

УДК 615

ЗНАЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОТКРЫТОГО ПРИЕМА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСНОВНЫХ ПСИХОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА

© 2004 г. А.Н. Грицай, Л.Н. Ващенко, Н.Е. Левченко

In the Rostov-on-Don scientific research institute of oncology it is developed and the nonconventional organizational form of preventive inspection of the population – «open reception» is successfully applied in practice of work. The saved up long-term experience testifies about high medical and economic efficiency of the given kind of the organization of the help to the population.

В различных регионах России применяются разные варианты организационных форм профилактического обследования населения.

Многолетний опыт такой работы в Ростовской области (площадью 100,8 тыс. км², соответствующей площади целого государства, такого как Франция) в 80-е гг. выявил определённые недостатки системы традиционных профилактических осмотров населения. Во-первых, нецелесообразно отвлекать от повседневных рабочих обязанностей специалистов высокого класса; во-вторых, транспортировка имеющей хорошую разрешающую способность дорогостоящей ультразвуковой аппаратуры приведет к быстрому ее изнашиванию; в-третьих, такая форма организации требует немалых экономических затрат и не носит постоянного и последовательного контроля динамики изменения состояния здоровья населения.

С целью совершенствования методов первичного выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний в 1982 г. директором Ростовского НИИ онкологии акад. Ю.С. Сидоренко впервые предложена новая организационная форма – «открытый прием», проводимый авторитетными высококвалифицированными специалистами, в основу которого положен принцип самоорганизации населения в группы повышенного риска заболевания раком. Указанная организационная форма врачебного приёма предусматривает посещение всеми желающими врача-онколога любого профиля без направления и предварительной записи [1].

Для организации «открытого приема» населения разработаны методы оповещения, порядок работы, критерии формирования потока посетителей.

Организация приема осуществляется следующим образом:

I. Оповещение населения о работе «открытого приема» в Ростовском НИИ онкологии:

- информирование районных онкологов о датах «открытого приема»;
- информация на месте, у входа в институт, а также с помощью объявлений в местных средствах массовой информации: газетах «Молот» и «Вечерний Ростов», по радио, телевидению, в программе «Барометр здоровья», веб-странице в Интернете.

II. Порядок работы:

«Открытый прием» проводится два раза в месяц в первую и третью субботу, в выходной день для большинства граждан. Любой гражданин, испытывающий тревогу за свое здоровье, без предварительной записи и специального направления обращается в поликлинику Ростовского НИИ онкологии, попадая на приём к квалифицированному специалисту.

III. Критерии формирования потока посетителей «открытого приема»:

- обеспечение короткого и прямого пути для любого желающего попасть к высококвалифицированному специалисту;
- формирование фактора внутреннего психологического императива, заставляющего больного явиться на этот прием. Однако лишь абстрактная притягательность авторитета, сама по себе, еще не обусловит формирования указанного императива;
- тревожное состояние, беспокойство, которое нередко может быть объективным отражением реально существующих соматических расстройств;
- причастность к онкологической трагедии.

Не вызывает сомнения тот факт, что обратившиеся на «открытый прием» женщины явились по собственной инициативе именно в онкологический институт, с которым у большинства людей возникают весьма мрачные ассоциации.

Главным критерием этой выборки можно считать высокий уровень тревожности.

Известно, что многие пациенты со сходными анамнестическими данными, клиническим состоянием и не имеющие существенных отличий в показателях функционирования различных систем, совершенно по-разному реагируют на одинаковые схемы лечения, и, что особенно важно, отличаются по срокам безрецидивного периода и продолжительности жизни. Одной из причин таких различий могут быть особенности личностного реагирования и индивидуальные модели поведения, избираемые пациентами при постановке диагноза «рак» и начале его лечения.

Существует определенная взаимосвязь клинического и иммунологического состояний больных с их психологическими особенностями.

Психические расстройства различной степени выраженности (от донозологических психологических реакций до острых психозов) при онкологической патологии – явление частое, наблюдаемое как онкологами, так и психиатрами, психологами [2, 3]. Онкологическая патология выступает для психической деятельности в двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной) диагноз онкологического заболевания, относящегося к группе неизлечимых, и, как следствие этого, повышенно значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в «глобальную» психическую травму, способную оформиться в психические нарушения психогенно-реактивного характера [4]. С другой стороны

(соматогенной), онкологическая патология рассматривается как один из наиболее тяжелых в соматическом плане факторов с комплексом психической и физической астении, общим истощением, также существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства [5]. К тому же, если онкологический процесс локализуется в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах, то возможно развитие психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими психическими проявлениями [2].

Оперативные вмешательства в онкологической практике являются одним из основных видов лечения [6], вследствие чего выступают дополнительным фактором, влияющим на психопатологическое симптомо- и синдромообразование. Частая необходимость в пред- и послеоперационной лучевой или химиотерапии, анестезиологические манипуляции в операционный период могут играть существенную роль в формировании психических нарушений, также как и психологическая значимость радикальных хирургических операций с удалением органа или формированием определенного косметического дефекта.

С учетом множества патогенных для психики факторов у онкологических больных резко возрастает риск суицидальных тенденций [4]. По этим данным, количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях. Выше изложенное ещё раз подтверждает, что существуют некоторые отличительные особенности психических переживаний при онкологических заболеваниях. Ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессовой нагрузки, как злокачественная опухоль.

Частота психических нарушений при онкологической патологии, по мнению различных авторов, зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других параметров [2]. Однако не только локализация и характер онкологического заболевания влияют на частоту появления психических нарушений. Одну из значимых ролей играют такие факторы, как личностно-характерологические особенности онкобольного, наличие в преморбиде акцентуированных черт характера [7]. Среди больных преобладали шизоидные, тревожно-мнительные, астенические, циклоидные, эксплозивные и гипотимические типы личности. Другие авторы считали характерными для онкологических больных ипохондрический, истероидный и эпилептоидный варианты преморбидной личности [8]. Перспективным представляется личностно-ориентированный подход ведения больных, определение стержневых личностных особенностей, как одного из прогностических критериев, определяющих течение заболевания.

Внутренний императив поддерживается, как и любой рефлекс, тем, что физиологи называют подкреплением.

В социальной среде всё то, что окружает человека на «открытом приеме» – его четкая организация, быстрая постановка диагноза, радикальное лечение, мобильность в его индивидуализации, хорошие результаты – быстро становятся достоянием гласности, повышая авторитет «открытого приема» и подкрепляя внутренний императив у тех, кто испытывает описанные беспокойство и тревогу. Открытый приём в качестве первого и наиболее важного этапа, предопределяющего успех лечения, сформированная позитивная доминанта и доверие к надежности медицинской помощи являются неотъемлемой частью лечебно-организационных мероприятий высококвалифицированной специализированной помощи.

Литература

1. Сидоренко Ю.С. Некоторые аспекты диагностики, лечения и диспансеризации онкологических больных: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1987.
2. Терешкина Е.П. Психоэмоциональный и социальный статус больных миомой матки после гистерэктомии: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1999. С. 218.
3. Кулаков В.И. и др. Оперативная гинекология. М., 1990. С. 463.
4. Devesa S.S. // Seminars in Oncology Nursing. 1995, May. 11 (2). P. 78–87.
5. Hagen B. et al. // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 2000, Dec. Vol. 79. № 12. P. 1093–1099.
6. Menczer J. et al. // Am. J. of Obstet. and Gynecol. 1995, Sept. Vol. 173. № 3. Part 1. P. 774–779.
7. Поляков В.С., Жумардинов Ж.Ж. // Сов. медицина. 1984. № 3. С. 74–77.
8. Averette H.E. et al. // Cancer. 1995, Sept. Vol. 76. № 6. P. 1096–1104.