

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.12

Я. А. Накатис, Н. П. Ванчакова, А. П. Попов

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ И ФИНАНСИРОВАНИЯ ЦЕНТРОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

*Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России, Санкт-Петербург,
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова*

Изменение механизмов управления и финансирования здравоохранения оказало сильное влияние на развитие специализированной медицинской помощи. Одним из таких направлений является продвижение психиатрии в общемедицинскую практику. Это направление сформировалось в недрах XX века под влиянием двух тенденций: патоморфоза психических расстройств и повышения их частоты у больных соматическими заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Патоморфоз психических расстройств проявился в уменьшении частоты тяжелых психотических состояний, увеличении субпсихотических, невротических, соматизированных расстройств, в появлении большого числа состояний, которые трудно разграничить от соматических заболеваний. Рост психических расстройств у больных соматическими заболеваниями связывается с большим числом факторов. Это и увеличение продолжительности жизни у больных с тяжелыми соматическими заболеваниями и появление у них новых расстройств, связанных с вовлечением в патологические процессы нервной системы, и рост психотравмирующих факторов, связанных с образом жизни, экономическими проблемами, социальными проблемами. Это более высокая выживаемость больных с заболеваниями с высокой угрозой летального исхода, это увеличение группы больных с сочетанием двух и более соматических заболеваний и многие другие причины, в том числе усложнение фармакологической терапии. Кроме того, увеличилась группа болезней зависимости, при которых возникают тяжелые психические и неотделимые от них соматические расстройства. Вследствие этих тенденций постепенно увеличилось число лиц с психическими расстройствами, госпитализируемых в соматические стационары. Они не имеют показаний к обязательной госпитализации в психиатрические клиники, но в тоже время имеющиеся у них расстройства оказывают негативное влияние на течение и лечение соматической патологии.

Сплошное скрининговое обследование больных, лечившихся в стационаре КБ № 122 (терапевтические и гинекологическое отделения) установило следующее [2]. Более 65 % пациентов имели психические расстройства различной тяжести. При проведении аудита назначений психотропных средств врачами не психиатрами выявлена тенденция к назначению анксиолитиков бензодиазепинового ряда с целью коррекции практически всего спектра психических расстройств (от коррекции нарушений ночного сна до терапии тяжелых депрессий).

© Я. А. Накатис, Н. П. Ванчакова, А. П. Попов, 2008

Как наиболее иллюстративными из этих тенденций можно назвать психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях. Так у 21,6 % больных, получавших лечение в Санкт-Петербургском городском психосоматическом центре в течение 2002 года, имели место болезни системы кровообращения. А среди умерших — у 41,4 % [7]. Идентичная ситуация имела место в психосоматическом отделении Максимилиановской больницы Санкт-Петербурга. Болезни органов кровообращения были выявлены у 43 % пролеченных больных. Важно отметить, что у 20 % больных сердечно-сосудистые заболевания были причиной развития психотических расстройств [10]. Анализ внутрибольничного консультирования в больницах, где расположены психосоматические отделения, установил, что пациенты направленные терапевтическими отделениями составили 78,1 % пациентов, из них 11 % были направлены кардиологическими отделениями [1, 7].

Опыт кардиологического психосоматического отделения больницы № 32 г. Санкт-Петербурга установил, что больных такого профиля можно условно разделить на 3 группы [9]. Первая — это пациенты молодого возраста, поступающие с диагнозами соматизированной вегетативной дисфункции с кардиологическими симптомами и различными вариантами депрессивного синдрома. Вторая — пациенты зрелого возраста, имеющие кардиологическую патологию (ГБ, ИБС, порок сердца, постинфарктный кардиосклероз) с сопутствующую психопатологическую симптоматику непсихотического уровня, впервые диагностированную, как правило, на отборочной комиссии. Третья — пациенты предстарческого возраста, у которых преобладают явления психоорганического синдрома или депрессивного расстройства на фоне сосудистых заболеваний головного мозга.

Исследование 12 больных после имплантации ИКД в течение 7 лет установило, что через 2,5 года 40 % больных имели тревожные (повышение тревожного ожидания разрядов или фобия разрядов ИКД.), тревожно-депрессивные расстройства (снижение настроения, аппетита, ощущение безнадежности существования) [5]. Была выявлена четкая зависимость между количеством срабатываний кардиовертера и степенью выраженности тревоги и депрессии. Показаниями к имплантации явились пароксизмальная желудочковая тахикардия (ЖТ), фибрилляция желудочков (ФЖ) и ЖТ типа *torsade de points* с синкопальными состояниями. Пяти больным были имплантированы однокамерные ИКД, двухкамерные ИКД — 7 пациентам.

Исследование психосоматических расстройств у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) выявило, что выраженность депрессии, ситуативной и личностной тревоги значительно превышает нормативные показатели [8]. Была установлена прямая корреляция между выраженностью алекситимии, тревоги, вытеснения и регрессии, наличием аффективных расстройств и ухудшением прогноза психосоциальной реабилитации при ХСН. Исследование качества жизни у 96 больных с ХСН II–IV функционального класса установило, что суммарный показатель качества жизни больных ХСН составил $78,8 \pm 0,9$ балла [4]. Это достоверно отличается от суммарного показателя качества жизни здоровых лиц — $91,3 \pm 0,9$ ($p < 0,01$). У больных ХСН на достоверно более низком уровне, чем у здоровых лиц, находились показатели состояние здоровья, физическая сфера, уровень независимости. Более неблагоприятными, характеризующимися как плохие и средние (9,2–12,8 балла), были следующие показатели опросника «ВОЗКЖ-100»: физическая боль и дискомфорт, жизненная активность/усталость и энергия, положительные эмоции, уровень независимости, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения, сексуальная активность, финансовые ресурсы, доступность и качество медицинской и социальной помощи. У всех больных основным этиологическим фактором ХСН была ишемическая болезнь сердца.

Не менее важным механизмом продвижения психиатрии в общую медицину является развитие рынка платных услуг в здравоохранении. В России этот рынок активно развивается и ежегодно растет на 12 % [6]. В последние годы в систему платных услуг активно вовлекается средний слой населения, который предпочитает получать медицинскую помощь в учреждениях государственного типа. Расширение спектра медицинских услуг и введение платной психосоматической помощи повысило для них привлекательность многопрофильных стационаров, обладающих хорошей диагностической базой и высоко квалифицированными специалистами. Неуклонно с 2000 года шло расширение клиентской базы психосоматического центра КБ № 122, которое выразилось в двукратном росте обращаемости за помощью. В тоже время дальнейшему развитию психосоматического центра мешает отсутствие финансирования через системы ОМС и ДМС. Так сфера оказания терапевтической помощи основана на смешанном финансировании, которое включает бюджет разных уровней, финансирование через систему ОМС, ДМС и платные услуги. Оказание психосоматической помощи обеспечивается только за счет средств бюджета (который включает только лечение психических расстройств) и платных услуг. Ни ОМС, ни ДМС в финансировании психосоматической помощи практически не участвуют, так как психиатрия в целом и, следовательно, психиатрия в соматическом стационаре обеспечиваются бюджетом. Это порождает иногда непреодолимые трудности. В частности, как оплачивать стационарное лечение кардиологической патологии у больного с депрессивными расстройствами на фоне нестабильной стенокардии, или тревожные расстройства у больного перенесшего операцию шунтирования на сердце. Попытки улучшить доходность психосоматического центра за счет введения комплексных услуг, не изменило ситуацию финансирования принципиально. Например, лечение в галокамере было совмещено с сеансом телесно ориентированной психотерапии или занятием релаксацией. Это позволило лишь вовлечь еще одну небольшую группу больных в психотерапевтическое лечение и немного увеличить объем платных услуг. Негативным аспектом для развития психосоматических центров является то, что психотерапевтическая помощь и такие формы работы, как школы пациентов не включены в бюджетное финансирование и осуществляются либо за счет резервов клиники, либо как платные услуги. В связи с тем, что основной поток пациентов относится к так называемому среднему классу с ограниченным доходом, то востребованность этих услуг остается низкой.

Психосоматический центр КБ № 122 имеет большой опыт работы с так называемыми «трудными» больными, которые имеют большой опыт обследований и лечения у разных специалистов без достаточного эффекта. Такие задачи резко повысили наращивание потенциала дифференциально-диагностической работы, что потребовало уравновесить психофармакологическую и психотерапевтическую активность врачей психиатров, создать преемственность между разными методами терапии и психотерапии. Между стационарным лечением и амбулаторным имеется преемственность. Она представлена тем, что после короткой госпитализации врачи центра длительно курируют пациентов в амбулаторном режиме. Такой тип работы стал причиной создания новых программ. Первая программа была ориентирована на хирургических больных. Осуществлялось сопровождение больных гинекологического профиля на дооперационном и послеоперационном этапах. В результате было установлено, что больные гораздо больше нуждаются в помощи врача психиатра и психотерапевта в послеоперационном периоде, чем в дооперационном. В настоящее время, в связи с высокой частотой психических расстройств у больных с сердечно-сосудистой патологией создается программа психотерапевтического сопровождения и лечения больных кардиологического профиля.

Успешность таких программ и их рентабельность зависят от качества взаимодействия врачей разных специальностей и организаторов здравоохранения, так как она подразумевает преодоление большого числа клинических и организационных проблем. Например, взаимодействие специалистов различного профиля оказалось весьма эффективным в диагностической работе и лечении больных с аффективными расстройствами. Важно отметить, что клиническая картина аффективных расстройств существенно изменилась, значительно увеличился поток больных с соматизированными и соматоформными расстройствами. Эти варианты заболеваний чрезвычайно трудны для успешной диагностики и лечения и, преимущественно, диагностируются в условиях стационара, когда используется стратегия негативной и позитивной диагностики. Такой подход требует проведения широкого соматического обследования и исключения актуальных соматических расстройств, и углубленного психологического и психиатрического обследования, ориентированного на выявление актуальных психических расстройств. Использование указанной диагностической стратегии в психосоматическом центре КБ № 122 установило, что у половины больных с аффективными расстройствами имелась патологическая электроэнцефалограмма, указывающая на раздражение срединного мозга, лимбической системы. Кроме того, выявлялись особенности биоритмов, которые расцениваются как пароксизмально подобные или указывающие на возрастание судорожной готовности. Базой для более широкого использования электроэнцефалографии стало то, что применение антидепрессантов не допустимо у больных с эпилепсией и должно быть осторожным у больных с аномальной ЭЭГ. Не менее значимой причиной было и то, что у таких больных применение диагностических критериев депрессии не позволяло сформулировать обоснованный диагноз. Сотрудничество специалистов функциональной диагностики с психиатрами позволило им расширить свои представления и развить навык более углубленного обследования и анализа ЭЭГ-показателей у больных с атипичными аффективными расстройствами. Использование современных методов компьютерного анализа ЭЭГ позволило выделить три типа количественных паттернов ЭЭГ, встречающихся у больных с депрессивными расстройствами [3]. Больные с большим депрессивным расстройством имеют в ЭЭГ большие индексы альфа-ритма, чем в норме. При дистимических расстройствах часто выявляется десинхронизированная ЭЭГ, а при аффективных расстройствах обусловленных органическим поражением головного мозга выявляются паттерны ЭЭГ, указывающие на раздражение. Так наличие сильно выраженной аномальной ЭЭГ у больных с нетипичной картиной депрессии является основанием для введения в терапию вальпроатов [11]. Кроме того, атипичные депрессивные расстройства и патологическая ЭЭГ часто выявляются у больных эпилепсией. В таких наблюдениях развивается другая терапевтическая тактика принципиально отличающаяся от тактики лечения больных с аффективными расстройствами. Интеграция и взаимодействие психиатров и нейрофизиологов в обозначенной клинической плоскости повысила эффективность лечения больных с аффективными расстройствами, которые составляют от 30 % до 60 % пациентов психосоматических центров.

Деятельность, которую осуществляет Центр психосоматической медицины в КБ № 122 — это квинтэссенция того, что делает врач психиатр в ЛПУ широкого профиля. Она включает очень хороший уровень оценки больного с позиции биопсихосоциальной модели болезни и здоровья. Но в то же время это высоко квалифицированная психологическая помощь, которая необходима любому пациенту, а как показало указанное выше скрининговое исследование, все врачи лечебники соматического профиля имели пробелы в знаниях и навыках по психологической, психотерапевтической

и психофармакологической работе с пациентом. Наличие специальной службы эффективно расширило клинические возможности стационара. И связано это с тем, что специалисты центра эффективно решают не только вопросы диагностики психических расстройств. Они осуществляют консультирование врачей и среднего персонала и помогают повысить комплаинс пациента и медицинских работников. Важно отметить, что КБ № 122 оказывает амбулаторную помощь так называемому «специальному контингенту трудящихся». Это те, кто работает с радиоактивными веществами, операторы атомных электростанций и другие такого же профиля работники. Психическое состояние этих людей имеет важное стратегическое значение для общества, так как они не имеют право на ошибку. Их ошибка может стать причиной национальной или экологической катастрофы. Однако психосоматическая помощь этому контингенту обеспечивается преимущественно за счет бюджета.

Большая психиатрия совсем далека и мало понятна врачам общей медицины. Психосоматическая медицина — это медицинские знания, объединяющие в разной степени разработанные представления о большой группе расстройств, в клинике которых тесно переплетаются соматические и психические симптомы и синдромы. Это психосоматические заболевания, соматизированные психические расстройства, соматопсихические расстройства, сочетания двух заболеваний, включающие соматическое и психическое. Следовательно, сегодня большое число больных психосоматическими расстройствами и сочетанной патологией можно эффективно лечить в соматическом стационаре. Оказалось, что психиатры вносят вклад в более успешное лечение соматической патологии, а сотрудничество с психиатрами врачей соматического профиля повышает возможности коррекции психических расстройств у соматических больных. Лучше всего это иллюстрируют сокращение сроков госпитализации и длительное сохранение комплаинса и высокая частота повторных посещений врачей в поликлинических условиях.

Сложные экономические и социальные условия создали в Санкт-Петербурге психосоматические отделения с уникальным стилем и опытом работы, среди которых существенно выделяются своими инновациями центры при государственных многопрофильных стационарах, в том числе центр при КБ № 122. Модернизацию системы здравоохранения Санкт-Петербурга планируется завершить к 2010 году. Это предполагает не только реконструкции и расширение зон применения новых технологий. Это предполагает дальнейшее совершенствование экономических механизмов специализированных центров, входящих в структуру многопрофильных стационаров. А именно, расширение источников и форм финансирования психосоматических центров, которые значительно сокращают суммарные расходы на лечение многих групп больных соматической сети.

Summary

Nakatis Ya. A., Vanchakova N. P., Popov A. P. Problems of organization and financing psychosomatic centers.

The basic directions of promotion of psychiatry in clinical practice and leading tendencies of developing psychosomatic centers are analyzed. Mechanisms of financing such centers and the ways of their development are discussed. A great number of psychosomatic patients can be effectively treated in a somatic hospital. Clinical practice testifies that psychiatrists make contribution to more successful treatment of somatic pathology, and cooperation of psychiatrists with physicians of somatic profile increases possibilities of mental frustration correction of somatic patients. All this involves reduction of hospitalization periods and long preservation of compliance and high frequency of repeated visits of doctors in polyclinic conditions.

Key words: psychiatry, psychosomatic center, development, financing.

Литература

1. Ванчакова Н. П., Попов А. П., Клименкова А. А. Психиатрия консультирования и взаимодействия в стационаре общего профиля // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2000. № 4. С. 39–41.
2. Ванчакова Н. П., Попов А. П., Рыбакова К. В., Клименкова А. А., Веселова Е. А., Смирнова В. В. Синдромальная оценка и фармакотерапия психосоматических расстройств в общеклинической практике // II Клинические Павловские чтения. Сборник работ. Выпуск второй «Психосоматика». СПб., 2001. С. 15–18.
3. Изнак А. Ф. Современные представления о нейрофизиологических основах депрессивных расстройств // Депрессии и коморбидные расстройства. / Под ред. А. Б. Смулевича. М., 1997. С. 166–179.
4. Козлова С. Н., Семернин Е. Н. Проблемы качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Материалы конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия. Санкт-Петербург. 2002. 19 апреля 2002 года. СПб., 2002. С. 11–12.
5. Лебедева У. В., Лебедев Д. С. Динамика качества жизни и эмоционального статуса больных с имплантируемыми кардиовертерами — дефибрилляторами // Материалы конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия. Санкт-Петербург, 2002. 19 апреля 2002 года. СПб., 2002. С. 12–13.
6. Олейник М. В., Толстиков А. С. Состояние и перспективы развития рынка медицинских услуг в Санкт-Петербурге // Ученые записки. Т. XIII. 2006. № 3. С. 76–79.
7. Павлов Ю. В., Ванчакова Н. П., Федоров Б. Б., Лапина Н. А. Опыт работы Санкт-Петербургского городского центра психосоматической медицины в условиях нового финансирования // Материалы конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия. Санкт-Петербург. 2003. 28 марта 2003 года. СПб., 2003. С. 4–6.
8. Петрова Н. Н., Кутузова А. Э. Психосоматический подход при хронической сердечной недостаточности // Материалы конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия. Санкт-Петербург. 2002. 19 апреля 2002 года. СПб., 2002. Стр. 13–14.
9. Скворцов Н. Л., Иванова Г. А., Сергеева Л. С., Улюпова Т. О., Исаева И. Р., Латышева О. О., Щербак Т. К. Психосоматическое отделение городской больницы № 32: опыт создания и перспективы лечения // Материалы конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия. Санкт-Петербург. 2003. 28 марта 2003 года. СПб., 2003. Стр. 6–7.
10. Чирковский С. Ф. Основные выводы из опыта работы психосоматического отделения (ПСО) больницы № 28, Максимилиановская // Материалы конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия. Санкт-Петербург. 2003. 28 марта 2003 года. СПб., 2003. С. 8–10.
11. Löscher W. / Edit. Valproate (Milestones in drug therapy). Basel. Boston. Berlin. Birkhäuser. 1999. P. 282.