

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ МЕРЕЖІ В РАМКАХ МОДЕЛІ «ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИЦИНИ»

На основі аналізу літературних даних та власних досліджень 2894 пацієнтів загальносоматичної мережі м. Києва, науково обґрунтовано необхідність впровадження моделі інтегрованої медицини для надання спеціалізованої допомоги даній категорії пацієнтів в умовах амбулаторної соматичної практики.

Ключові слова: психічні розлади, загальносоматична мережа, надання допомоги.

Згідно з висновками ВООЗ (2000), до першочергових завдань щодо покращання психічного здоров'я належить «...забезпечення гідного психосоціального стану людей та наявності комплексних служб по наданню допомоги хворим на хронічні неінфекційні захворювання, які мають проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям» [14].

Проблема виявлення та лікування психічних розладів є актуальною не тільки для сучасної психіатрії, але й загалом для медицини. Проведені під егідою ВООЗ дослідження показали, що психопатологічні розлади в загальномедичній практиці становлять 30—57 %, а у пацієнтів, що одержують яку-небудь медичну допомогу амбулаторно, тривожно-депресивні розлади (ТДР) виявляються в 65 % випадків [1, 2, 4].

Світові дослідження доказової медицини, засновані на даних клінічної епідеміології, показали диференційовані рівні поширеності ТДР в різних субпопуляціях пацієнтів. Якщо підсумувати різні результати з 25 епідеміологічних робіт за останні 10 років, опубліковані в англо-американських і західноєвропейських журналах, то картина виглядає таким чином: на 30 хворих, що звернулися до лікарів загальносоматичного профілю, припадає на день 2—3 пацієнта з «великою» депресією і 7—8 — з депресивними та/або тривожними симптомами; 10—12 % постійних відвідувачів поліклініки є депресивними та/або тривожними пацієнтами; 24—46 % стаціонарних хворих з соматичною патологією мають ТДР; 3—4 % у загальній популяції людей похилого віку старших за 65 років страждають на ТДР і у 15 % відзначаються тривожно-депресивні симптоми; 40—65 % хворих у постінфарктний період мають депресивні симптоми і в 18—25 % випадків у таких пацієнтів реєструється великий депресивний епізод; 18—20 % хворих при ангіографічно верифікованій коронарній хворобі, а також 60 % хворих після порушення мозкового кровообігу через 6 місяців хворіють на ТДР; 13 % онкологічних хворих відповідає критеріям «великої» депресії, а 47 % має її явні клінічні ознаки; 40 % з хворобою Паркінсона і 33 % з хворобою Альцгеймера страждають на уніполярну депресію [3, 5, 8, 11].

Таким чином, на сьогодні в світі спостерігається стійка тенденція поширення психічних розладів серед пацієнтів загальносоматичної практики, що обумовлене як збільшенням розповсюдженості психічної патології, так і удосконаленням її діагностики.

Своєчасність виявлення психопатології визначає ефективність надання спеціалізованої психіатричної, а також комплексної сомато-психіатричної допомоги

пацієнтам загальносоматичних поліклінік. Одним із завдань фахівців соматичних лікувально-консультативних установ є максимально раннє виявлення наявності у осіб психічної патології та направлення їх на консультацію до психіатра. Роботу з виявлення супутньої психіатричної патології для спеціаліста-соматика (лікаря-інтерніста) необхідно вести паралельно із обстеженням та лікуванням основного (соматичного) захворювання. Проте, одним із основних принципів повинна бути теза про те, що прерогатива встановлення психіатричного діагнозу належить лікарю-психіатру. Виходячи із даної тези, на основі всебічного вивчення протягом 2003—2010 рр. 2894 пацієнтів Центральної поліклініки Дніпровського району м. Києва, серед яких у 816 осіб діагностовано психічні та поведінкові розлади, що відповідали діагностичним критеріям МКХ-10, нами розроблена та запропонована організаційна модель «інтегрованої медицини» для амбулаторних загальносоматичних установ. Дана модель базується на вирішенні основного завдання у вигляді виявлення лікарем-соматиком супутньої психічної патології при роботі з особами, що мають соматичну патологію. У цьому разі лікарю приділяється важлива роль, яка чітко регламентується таким *алгоритмом* дій (рис. 1).

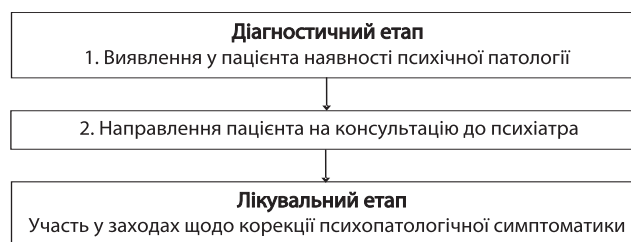


Рис. 1. Алгоритм дій лікаря-інтерніста в роботі із пацієнтами загальносоматичної практики, які мають психічні розлади

Згідно з цим алгоритмом, дії лікаря-інтерніста становлять два послідовних етапи: діагностичний та лікувальний. Кожний із етапів має властиві йому окремі вимоги до лікаря. Так, на діагностичному етапі лікар-соматолог повинен володіти:

- 1) знаннями щодо проявів психічної патології;
- 2) знаннями щодо перебігу та коморбідності соматичної та психіатричної патології;
- 3) інструментами ранньої діагностики психічних розладів.

У свою чергу, лікувальний етап із участю лікаря-соматолога у заходах, спрямованих на корекцію психопатологічної симптоматики, в обов'язковому порядку передбачає володіння знаннями щодо:

- 1) психофармакотропної дії сучасних препаратів, які використовуються у лікуванні психічних розладів;
- 2) взаємозв'язку між різними групами психофармакопрепаратів та медичних лікарських препаратів, які використовують у соматичній практиці, а також в організаційній площині — встановлення та дотримання міцного зв'язку із лікарем-психіатром, якій

проводить лікування психічної патології соматичного хворого.

З урахуванням наведеного алгоритму, за результатами власних досліджень, нами розроблено та впроваджено у клінічну практику опитувальник для роботи лікарів загальносоматичної практики з пацієнтами загальносоматичних амбулаторних підрозділів, орієнтований на виявлення розладів, насамперед:

- афективної сфери;
- залежностей від психоактивних речовин;
- тілесних сенсацій;
- розладів сприйняття.

Відповіді у цьому опитувальнику (див. таблицю) дозволяють виявити наявність на момент обстеження патологічної симптоматики (позитивна відповідь на

питання), її відсутність (відповідь «ні»), або наявність симптоматики в окремі періоди життя пацієнта, а також її невиразність (відповідь «іноді»). У опитувальнику перелік питань був підібраний на підставі оцінювання міцності кореляційних взаємозв'язків із їх діагностичною властивістю. Таким чином, позитивна відповідь навіть на одне з питань свідчить про наявність проблем у психічній сфері, що надалі уточнювалася шляхом поглибленої клінічної бесіди або заповнення уніфікованих патопсихологічних опитувальників. Як самостійний інструмент для констатації або виключення психіатричних патологій, опитувальник використовувати не можна, він лише відіграє роль скринінг-інструментарію для подальшого, у разі наявних на те підстав, докладного клінічного психіатричного обстеження.

Опитувальник виявлення наявності психіатричної патології серед пацієнтів загальносоматичної амбулаторної мережі

№	Запитання
1.	Чи оцінюєте Ви стан Вашого настрою як істотно знижений?
2.	Чи турбує Вас безпричинна туга або тривога?
3.	Чи є у Вас невмотивовані страхи?
4.	Чи викликає частота та кількість вживаного Вами алкоголю проблеми зі станом Вашого здоров'я, з оточуючими Вас людьми, на роботі?
5.	Чи вживаєте Ви які-небудь наркотичні засоби?
6.	Чи вважаєте Ви, що Ваш сон порушений і вимагає корекції?
7.	Чи є у Вас які-небудь неприємні тяжкі відчуття в тілі, які не пояснюються станом Вашого соматичного здоров'я?
8.	Чи турбує Вас останнім часом стан Вашої пам'яті або уваги?
9.	Чи дратують Вас оточуючі в такій мірі, що Вам нікого не хочеться ні бачити, ні чути?
10.	Чи турбують Вас які-небудь звуки або голоси?
11.	Чи переслідує Вас відчуття загрози Вашому здоров'ю або життю внаслідок яких-небудь навмисних дій недоброзичливців?
12.	Чи бувають у Вас якісь особливі стани психіки, які заважають сприйняттю навколишнього та змінюють Вашу поведінку?
13.	Чи стали Ви гірше розуміти прочитане або те, що відбувається з Вами та навколо Вас?
14.	Чи змінилася Ваша працездатність внаслідок змін у Вашому настрої або мисленні?
15.	Чи буває так, що Ви непритомнієте?
16.	Чи оцінюють оточуючі оригінальність Вашої поведінки або висловлень як вигадливі, дивні, чудакуваті?
17.	Чи хочеться Вам зробити щось таке, що лякає Вас самих?
18.	Чи є у Вас почуття дискомфорту, важкості на душі?
19.	Чи є у Вас неприємні відчуття в тілі, які важко описати або незрозумілі оточуючим?
20.	Чи стали Ви гірше міркувати в силу яких-небудь причин?
21.	Чи прокидаєтеся Ви вночі від почуття тривоги або майбутньої катастрофи?
22.	Чи характерний для Вас стан паніки?
23.	Розчарування в житті, песимізм — Ваш звичайний стан в останній період життя?
24.	Чи заважають Вашій кмітливості надлишок думок або порожнеча в голові?
25.	Чи є загальмованість або труднощі зосередження наслідком Вашого безсоння?

Наступним важливим компонентом при обґрунтуванні необхідності надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам первинної медичної мережі є відповідність її надання законодавчо-інструктивної бази України.

Так, важливим у роботі лікарів-інтерністів з пацієнтами із супутньою психічною патологією є застосування у роботі Закону України «Про психіатричну допомогу», що регламентує, зокрема, особливості взаємодії лікаря із психіатричними пацієнтами. Так, за результатами власних досліджень — анкетування 30 лікарів-соматиків

різного профілю (терапевти, невропатологи, кардіологи, гастроентерологи, хірурги, окулісти, урологи, ендокринологи) виявлено, що в цілому спеціалісти мають недостатньо знань щодо Закону «Про психіатричну допомогу». Переважною відповіддю (більше 90,0 % фахівців) було: «Закон дотримує інтереси пацієнтів в плані конфіденційності та дуже суворий до його порушників». На практиці такий рівень законодавчої підготовленості про особливості взаємодії із психіатричними пацієнтами приводив до уникнення лікарями-соматиками

вирішення питань про наявність у пацієнтів проблем психіатричного плану. Так, при підозрі на наявність психіатричної патології у пацієнта загальносоматичної поліклініки, більшість (до 85,0 %) лікарів загальної практики не запитували пацієнтів про скарги психічного порядку і не цікавилися про перебування пацієнта на обліку у лікаря-психіатра ($p < 0,01$). Ці запитання фахівцями інтерпретувалися як такі, що ущемляють права пацієнта та здатні привести до адміністративної відповідальності за їхнє порушення ($p < 0,01$).

За результатами опитування встановлено, що 36,6 % від загального числа лікарів-соматиків не цікавив факт наявності у пацієнта психічної патології, або його перебування на обліку в психіатрів ($p < 0,01$). Цю категорію лікарів склали лікарі хірургічного профілю, що, наприклад, можна пояснити гостротою хірургічної патології і деякою дистанцією між хірургічною та психіатричною дисциплінами. Основну більшість серед фахівців склали кардіологи — 68,2 % ($p < 0,01$). Фактом ігнорування важливої інформації про наявність супутньої психіатричної патології в їх пацієнтів у фахівців кардіологічного профілю було твердження, що, згідно з кваліфікаційними вимогами, які пред'являються до лікарів кардіологів, вони повинні надавати медичну допомогу лише в рамках власної вузькопрофесійної спеціалізації. У свою чергу, було виявлено, що навіть усі спеціалісти кардіологічного профілю вважали, що надання психіатричної допомоги пацієнтам є, відповідно, обов'язком лікарів-психіатрів, а в рамках поліклінік — терапевтів. Даний виявлений факт свідчить про низький психоосвітній рівень лікарів різних соматичних дисциплін та власно осіб із психічними розладами та їхнього мікрооточення.

Враховуючи вищевикладені результати досліджень у рамках розробки організаційних заходів, ми, крім завдань раннього виявлення осіб з різною супутньою патологією в загальносоматичній амбулаторній мережі, при денному психіатричному стаціонарі у поліклініці проводили впровадження заходів із роз'яснювальної роботи, а саме **принципів надання допомоги**:

— володіння інформацією — надання організаційно-методичної інформації в рамках надання комплексної допомоги даному контингенту пацієнтів;

— добровільності — зазначення у роботі з пацієнтами необхідності дотримування добровільності в одержанні ними (за показниками) спеціалізованої психіатричної допомоги (обговорення випадків, коли була необхідна спеціалізована психіатрична допомога всупереч волі пацієнта, що, однак, у наших спостереженнях не спостерігалось).

— анонімності (конфіденційності) — якій забезпечував формування довірливих взаємин з пацієнтами та декларував повне дотримання їх інтересів. Хворим роз'яснювалося, що клініко-біографічна інформація буде використовуватися тільки в рамках надання психіатричної допомоги, і виключена найменша можливість того, що ця інформація стане надбанням широких непсихіатричних кіл, у тому числі і лікарів-соматиків.

— системності участі у заходах;

— етапності у вирішенні психічних проблем;

— позитивної спрямованості заходів та включення до них інших значимих осіб;

— формування психотерапевтичного середовища;

— диференційованого підходу до проблем у психічній сфері;

— безперервної участі пацієнта та за, необхідністю, родини.

За результатами власних досліджень нами сформульовані **умови психоосвітньої роботи** з лікарями-соматиками, які ґрунтувались на загальних принципах роботи з пацієнтами психіатричного профілю, а саме:

1. Основою роботи є принцип обов'язкового застосування інформованої згоди. Так, на кожному етапі взаємодії з пацієнтами їм докладно пояснювали наміри, цілі та порядок всіх дій, а також отримувалась з їх боку згода на ці дії. Обов'язково враховували позицію задоволення інтересів пацієнтів. Така позиція сприяла взаєморозумінню, зближенню позицій, а також знижувала напруження у лікарів-соматиків. З урахуванням дотримання цих вимог, між пацієнтом і лікарем-інтерністом виникали партнерські відносини, які сприяли динамічному та конструктивному вирішенню всіх питань.

2. Командний принцип роботи є вкрай важливим задля формування між психіатрами та лікарями-соматиками єдиної поліпрофесійної команди, що має одну мету. Треба зазначити, що за результатами власних досліджень виявлено, що лікарі-психіатри не в змозі (враховуючи часове обмеження прийому) надати усім пацієнтам загальносоматичної мережі необхідну спеціалізовану психіатричну допомогу. У цьому разі необхідним є залучення інших спеціалістів — лікарів-соматиків, повноваження яких повинне полягати в такому:

— націленості на виявлення психічної патології;

— підключенні до лікувального процесу психіатрів;

— дотримання командної взаємодії, а також здійснення фармакотерапевтичних заходів під контролем психічного стану пацієнта лікарем-психіатром.

Таким чином, робота психіатричного денного стаціонару в загальносоматичній мережі в цілому відповідає вимогам до раннього виявлення хвороб, у тому числі і психічних, які були запропоновані J. Wilson, G. Junger, 1968 [13].

Даний підхід, схвалений ВООЗ, передбачає виконання таких вимог (вимоги вдосконалено за результатами власних досліджень):

• захворювання, що виявляється, повинне мати велику медико-соціальну значимість;

• потрібно мати можливість діагностики латентної стадії хвороби;

• дослідження повинне бути прийнятним для населення;

• виявлення хворих необхідно зробити безперервним, а не епізодичним;

• повинна існувати можливість лікування виявленої хвороби.

Таким чином, як бачимо, базовою вимогою моделі «інтегрованої» допомоги є питання своєчасного виявлення психічного захворювання. Дана вимога виконувалася нами за рахунок використання оригінального скринінг-опитувальника, проведення необхідної роз'яснювальної роботи з пацієнтами та освітньої — з лікарями-соматиками.

Наступним етапом в обґрунтуванні необхідності надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам первинної медичної мережі стало дослідження питання організації допомоги психічнохворим у загальносоматичній мережі. Так, за результатами власних досліджень виявлено головні проблеми, які запобігають

поширеності надання пацієнтам якісної психіатричної допомоги, а саме:

1. Головним фактором зниження негативного ставлення пацієнтів і суспільства до психіатрії, а також підвищення ефективності спеціалізованої допомоги соматичним пацієнтам із психічними розладами є створення розгалуженої мережі спеціалізованої психіатричної допомоги за межами традиційної психіатричної служби.

2. Крім мотиву «стигматизованості психіатрії» і недостатньої інформованості населення про сучасні форми та методи надання спеціалізованої психіатричної допомоги, вагомим негативним чинником є недостатність рівня організації допомоги даній групі хворих.

3. Серед клінічних факторів необхідно враховувати преморбідні особистісні характеристики пацієнтів, а також клініко-психопатологічні особливості та перебіг сучасних форм психічних захворювань.

4. На теперішній час недовивченим є питання коморбідності — структуризації психічних розладів у пацієнтів загальносоматичної мережі із психічним розладом, що виник вперше;

5. Виявлення психічної симптоматики лікарями-соматиками.

Задля вдосконалення діагностичного процесу та, власне, надання якісного медикаментозного лікування психічної патології лікарями-інтерністами необхідно:

— провести навчання інтерністів основам діагностики, насамперед, невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, розладів афективного спектра;

— провести навчання інтерністів щодо застосування адекватних методів корекції психічнотравмуючої ситуації;

— розробити та навчити використовувати у своїй практичній діяльності лікарів бліц-тести щодо раннього розпізнавання психічної патології;

— створити мережу спеціалізованих психоневрологічних кабінетів у поліклініках загального профілю (альтернативний підхід). Даний підхід збігається із думкою прихильників деінституалізації психіатрії, у рамках якої, крім економічних переваг, даний підхід дозволить змінити формалізовані взаємовідносини «лікар — пацієнт» на більш динамічні та ефективні.

За результатами дослідження встановлені організаційно-методичні особливості надання медичної допомоги особам із психічними розладами в умовах загальносоматичної поліклініки, до яких віднесено:

— низка звертаємість пацієнтів з психічними розладами із числа користувачів загальносоматичної допомоги до лікарів-психіатрів;

— в багатьох випадках — «ненаправлення» лікарями-соматиками пацієнтів з явною психічною патологією до лікарів-психіатрів;

— неотримання у переважній більшості випадків пацієнтами загальносоматичної мережі із супутньою психічною патологією спеціалізованої психіатричної допомоги;

— відсутність у лікарів-інтерністів знань щодо правових аспектів взаємодії з особами із психічними розладами;

— неволодіння лікарями загальної практики методами виявлення та терапії психічних розладів;

— стигматизація лікарями-соматиками надання якісної психіатричної допомоги шляхом уникнення обговорення питань щодо психічного здоров'я із пацієнтами та необхідності їх лікування у психіатрів;

— підтримка лікарями-соматиками активності із боку психіатрів стосовно співробітництва в спільному веденні пацієнтів, що, поряд з відсутністю організаційно-методологічного розуміння в веденні осіб з супутніми психічними розладами, свідчило не про конфронтаційне ставлення з їх боку, а про недостатній психоосвітній рівень;

— вагомий вплив економічного чинника серед проблем організації ефективної допомоги особам, які мають психічні розлади в амбулаторній загальносоматичній мережі — низьке фінансування служби. Ця проблема є актуальною з урахуванням того, що найбільш ефективними препаратами в лікуванні пацієнтів амбулаторної групи є препарати останнього покоління антипсихотиків та антидепресантів, вартість яких в кілька десятків разів перевищує вартість традиційних препаратів.

Таким чином, за результатами аналізу літературних джерел та власних досліджень виявлено, що сучасний етап розвитку охорони здоров'я потребує впровадження в практику нових організаційних технологій, а зміни в концептуальних підходах передбачають зміни в організації надання спеціалізованої допомоги. Тому, на підставі отриманих результатів дослідження, розроблена та впроваджена в м. Києві концепція базування денного психосоматичного стаціонару в умовах амбулаторної багатопрофільної загальносоматичної поліклініки. У такому виді, як це здійснено в м. Києві (організація взаємодії з лікарями-інтерністами, виявлення пацієнтів із психічними розладами, проведення з ними організаційно-правової роботи, надання комплексної психофармако- та психотерапевтичної допомоги), даний денний стаціонар є інноваційним. Ефективність практичного впровадження концепції обумовлює доцільність запровадження цього досвіду у загальносоматичних поліклініках та психосоматичних денних стаціонарів. Алгоритм виявлення пацієнтів та організації спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам в амбулаторній загальносоматичній мережі наведено на рис. 2.

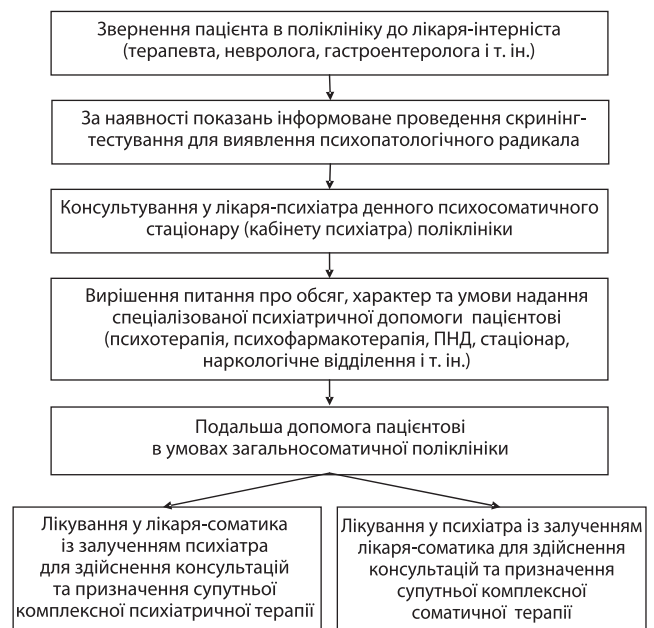


Рис. 2. Алгоритм виявлення та надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам амбулаторної загальносоматичної мережі

Виходячи із цього алгоритму, у рамках запропонованої концепції денні стаціонари є не лише організаційно-методичними психіатричними центрами з надання спеціалізованої психіатричної допомоги в амбулаторних загальносоматичних підрозділах, але й збільшують кількість звернень населення безпосередньо до психіатрів, а також підвищують ефективність надання допомоги особам з різними супутніми психічними та соматичними розладами.

За оцінюванням результативності впровадження концепції на базі денного психосоматичного стаціонару в умовах амбулаторної багатoproфільної загальносоматичної поліклініки, нами надано аналіз чинників, які знижують її практичну ефективність. До таких чинників віднесені помилки лікарів не лише у власній практичній діяльності, але й у власному розумінні філософії надання допомоги, а саме:

1. В основі великої кількості помилок, що їх припускають лікарі загального профілю, полягає неготовність лікарів до адекватної міжособистісної взаємодії з пацієнтами, клінічний стан яких визначається порушеннями поведінки та психосоціального функціонування.

2. Лікарі-інтерністи зазвичай надають надмірне значення соматичним симптомам і ознакам вегетативних дисфункцій, наявним у пацієнтів. При цьому не приділяють належної уваги загальному психофізіологічному стану хворого, його поведінці та характеру емоційного реагування; також спостерігається недооцінка значимості стресових подій та особливостей мікросоціального оточення.

3. Серед інших причин неготовності лікарів загального профілю до лікування психічних розладів, які найчастіше спостерігаються в реальній клінічній практиці, є посилання на необхідність знання класифікації психічних розладів, уміння правильно їх кваліфікувати та диференціювати, для чого необхідно мати відповідний досвід і навички збору анамнезу, а також активного виявлення відповідних симптомів.

4. Низький рівень знань щодо оцінки ефективності дії психофармакологічних препаратів, зокрема, для диференціації негативного плацебо-ефекту від побічних дій препаратів. Цей виявлений чинник щодо неготовності лікарів загальної практики до проведення активних психокорекційних та психопрофілактичних заходів є загальносвітовою проблемою [6]. Так, у лікарів найчастіше відсутнє розуміння складної природи психічних розладів, їхньої динаміки та природи коморбідності. Наслідком цього є механістичне (або навпаки, міфологізоване) розуміння етіопатогенезу психічних розладів і механізмів терапевтичного ефекту [12].

Узагальнюючи вищевикладені результати досліджень щодо обґрунтування необхідності надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам первинної медичної мережі, необхідно зазначити таке:

— по-перше, впровадження в практику роботи лікувально-профілактичних установ розроблених та запропонованих принципів «інтегрованої медицини» передбачає організацію освітньої програми, у першу чергу для лікарських кадрів;

— по-друге, питання діагностики та лікування хворих із психічними розладами в загальносоматичній мережі на сьогоднішній день є складною проблемою, яка вимагає підвищення кваліфікації не тільки лікарів

загальносоматичних спеціальностей, але й психіатрів (останні, як правило, краще володіють методами «традиційної» психіатрії, ніж підходами, адекватними для соматичної та психосоматичної медицини);

— по-третє, центральним компонентом навчання лікарів загального профілю має бути [7, 9, 10]:

а) оволодіння практичними методами розпізнавання психопатологічних станів, що найчастіше спостерігаються (депресії, патологічної тривоги);

б) вивчення основних принципів та режимів психофармакотерапії, у першу чергу, при лікуванні антидепресантами та протитривожними засобами;

в) формування навичок адекватної комунікації із хворими;

— в-четвертих, невід'ємною складовою є психоосвіта пацієнтів та їхнього мікросоціального оточення. Так, хворі повинні бути проінформовані про наявність у них психоневрологічного розладу, про шляхи його подолання, про необхідність чітко відстежувати динаміку власного психоемоційного стану та за необхідністю вдаватися до допомоги психіатрів;

— в-п'ятих, роботу щодо практичного впровадження запропонованої концепції необхідно здійснювати у двох напрямках; обов'язковим для обох навчальних програм є розгляд принципів і організаційних моделей «інтегрованої медицини», а саме:

а) програма підвищення кваліфікації лікарів-психіатрів в області клініки, терапії та епідеміології психосоматичних та інших соматизованих психічних розладів непсихотичного рівня;

б) освітня програма для лікарів-соматологів (в першу чергу, для невропатологів та терапевтів) з основами загальних психіатричних знань та конкретних відомостей про діагностику і терапію психічних порушень, розповсюдження серед пацієнтів загальномедичних установ.

Підбиваючи підсумки вищевикладеному, можна стверджувати таке.

За результатами досліджень щодо обґрунтування необхідності надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам первинної медичної мережі на базі денного психосоматичного стаціонару в умовах амбулаторної багатoproфільної загальносоматичної поліклініки розроблено: а) алгоритм дій лікаря-соматолога у роботі із особами, які мають психічні розлади; б) алгоритм виявлення та надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам амбулаторної загальносоматичної мережі; в) скринінг-опитувальник для виявлення наявності психіатричної патології у пацієнтів загальносоматичної амбулаторної мережі.

Також запропоновано принципи надання медичної допомоги, до яких віднесено: володіння інформацією; добровільність; анонімність (конфіденційність); системність; етапність; спрямованість; диференційований підхід та безперервність.

Виявлено, що впровадження у роботу лікувально-профілактичних установ розроблених та запропонованих заходів передбачає розробку освітньої програми для лікарських кадрів за такою тематикою: а) методи розпізнавання психопатологічних станів (депресії, патологічної тривоги), б) вивчення основних принципів та режимів психофармакотерапії; в) формування навичок адекватної комунікації із хворими; г) психоосвіта мікросоціального оточення пацієнтів.

Список літератури

1. Чабан, О. С. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому X): методичні рекомендації / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко. — Київ, 2009. — 40 с.
2. Марута, Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.
3. Маркова, М. В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» — на арену общемедицинской практики / М. В. Маркова // Medix. AntiAging. — 2009. — № 5 (11). — С. 18—22.
4. Мішиєв, В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. — Львів: Вид-во Мс, 2004. — 208 с.
5. Aiarzaguena, J. M. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms / J. M. Aiarzaguena, G. Grandes, I. Gaminde // Psychol. Medicine. — 2007. — Vol. 37. — P. 283—294.
6. Discontinuation of Use and Switching of Antidepressants. Influence of Patient — Physician Communication / [S. A. Bull, X. H. Hu, E. M. Hunkeler et al.] // JAMA. — 2002. — Vol. 288, № 11. — P. 1403 — 1409.
7. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial / [L. Fallowfield, V. Jenkins, V. Farewell et al.] // Lancet. — 2002. — Vol. 359. — P. 650—656.
8. Guthrie, E. Симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения, у пациентов служб первичного звена медицинской помощи / E. Guthrie // Новости медицины и фармации. — 2010. — № 315. — С. 32 — 39.
9. Jenkins, V. Can Communication Skills Training Alter Physicians' Beliefs and Behavior in Clinics? / V. Jenkins, L. Fallowfield // J. of Clinical Oncology. — 2002. — Vol. 20 (3). — P. 765—769.
10. Jenkins, V. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres / V. Jenkins, L. Fallowfield, J. Saul // British Journal of Cancer. — 2001. — Vol. 84 (1). — P. 48—51.
11. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study / [N. Kadan-Lottick, L. Vanderwerker, S. Block et al.] // Cancer. — 2005. — Vol. 104 (12). — P. 2872—2881.
12. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus / [N. C. Andeasen, W. T. Jr Carpenter, J. M. Kane et al.] // Am. J. Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — P. 441—449.
13. Wilson, J. M. G. Principles and practice of screening for disease / J. M. G. Wilson, G. Junger. — Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1968. — 163 p.
14. World Health Organization. Choosing interventions: effectiveness, quality, costs, gender and ethics (EQC). Global programme on evidence for health policy (GPE). — Geneva: WHO, 2000.

Надійшла до редакції 17.09.2010 р.

В. А. Демченко

Городская психоневрологическая больница № 2 г. Киева

Обоснование необходимости оказания специализированной психиатрической помощи пациентам первичной медицинской сети в рамках модели «интегрированной медицины»

На основе анализа литературных данных и собственных исследований 2894 пациентов общесоматической сети г. Киева научно обоснована необходимость внедрения модели интегрированной медицины для оказания специализированной помощи данной категории пациентов в условиях амбулаторной соматической практики.

Ключевые слова: психические расстройства, общесоматическая сеть, оказание помощи.

V. Demchenko

City psychoneurological hospital № 2 (Kyiv)

Rationale for the provision specialized psychiatric care patients of primary health network in the models "integrated medicine"

Based on an analysis of published data and our own investigations in 2894 patients somatic network Kiev, scientifically substantiated the need for an integrated model of medicine to provide specialized assistance to this category of patients in outpatient somatic practices.

Key words: mental disorders, somatic network assistance.