

Наркологические расстройства у больных многопрофильной соматической больницы

ПРОКУДИН В.Н.

к.м.н., доцент каф. психиатрии с курсом клинич. психофармакологии и психосоматики ФУВ РГМУ

МУЗЫЧЕНКО А.П.

д.м.н., профессор, зав. каф. психиатрии с курсом клинич. психофармакологии и психосоматики ФУВ РГМУ

ХУНДАНОВ Л.Л.

член-корр. РАМН, д.б.н., гл. науч. сотрудник ГосНИИ ФТП

Рассматриваются вопросы организации медицинской помощи пациентам многопрофильного соматического стационара. Показано, что у 12,5% больных с коморбидными психическими расстройствами выявляются нарушения, требующие проведения специального наркологического лечения.

По данным авторов, помощь специалистов пациентам наркологического профиля оказывается более эффективной в условиях соматического стационара. Острая наркологическая патология была успешно купирована у 100% пациентов. Обосновываются преимущества использованной модели лечения.

Общеизвестно широкое распространение злоупотребления алкоголем, алкоголизма и наркоманий в нашей стране, особенно в последние годы [2]. Этому способствует целый ряд факторов, таких, как экономический кризис, нестабильность социальной и экономической ситуации, изменения в системе личностных ценностей [6–8]. Среди контингента больных многопрофильных соматических больниц все чаще в последнее время встречаются лица, злоупотребляющие психоактивными веществами (ПАВ), страдающие алкоголизмом и наркоманией. На фоне внезапного прекращения приема ПАВ, связанного с фактом госпитализации, у них, как правило, развивается синдром отмены, нередко сопровождающийся делирием. Сопутствующие расстройства наркологического профиля у соматических больных принято расценивать как коморбидные.

Организация наиболее адекватной, рациональной, специализированной наркологической помощи в условиях многопрофильного соматического стационара представляется достаточно сложной как в теоретическом, так и в практическом плане. В клинической практике в этих случаях нередко возникает опасность несвоевременного выявления психических нарушений у наркологических больных, увеличения числа запущенных в отношении диагностики и лечения случаев. Несомненно, что такую помощь должен оказывать только специалист: врач-нарколог (или врач-психиатр, имеющий опыт работы с наркологическими больными).

О сложностях организации специализированной психиатрической помощи больным многопрофильного соматического стационара с коморбидными психосоматическими расстройствами достаточно подробно изложено в работе [10]; приведенные данные в определенной степени можно экстраполировать и на наркологических больных.

Затруднения в организации помощи наркологическим больным усугубляются ограниченностью информационных и профессиональных контактов между врачами многопрофильных соматических и наркологических больниц и диспансеров. Такое положение объясняется прежде всего неподготовленностью самой наркологической службы к интеграции с общесоматической медициной.

Организационные проблемы оказания специализированной медицинской помощи наркологическим больным связаны также с упорным нежеланием этих пациентов обращаться в наркологические учреждения из-за опасений, что констатация у них наркологической патологии повлечет за собой социальные ограничения.

Далеко не все модели организации наркологической помощи в общемедицинской сети оказываются действен-

ными при их применении у соматических больных с наркологическими расстройствами. Так, например, работа в условиях модели “замещения”, предусматривающая замену врача общей практики наркологом (психиатром) при лечении больных, обнаруживающих наркологическую симптоматику, приведет не только к снижению роли врача-интерниста, но и к значительному повышению потребности в специалистах-наркологах (психиатрах). Также несостоятельной оказывается и модель “увеличенного пропуска”, предполагающая ведущую роль врача-интерниста в медицинском обслуживании соматических больных любого профиля, в том числе с коморбидными расстройствами наркологического профиля. В условиях этой модели врач-интернист направляет на консультацию к наркологу (психиатру) как можно большее число пациентов с подозрением на наркологическую патологию. Очевидно, что с учетом высокой распространенности наркологической патологии осуществление вышеуказанных рекомендаций также приведет лишь к неоправданно завышенной потребности здравоохранения в специалистах наркологической (психиатрической) службы.

Предпочтительной оказывается модель “взаимодействия — прикрепления” [11–13], в соответствии с которой нарколог (психиатр) выступает как консультант (ведет прием и лечение наркологических больных с психическими расстройствами в общемедицинском учреждении) и обсуждает с врачом-интернистом тактику лечения наркологических (психических) расстройств. В дальнейшем лечение может проводить и врач общей практики. В соответствии с этой моделью нарколог (психиатр) обязан способствовать повышению квалификации медицинского персонала в области диагностики и терапии наркологической патологии, поддерживать постоянное сотрудничество со специалистами, работающими в общемедицинской сети. Очевидно, что такая модель позволяет преодолеть недостаточную осведомленность врачей-интернистов в области наркологии, а также существенно снизить потребности здравоохранения в узких специалистах наркологического профиля.

В нашей стране рассматриваемая модель “взаимодействия — прикрепления” по отношению к психосоматическим расстройствам стала применяться в конце 70-х годов [5] и в настоящее время используется при организации психиатрических и психотерапевтических кабинетов в амбулаторных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) общемедицинской сети. При этом создаются благоприятные условия для выявления и лечения психосоматических расстройств [4, 9], поскольку обеспечивается тесное взаимодействие и преемственность между общеме-

дицинской и психиатрическими службами, повышение квалификации врачей ЛПУ в области диагностики и терапии рассматриваемых психопатологических состояний.

Однако иначе обстоит дело в многопрофильных больницах. Лишь в некоторых городах России в составе соматических стационаров функционируют соматопсихиатрические (психосоматические) отделения. Контингент соматопсихиатрических отделений, как правило, представлен больными — “микстами” (сочетание тяжелой соматической и психической патологии), которым в связи с недостаточным количеством коек обеспечивается в основном ургентная помощь.

В общесоматических стационарах ограничен также объем консультативной психиатрической помощи, которая оказывается лишь 2 % пациентов стационара; в их числе, как правило, лица с психотическими расстройствами либо совершившие суицидальную попытку [10]. Очевидно, что здравоохранение стоит перед необходимостью организации в многопрофильных больницах специальных психиатрических отделений (их можно назвать также психотерапевтическими, психоневрологическими или отделениями функциональной неврологии), которые могут использоваться в первую очередь для оказания помощи больным с ограниченными психосоматическими расстройствами.

Вышеизложенное — о необходимости организации специализированной службы для лечения соматических больных с психосоматическими расстройствами и ее моделей — имеет прямое отношение и к организации модели службы для лечения соматических больных с коморбидной наркологической патологией.

На основании приказа Министерства здравоохранения и медицинской промышленности (МЗМП) РФ от 30.10.95 г. № 294 “О психиатрической и психотерапевтической помощи” в сентябре 1997 г. в ГКБ № 36 было открыто отделение психотерапии. ГКБ № 36 — это известная Московская больница скорой помощи на 1255 коек хирургического, терапевтического и акушерско-гинекологического профиля (бывшая Благушинская). В 2001 г. ей исполнилось 100 лет. Нормативными документами для организации и осуществления психотерапевтической службы послужили также приказы Департамента (ныне — Комитет) здравоохранения г. Москвы от 04.01.96 г. № 8 “О дальнейшем совершенствовании психиатрической и психотерапевтической помощи населению г. Москвы”, и от 07.03.97 г. № 131 “Об итогах работы медицинских учреждений города по оказанию психиатрической и психотерапевтической помощи взрослому населению в 1994—97 гг.”, решение коллегии того же Департамента от 25.07.96 г. “О состоянии психотерапевтической помощи и мерах по ее совершенствованию”.

В ГКБ № 36 и ранее работали психиатры-консультанты в соответствии с приказом МЗ СССР от 08.08.88 г. № 620 “О введении должности психиатра в многопрофильных соматических больницах с коечным фондом свыше 1000 коек”, а также Инструкции от 13.05.93 г. Главного медицинского управления (ныне Комитет здравоохранения) г. Москвы “О порядке осуществления психиатрических консультаций и освидетельствования больных в общесоматических учреждениях и их переводов в психиатрические больницы”.

Во вновь созданном нами отделении психотерапии работают психотерапевты, психиатры, медицинский психолог и медицинские сестры. Повседневная консультативно-лечебная помощь осуществлялась сотрудниками отделения по поступлению срочных и плановых заявок из всех клинических отделений больницы. Из-за отсутствия специалиста-нарколога все пациенты с предполагаемыми наркологическими заболеваниями консультировались этими же специалистами отделения психотерапии.

За прошедшие 3 года работы отделения психотерапевтами и психиатрами было проконсультировано 4685 соматических больных с коморбидными психическими расстройствами, что составляет около 5 % от числа всех госпитализированных пациентов в ГКБ № 36 за этот период, причем у 1360 (29 %) соматических больных с коморбидными психическими расстройствами эти нарушения психики достигали психотического уровня, у 3325 (71 %) — коморбидные психические нарушения ограничились непсихотическими расстройствами.

Среди соматических больных с коморбидными психическими расстройствами у 182 была диагностирована психозерния (ремиссии или соматогенные обострения), у 800 — психозы и/или слабоумие (атеросклеротические или старческие), у 45 — реактивные психозы с аффективными расстройствами, у 67 — умственная отсталость (с неадекватным поведением), у 266 — синдром отмены с делирием.

Среди соматических больных с коморбидными непсихотическими расстройствами у 1433 больных диагностированы неврозы, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, у 1275 — органические, включая симптоматические (соматогенные) психические расстройства, у 151 — аффективные непсихотические расстройства, у 52 — эпилепсия (с дисфориями и другими непсихотическими расстройствами), у 95 — расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, у 178 — алкогольный абстинентный синдром, у 141 — наркотический абстинентный синдром.

Таким образом, среди 4685 соматических больных с коморбидными психическими расстройствами у 585 пациентов (12,5 %) выявлены признаки наркологического заболевания; у 329 эти признаки ограничились расстройствами, укладываемыми в картину абстинентного синдрома непсихотического уровня; у остальных 266 этой подгруппы состояние достигло психотического уровня — синдрома отмены с делирием.

Из этих показателей ясно, что относительная частота психотических расстройств среди соматических больных с наркологическими расстройствами составляет 45,5 %, в то время как среди общей массы соматических больных с коморбидными психическими нарушениями психотические расстройства встречались, как указано выше, только в 29 % случаев, что подчеркивает относительную частоту коморбидной тяжелой наркологической патологии среди соматических больных.

Анализ соматической нозологии у больных с коморбидными психическими расстройствами показал, что разнообразные психические расстройства (от невротических и неврозоподобных, а также психопатических и психопатоподобных до психотических) наиболее часто встречались на фоне или вследствие различной терапевтической (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, бронхиальная астма, различные виды стенокардии, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз), неврологической (посттравматическая энцефалопатия, резидуальные явления перенесенных нарушений мозгового кровообращения с дисциркуляторной энцефалопатией, начальные степени церебрального атеросклероза) или какой-либо другой соматической (хирургической, акушерско-гинекологической) патологии.

Соматические диагнозы у больных с коморбидными наркологическими расстройствами как невротического, так и психотического уровня встречались в основном при тех же заболеваниях, хотя среди них было меньше лиц старше 60 лет, чем в общей группе соматических больных с коморбидными психическими расстройствами, меньше случаев церебрального атеросклероза, нарушений мозгового кровообращения и сенильной деменции. Однако относительно чаще встречались случаи ожогов у больных с коморбидным злоупотреблением алкоголем и алкоголиз-

мом, так как состояние опьянения ухудшает бдительность, реакцию самосохранения, усиливает сонливость, нарушает координацию движений.

Большая часть обследованных соматических больных с признаками наркологической патологии никогда ранее не лечилась у наркологов. Эти лица, оказавшись в ситуации внезапного прекращения привычного частого и чрезмерного употребления алкоголя (из-за госпитализации и пребывания на строгом постельном режиме, в связи, например, с переломами костей конечностей и нахождением на скелетном вытяжении) через 3—5 дней воздержания демонстрировали отчетливые признаки тяжелого синдрома отмены, на фоне которого в ряде случаев в течение ближайшего же вечера или ночи возникал делирий. Больные с вовремя обнаружившимся началом развития абстинентного синдрома осматривались по срочной заявке психиатрами отделения психотерапии и им назначалась соответствующая терапия, купирующая абстинентные явления (феназепам, карбамазепин, пираретам, поливитамины, инъекции реланиума на ночь, капельницы с физраствором и витаминами группы В). В большинстве случаев во время повторных активных консультаций психиатра в течение нескольких следующих дней констатировалась постепенная ликвидация симптомов синдрома отмены, возвращение больного в нормальное психическое состояние. Это позволяло врачам-интернистам продолжать интенсивное лечение соматического заболевания, по поводу которого эти больные были госпитализированы в больницу скорой помощи.

В случае развертывания типичного алкогольного делирия в вечернее или ночное время больной срочно осматривался дежурным врачом-интернистом с последующей консультацией психиатра отделения психотерапии.

Наряду с медикаментозным лечением соматических больных с коморбидными наркологическими расстройствами психиатры и психотерапевты отделения психотерапии с самой первой консультации проводили разъяснительную и рациональную психотерапию, направленную на борьбу с употреблением ПАВ.

Большая часть из соматических больных с наркологическими расстройствами дала добровольное согласие на активно предложенное сотрудниками отделения психотерапии курсовое психотерапевтическое лечение в гипнотарии. Эти больные регулярно, трижды в неделю, участвовали в сеансах групповой психотерапии в сочетании с прослушиванием исцеляющей музыки. В формулу врачебных психотерапевтических внушений обязательно включались психотерапевтические внушения отвращения к ПАВ, установка на трезвость или избавление от наркотиков, на здоровый образ жизни.

В связи с увеличением наркотизации населения г. Москвы в течение 1998—2000 гг. наблюдалось постепенное (из года в год) увеличение количества выявленных лиц с зависимостью от наркотиков среди соматических больных в ГКБ № 36 (в 1998 г. — 29, в 1999 г. — 48, в 2000 г. — 64 больных, а в течение последнего года появились еще наркоманы с ВИЧ-инфекцией). Соматические диагнозы среди этих больных (преобладал молодой возраст) были самыми разнообразными и соответствующими возрасту.

Клинический анализ соматических больных с коморбидными расстройствами наркологического профиля позволил нам выделить среди них две подгруппы: в 1-ю подгруппу вошли больные с явлениями злоупотребления алкоголем или алкоголизмом, во 2-ю подгруппу — больные наркоманиями. Были выявлены некоторые черты сходства и различия между этими двумя подгруппами. В обеих подгруппах преобладали мужчины, женщины составляли примерно четверть от количества мужчин.

В 1-й подгруппе имелись лица всех возрастных групп, причем преобладали больные среднего возраста,

реже — пожилые, нередко потерявшие семью, работу, иногда даже жилье. Большинство из них не имели критического отношения к злоупотреблению алкоголем, ранее не лечились у нарколога и не считали себя больными алкоголизмом. У большинства больных этой подгруппы имелась дополнительная неврологическая (алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике, полиневриты и др.) и соматическая (алкогольные гепатиты и циррозы печени, алкогольные кардиопатии и др.) патология.

Во 2-й подгруппе преобладали лица молодого возраста, которые в течение последних 2—5 лет после периода наркотизации относительно легкими наркотиками (например, курение гашиша) для получения большего наркотического эффекта переходили на внутривенное введение героина. В нескольких случаях мы наблюдали пациентов, употреблявших кустарно приготовленную смесь, содержащую марганец — “мульку”, приводящую к отчетливому нарушению речи. В большинстве случаев лица, злоупотреблявшие наркотиками, имели небольшой стаж наркотизации, не обнаруживали грубой сопутствующей неврологической или терапевтической симптоматики, психопатологические расстройства ограничивались у них психопатоподобными проявлениями, хотя и отчетливо выраженными. Госпитализация большинства лиц 2-й подгруппы была связана со случайными травмами, переломами костей конечностей, ожогами, терапевтическими заболеваниями. Оказавшись в ситуации строгого постельного режима без возможности получить очередную дозу наркотика или другого ПАВ у больных на 2—3-й день после госпитализации начинались явления наркотического синдрома отмены. Факт наркотизации у некоторых больных 2-й подгруппы впервые обнаруживался врачами-интернистами (и родственниками больных) совершенно неожиданно. Ретроспективно родители признавали, что давно замечали изменения в поведении взрослого сына или дочери, но отказывались предположить, что это связано с наркотиками или другими ПАВ. Срочно вызванный на консультацию психиатр отделения психотерапии оценивал психический статус такого больного, выяснял у больного и его родственников анамнестические сведения и назначал адекватную терапию. В отдельных случаях, если проявления синдрома отмены были выраженными и сопровождалась психомоторным возбуждением, агрессией, демонстративно-агрессивными или даже шантажными суицидальными высказываниями, больные переводились в отделение общей реанимации, где имелись условия для интенсивной терапии, вплоть до гемодиализа, а также предусматривалось неотступное активное наблюдение за состоянием и поведением больного со стороны дежурного медицинского персонала. В течение нескольких последующих дней активного лечения этих больных с наркотическим абстинентным синдромом психиатры отделения психотерапии ежедневно их активно консультировали. После ликвидации синдрома отмены больной возвращался в профильное отделение для завершения терапии соматического заболевания, приведшего его в больницу.

В результате адекватного лечения психотропными, дезинтоксигирующими и общеукрепляющими средствами в сочетании с психотерапией психиатры отделения психотерапии получили исключительно хорошие результаты. У всех 178 больных с алкогольным абстинентным синдромом и у всех 141 пациентов с наркотическим абстинентным синдромом в течение 3—7 дней (до 10—12 дней у наркоманов) удалось купировать явления абстиненции, смягчить психопатоподобные расстройства поведения, устранить неврозоподобную симптоматику. Все эти больные получили специализированную нарколо-

гическую (психиатрическую) помощь в наиболее щадящих условиях палат интенсивной терапии или отделения общей реанимации многопрофильного соматического стационара, никого из них не пришлось переводить ни в психиатрическую, ни в наркологическую больницы, ни в соматопсихиатрические отделения какой-либо из московских больниц, где такое отделение развернуто. Сразу же после купирования острых, вызванных потреблением ПАВ расстройств больные продолжили лечение той соматической болезни, по поводу которой они были госпитализированы в ГКБ № 36.

Ежегодно сдавая статистический отчет о проделанной работе за 1998, 1999 и 2000 гг. по государственной статистической форме № 10, заведующий отделением психотерапии сталкивается с одним и тем же обстоятельством, касающимся случаев с расстройствами наркологического профиля. Согласно статистической форме в ней должны быть учтены все возможные психические расстройства, но в заглавной строке в скобках указано: "кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ".

Таким образом, в официальных цифрах, сдаваемых отделением психотерапии в органы государственной медицинской статистики ежегодно, 12,5 % проконсультированных и пролеченных соматических больных с коморбидными наркологическими заболеваниями (из них 45,5%, или 5,7% от общего количества соматических больных с коморбидными психотическими расстройствами — алкогольными делириями) нигде, к сожалению, не учитываются. По-видимому, такое несоответствие реальному положению должно быть обсуждено со специалистами по медицинской статистике и исправлено. Тем более, что анализ работы отделения психотерапии по оказанию консультативно-лечебной помощи соматическим больным с сопутствующими наркологическими заболеваниями показал, что за 3 года таких пациентов оказалось 12,5% от всех проконсультированных и пролеченных пациентов соматического стационара. Среди этих 585 соматических больных с наркологическими патологиями у 179 диагностирован алкоголизм, у 141 — наркомания, у 266 (то есть, в 45,5 % случаев из всех наркологических расстройств) — алкогольные делирии. Если по последним данным отечественных авторов консультативная психиатрическая помощь оказывается лишь 2 % пациентов многопрофильной соматической больницы (как правило, больным с психотическими расстройствами либо совершившими суицидальную попытку), то, по нашим данным, консультативная психиатрическая помощь была оказана психиатрами и психотерапевтами отделения психотерапии 5 % пациентов от общего количества госпитализированных больных в ГКБ № 36 (и включала широкий круг больных с невротическими, неврозоподобными, соматоформными, психосоматическими — в широком смысле этого термина — расстройствами). Наличие в штате многопрофильной соматической больницы психиатров-консультантов в составе отделения психотерапии позволяет обеспечить правильную и своевременную диагностику

разнообразных коморбидных психопатологических расстройств, в том числе и наркологического профиля (злоупотребления алкоголем, алкоголизма, наркоманий и алкогольных делириев), их специализированное лечение, включая психотерапию, приведшее к 100 %-ному купированию алкогольных делириев и алкогольной или наркотической абстиненции. Несомненно, такая высокая результативность терапии коморбидных расстройств наркологического профиля, даже самых тяжелых, обусловлена тем, что в отличие от ситуации в рядовой психиатрической или наркологической больнице, наши пациенты получали одновременно с квалифицированной психиатрической (наркологической) помощью лечение различными специалистами, врачами-интернистами в хорошо оборудованных, специализированных отделениях многопрофильного соматического стационара. Это высокоэффективное лечение было проведено без переводов соматических больных с коморбидными расстройствами наркологического профиля в наркологическую, психиатрическую больницу или в соматопсихиатрические отделения других больниц. Все это способствует повышению качества лечебной помощи и качества жизни соматических больных с коморбидными психопатологическими расстройствами, включая наркологические.

Список литературы

1. Гофман А.Г., Музыченко А.П., Энтин Г.М., Крылов Е.Н., Денева Н.Р., Граженский А.В. Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий. — М., 1999.
2. Козлов А.А., Рохлина М.Л. // Журн. неврол. и психиат. — 2001. — Т. 101, № 5. — С. 16—20.
3. Козлов А.А., Рохлина М.Л. // Журн. неврол. и психиат. — 2000. — Т. 100, № 7. — С. 23—27.
4. Козырев В.Н. // Соц. клин. психатр. — 1997. — №. 1. — С. 116—118, 4—16.
5. Козырев В.Н., Смулевич А.Б. // Журн. невропат. и психиат. — 1982. — Т. 82, № 8. — С. 1178—1183
6. Кошкина Е.А. Методы изучения потребления психоактивных веществ среди различных групп населения: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М. 1997.
7. Кошкина Е.А., Шамота А.З., Вышинский К.В. // Вопр. наркол. — 1997. — № 4. — С. 64—67.
8. Курек Н.С. // Журн. неврол. и психиат. — 1991. — Т. 91, № 2. — С. 64—67.
9. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. Депрессии у соматических больных. — М., 1998.
10. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н., Дробинцев М.Ю., Иванов С.В., Зеленина Е.В., Краева И.К., Кубраков М.А., Бевз И.А., Добровольский А.В. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи). // Журн. неврол. и психиат. — 1999. — Т. 99, № 4. — С. 4—16.
11. Shepherd M., Cooper D., Brown A.C., Kalton G. Psychiatric illness in general practice. — London, 1942.
12. Strathdee G., Williams P. Mental illness in primary care setting. — London, 1986. — P. 141—155.
13. Tyrer P., Ferguson B., Wadsworth J. // Acta Psychiat. Scand. — 1990. — № 81. — P. 359—363.

NARCOLOGY PROFILE DISORDERS AMONG THE PATIENTS IN THERAPEUTIC SOMATIC CLINIC (CLINIC SYMPTOMS, EPIDEMIOLOGY, THERAPY AND MEDICINE HELPING MODEL)

Procudin V.N., Muzichenko A.P., Hundanov L.L.