

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Амбулаторно-поликлинические учреждения по-прежнему остаются ведущими в системе охраны и укрепления здоровья населения, оказывая необходимые диагностические и лечебные мероприятия 80-85% больных, вследствие этого их следует рассматривать как перспективный этап для реализации комплексных профилактических программ преемственного и динамического наблюдения за больными терапевтического профиля с пограничными психическими расстройствами.

В условиях общемедицинской сети оптимальной для практического внедрения представляется интегративная модель взаимодействия специалистов разного профиля (интерниста/терапевта, психиатра, психотерапевта), функционирующая на всех этапах - от амбулаторно-поликлинического до специализированного стационарного в плане решения совместных клинико-диагностических, терапевтических, профилактических и реабилитационных задач, вопросов медико-социальной экспертизы. Организация специализированной котерапевтической помощи обеспечивает не только преемственное, но и проспективное (долговременное) наблюдение психосоматических больных в различных структурных подразделениях территориальной поликлиники: в терапевтических отделениях (участковые терапевты, врачи общей практики), в дневном стационаре поликлиники. В связи с этим общесоматические ЛПУ (региональные и территориальные поликлиники, стационары) являются важным звеном, а в некоторых случаях и определяющим своевременность распознавания ПР у пациентов с соматическими заболеваниями. Это возлагает на врачей общесоматических ЛПУ ответственность за принятие правильного тактического решения. Сочетание психопатологических и соматических нарушений вызывает дифференциально-диагностические трудности при первичной диагностике патологии внутренних органов, в одинаковой мере - при распознавании ПР, что требует проведения дополнительных специализированных клинико-диагностических и консультативных исследований. Реализация интегративного подхода должна осуществляться прежде всего доступностью котерапевтической помощи, согласованными действиями специалистов, психосоматической подготовкой врача общей практики и активным участием самого пациента.

Своевременной диагностике заболеваний внутренних органов у пациентов с пограничными ПР способствовали созданные алгоритмы по выявлению «общих» соматопсихических, психовегетативных симптомов, обуславливающих дифференциально-диагностические трудности. Построение алгоритма основывалось на разработанной схеме обследования психосоматического больного. Первым этапом является тщательно собранный анамнез, позволяющий выяснить конституционально-биологические особенности и ФР семейной соматической и психической отягощенности. Второй этап - уточнение механизмов формирования соматического заболевания и пограничных ПР, выявление иницирующих причин различной природы (соматических, психических, социально-психологических), а также определение удельного веса и роли каждого фактора в структуре многофакторной концепции. Клиническое интервьюирование больного и клинико-лабораторное обследование соматического и психопатологического состояния пациента позволяет выявить общие симптомы на основе дифференциальной оценки заболеваний внутренних органов с учетом других уже выявленных ФР. Основной принцип построения алгоритма и выявления общих симптомов заключается в использовании системного подхода к

изучению совокупности ФР различной природы мультифакториальных заболеваний.

В программе реабилитации психосоматических пациентов основное место занимает комбинированная соматотропная и психофармакотерапия, наряду с психотерапевтическими методами. При лечении психических расстройств у пациентов, страдающих соматическими заболеваниями, возникают определенные сложности, обусловленные необходимостью одновременного назначения различных видов психотропной терапии и средств, используемых в клинике внутренних болезней. Наличие хронической соматической патологии или первичное ее выявление у больных, находящихся на госпитализации в специализированном психиатрическом стационаре, требует вмешательства интерниста с целью присоединения оптимальной схемы медикаментозной этиопатогенетической фармакотерапии.

Доминирование психопатологических расстройств, нарушающих социальное функционирование пациентов, определяло выбор психофармакотерапии и дозы антидепрессантов, транквилизаторов, нейролептиков. Для лечения психических расстройств назначались тимоаналептики: трициклические антидепрессанты (амитриптилин, амиксид), коаксил; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (золот, флуоксетин). Из группы анксиолитиков наиболее часто использовались производные бензодиазепа - диазепам, валиум, феназепам, лоразепам, транксен, трапекс, грандаксин, атаракс. Нейролептики: фенотиазины (сонапакс, терален, неулептил), галоперидол, сульпирид (эглонил). Результаты показали высокую эффективность лечения психосоматических больных с невротическими расстройствами - 81,5%. В общей группе пациентов с пограничными психическими расстройствами в целом достигнуто выздоровление в 44,8% случаев, улучшение психического состояния - в 47,3%. Психофармакотерапия у данных пациентов была определяющей, длительность ее соответствовала тяжести психического состояния пациентов. В силу выраженности психопатологической симптоматики психотропная терапия включала комбинацию, как правило, нескольких групп психотропных препаратов с максимально адекватной дозировкой препарата целенаправленного действия.

При назначении сочетанной психотропной и соматотропной терапии осуществлялся выбор между формальным присоединением схемы лечения препаратами соматотропного действия или дифференцированным назначением при соблюдении принципов разработанных стандартов. Не менее важным является использование схем комбинированной сомато- и психотропной терапии на период длительной поддерживающей терапии в общей врачебной практике. По результатам протоколов наблюдения, например, в комбинации с психотропными препаратами наиболее эффективными и безопасными были ингибиторы АПФ (энап, диротон, престариум, эднит), бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, которые, назначались в виде курсовой и длительной терапии в дозировках, соответствующих степени риска сердечно-сосудистой патологии. Не обнаружено потенцирующего отрицательного взаимодействия с препаратами кардиопротективного действия (предуктал). К главным достоинствам фамотидина (H_2 -блокатора гистаминовых рецепторов третьего поколения, кваматела), блокаторов протоновой помпы (омеза, омепразола) относится хорошая совместимость с психотропными препаратами. Выявлено эффективное использование нейролептика сульпирида (эглонила) в практике лечения психосоматических заболеваний. Препарат оказался незаменимым при сочетанной длительной базисной противоязвенной и антихеликобактерной терапии у пациентов с пограничными психическими расстройствами на фоне приема психотропных средств.

В процессе проводимой психотропной терапии у пациентов не отмечено отрицательной динамики течения заболеваний внутренних органов. Несмотря на выявленную патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистых заболеваний (коронарной болезни сердца, артериальной гипертонии), сахарного диабета, пациенты продолжали лечение в психиатрическом стационаре. Внедрение разработанных оптимальных корригирующих лечебно-профилактических и реабилитационных программ, основанных на принципах комплексной рациональной и дифференцированной терапии (сокурации), позволяет достигнуть клинической эффективности не только в соматическом, но и в психическом статусе больных, что в целом оказывает положительное влияние на качество жизни и социальную адаптацию пациентов.