным условием успешного лечения аффективных расстройств является своевременность и точность психофармакотерапии, учет и лечение сопутствующих соматических расстройств, а также активное использование социо-реабилитационных программ с учетом особенностей личности, особенностей течения заболевания и социально-психологической ситуации, в которой пребывает больной.

В.Д.Мишиев

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ ХВОРИХ

Київська міська психоневрологічна лікарня №1, Україна

Виявлені соціальні та економічні аспекти надання спеціалізованої допомоги депресивним хворим. Вивчена організація допомоги 148 хворим з депресіями різного генезу. Зроблено висновок про необхідність лікування в умовах спеціалізованих відділень афективної патології.

Показана можливість зниження рівню економічних витрат за рахунок скорочення досліджень, реалізації комплексного консультування, систематичного лікування. Змальована модель соціореабілітаційної програми, наголошено на необхідності раннього початку її реалізації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 98-101).

ANALYSIS OF EFFECTIVNESS OF DEPRESSIVE PATIENT'S TREATMENT AND REABILITATION

Kiyev City psychoneurological hospital №1, Ukraine

Social and economical aspects of specialized aid to the depressive patients are discovered. The conclusion about of treating in the conditions of special departments of affective disorders is carried out

The possibility of decreasing of economical expenditures by the shortening of examinations, by realization of complex consulting and by systematic treatment. The model of sociorehabilitational programm is shown and the necessity of its early beginning is underlined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 99-101).

Литература

1. Вертоградова О.П. Общие принципы терапии и прогноза депрессий. В кн.: Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. М. Медицина. - 1985. - С.5-107.
2. Войцех В. Ф. // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных. - М., 1982. - С.52-54.
3. Гурович И.Я. Расстройства настроения: новые перспективы в лечении // Медицина для всех. - 1997. - N2. - С.28-30.
4. Мишиев В.Д. Распространенность и структура депрессивных расстройств в популяции г.Киева. В кн.: Материалы международной конференции психиатров. М., Медицина - 1998. - С.56-57.
5. Мишиев В.Д. Эндогенные депрессивные расстройства: проблематика, распространенность, некоторые клинико-психопатологические особенности // Украинський медичний часопис.-1998.-N.6/8.-С.38-44.
6. Напреенко А.К., Логановский К.Н. Экологическая психиатрия. Киев, Полиграфкнига. - 1997. - 96 с.
7. Пхиденко С.В. Депрессивные нарушения при психосоматической патологии // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. N 1.- С. 82-84.
8. Ascher J.a., Cole J.O., Colin J.n. et al. Bupropion: A review of its mechnism of antidepressant activity 2 // 0 Journal of Clinical Psychiatry. - 1995.- 2 0Vol.56. - P. 395-401.
9. Byrne, P. Psychiatric stigma: past, passing and to come 2 0// Jornal of the Royal Society of Medicine. - 1997.-Vol.90.- P.618-621.
10. Simon G.E. & VonKorff M. Recognition, management and outcomes of depression in pramary care. Archives of Family Medicine.-1995. - N 4. - 99-105.
11. Thomas C., Bartlett A. & Mezey G.C. The extent and effects of violence among psychiatric inpatients. Psychiatric Bulletin. - 1995. - N 19. - P. 600-604.
12. Wolff G., Pathare S., Craig T., et al. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people// British journal of Psychiatry. -1996.- V.168.-191-198.

Поступила в редакцию 23.05.99г.