

Задачи приемного отделения крупного наркологического стационарного учреждения в современных условиях

ЗОЛОТУХИН С.В.

зам. главного врача, Наркологическая клиническая больница №17
Департамента здравоохранения г. Москвы

ПЕТУШКОВ Е.Р.

к.м.н., зав. приемным отделением, Наркологическая клиническая больница №17
Департамента здравоохранения г. Москвы

На основании критического анализа развития отечественной наркологии авторы определяют цели и задачи, стоящие перед важнейшим подразделением любого лечебного учреждения — приемным покоем, предлагают пути решения возникающих проблем.

В создании и последующем развитии наркологической службы г. Москвы можно выделить 4 основных периода.

Первый период (конец 60-х — 70-е годы). Зарождение и оформление наркологической помощи, в структуре двух психиатрических стационаров произошло путем простой перегруппировки коечного фонда. В результате возникли несколько отделений по лечению больных хроническим алкоголизмом и единственное отделение для лечения наркоманов (токсикоманов). Тогда вся информация о пролеченных больных шла в психиатрические диспансеры.

Второй период (конец 70-х — 80-е годы). Это было время, когда существовали наркологические койки в психиатрических больницах, а параллельно разворачивались наркологические стационары при двух гигантах машиностроения — ЗИЛ и АЗЛК. Именно с этого момента стала определяться дискордантность развития службы.

Наспех переучивались кадры врачей. Лечение психических больных, страдающих алкоголизмом и наркоманиями (токсикоманиями), занимались не психиатры, а врачи других специальностей, после двухмесячной переподготовки. Больные с признаками инвалидности, хроническими соматическими заболеваниями и лица старше 55 лет направлялись в психиатрические больницы на наркологические койки. А физически здоровые пациенты направлялись в стационар при промпредприятии с курсовым лечением от 4 до 6 мес. По всем направлениям шла достаточно эффективная и мощная поддержка, призванная закреплять установку на лечение на всем протяжении доклинического этапа, а именно: товарищеские суды, заседания женсоветов, домовых комитетов, месткомов, парткомов, вытрезвители, лечебно-трудовые профилакто-

рии и профилактическая работа участковых инспекторов. Существовала угроза лишения очередной премии или 13-й зарплаты, ограничение дееспособности или возможность попасть под наблюдение членов общества «Трезвость» и народных дружинников. В формировании негативного мнения в трудовых коллективах о пьяницах и больных активно участвовали члены общества «Знание». Постоянно обновлялись фотографии провинившихся на стендах «Не проходите мимо», которые находились на территории заводов и улиц. Все эти институты и их инструменты работали потому, что привлечение на работу больных в промышленных гигантах было гораздо выгоднее, чем приглашение по лимиту лиц из числа иногородних жителей. Не только мерой устрашения, но и реальным уголовным преследованием за тунеядство мог быть подвергнут контингент, уклоняющийся от «общественно полезных работ».

Стремительно, по аналогии с психиатрической службой, открываются наркологические диспансеры, однако психические больные в диспансерах получали (в случае инвалидности) бесплатные лекарственные средства, а больные алкоголизмом — нет. В первом случае листки по временной нетрудоспособности оформлялись, а во втором — нет. На особом положении находились больные, страдающие наркоманиями (токсикоманиями).

Этот незначительный, по тому времени, контингент при выписке из стационара имел на руках оплачиваемый лист по временной нетрудоспособности.

Если физическое здоровье пьяниц являлось критерием оценки со стороны сотрудников милиции, то соматическое благополучие на догоспитальном этапе определялось работниками наркологических диспансеров. Со-

бренные в группу больные на автобусах в сопровождении милиции доставлялись к корпусам стационара. История болезни стационарного больного оформлялась на всех пациентов в отделениях больницы. Приемное отделение выполняло лишь функцию накопителя информации о поступивших больных. Госпитализация больных в стационар «по разрядке», как социальная форма оказания медицинской наркологической помощи населению перестала существовать с 1991 г. Тогда же стал значительно снижаться поток больных, имеющих путевки из НД. Планировалась передача выпрезвителей и ЛТП в систему органов здравоохранения.

Третий период («демократических перемен» в 90-е годы и конец XX века). Время, когда экономическое стимулирование в виде денежных перечислений, идущее от «гигантов» в систему здравоохранения города стало свертываться. Заводы сами стали нуждаться в государственной поддержке. С окончанием «промышленной наркологии» исчезли все общественные институты, устойчиво формировавшие не только взгляды будущих пациентов на необходимость лечения, но и оказывали санирующий эффект менталитета всех слоев общества с его особенной субкультурой праздности и веселья.

Отпала необходимость обращаться в наркологические диспансеры за направлением на госпитализацию. В наркологических больницах стали принимать больных по их личному заявлению, что в точности соответствует закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1993 г.), который практически полностью исключил элементы социального принуждения к лечению. На много лет оказалось отброшено критическое осознание своего состояния наркологическими больными; которые стали значительно позже с момента начала заболевания обращаться в стационар. Если прежде соматическое благополучие и физическое здоровье определяло возможность поступления в наркологический стационар при промпредприятии, то теперь соматические заболевания в результате декомпенсации полиорганной патологии стали ведущими критериями при обращении к наркологу.

Вышеуказанный закон стал работать в основном в двух его разделах, посвященных согласию больных на госпитализацию и отказу от нее. Ежегодно прослеживалась тенденция к сокращению продолжительности пребывания больных в стационаре. Становилось типичным появление заявлений об отказе от рекомендованного лечения на 3–7-й день с момента поступления пациента в больницу. Этот закон полностью лишил прав родственников и ближайшее окружение больного. С одной стороны, они всегда были и являются индикатором изменившегося психического состояния пациента. С другой, — отнято их право быть защищенными от агрессивных действий пьянствующего родственника. Разрушен исторический психиатрический принцип призрения за душевнобольными людьми.

Четвертый период (начало XXI века, выбор пути). Единая служба наркологической помощи, состоящая из диспансеров и стационаров, имела много точек соприкосновения, теперь они стали во многом самостоятельными в принятии решений по своим внутренним проблемам. Эти подразделения порознь решают свои экономические и производственные задачи. Отсутствуют мотивы сближения этих двух компонентов наркологической помощи, так как связующее звено в этой цепи взаимодействия —

милиция — выпало, а ожидать реставрации «промышленной наркологии» не приходится.

Необходимо решить ряд вопросов, которые стоят перед современными крупными наркологическими стационарами, и найти пути для организации адекватного обеспечения экстренной и неотложной помощи больным с зависимостью от ПАВ.

В настоящее время в приемное отделение перестали обращаться больные после 2–3-дневных запоев. Данные пациенты стали обслуживаться частными наркологическими структурами, так как на этом этапе болезни они еще платежеспособны. Известна закономерность существующего параллелизма между давностью зависимости и социальной деградацией больных. Следовательно, они становятся пациентами клиники на более позднем этапе заболевания.

Необходимо констатировать тот факт, что частный сектор наркологических услуг взял на себя функцию оказания помощи платежеспособным больным на ранних этапах развития заболевания, а позже они приходят в стационар. Все это подтверждается статистическими наблюдениями за бурным потоком обращений больных с зависимостью от ПАВ с выраженной полиорганной патологией и психотическими вариантами течения болезни (Е.А.Кошкина, 2004; А.Г.Гофман, 2003; А.Г.Соловьев, 2003). Разрозненные сообщения, посвященные особенностям течения алкоголизма с тяжелыми соматическими проявлениями, в настоящее время рассматриваются как самостоятельное направление, определившее понятие *соматогенеза алкоголизма* (П.И.Сидоров; Н.С. Ишеков; А.Г.Соловьев, 2003).

Приведем некоторые данные, указывающие на динамику поступления больных и увеличения нагрузки на койку и соответственно на медицинский персонал в НКБ №17. В 1995 г. штатное расписание коек составляло 3300. Поступило 19 436 больных, из них впервые в данном году — 79,6%, впервые в жизни — 39,7%, повторно в данном году — 20,4%. Оборот койки составил 6,7. В 2005 г. при штатном расписании коек 2510 поступило 26 446 больных, впервые в данном году — 69%, впервые в жизни — 32,5%, повторно в данном году — 31%. Оборот койки составил 11,3. Средняя длительность пребывания больного на койке в 1995 г. составляла 51 день. В 2005 г. — 28 дней. Приведенные данные указывают на ухудшение показателей, говорящих о тяжести болезненных процессов: на 10% увеличилась повторность поступления в данном году и на 10% уменьшилось поступление впервые в данном году к 2005 г. В 2 раза увеличился оборот койки (за счет самовольных отказов больных от рекомендованного им лечения) и в 2 раза уменьшилась средняя продолжительность пребывания больного на койке в 2005 г.

Если в 1987 г. распределение больных по стадиям хронического алкоголизма составляло в 1-й стадии — 4,2%, во 2-й — 80,4%, в 3-й — 9,6%, то в 2005 г. — 0,02, 84,09 и 11,54% соответственно. Этот цифровой ряд говорит о том, что больные поступают на более поздних этапах хронического алкоголизма и практически отсутствует их поступление в 1-й стадии заболевания.

Приемное отделение стационара вынуждено осуществлять прием амбулаторных больных, проводить консультации населения по всем аспектам оказания наркологической помощи, осуществлять дифференциальную диагностику, основной целью которой становится выделение основных симптомокомплексов и определение возмож-

ности оказания лечебных мероприятий в полном объеме в наркологическом стационаре. В том случае, когда выявлены противопоказания для госпитализации, осуществляется перевод в соматический стационар или в поликлинику по месту жительства для дообследования. Мы рассматриваем эти действия как отложенную госпитализацию в наркологическую клинику. Участились случаи обращения женщин на поздних сроках беременности, некоторые из них намеренно скрывают эту беременность, чтобы поступить в больницу.

Можно выделить группу лиц без определенного места жительства с зависимостью от психоактивных веществ. Большинство из данного контингента больных практически не нуждается в стационарной наркологической помощи, ввиду отсутствия показаний для экстренной госпитализации. Однако больница вынуждена их принимать, потому что денег на приобретение медикаментов у них нет.

Безусловно госпитализируются больные, когда у них выявляются признаки Корсаковского психоза, кахексии, авитаминозы, хронически текущие энцефалопатии и системные поражения паренхиматозных и эндокринных органов в основном дистрофического характера. Больные с сахарным диабетом могут быть госпитализированы в стадии компенсации. В последние годы участились случаи обращения больных с нарушениями, возникшими в результате употребления высокотоксичных, кустарно приготовленных наркотических средств. У этих пациентов отмечаются мозжечковая атаксия с бульбарными расстройствами, полинейропатии, парепарезы и парезы, моторная афазия, мышечная атрофия, нарушение функций органов малого таза.

Основная масса больных поступает в состоянии выраженной интоксикации, после продолжительных запоев

или постоянного перемежающегося пьянства на фоне высокой толерантности. Состояние опьянения порой исключает возможность объективной оценки статуса больного.

К врачам психиатрам-наркологам приемного отделения предъявляются высокие требования, далеко выходящие за рамки их профессиональной подготовки, так как они должны обладать разносторонними знаниями параклинических дисциплин.

На курсах постдипломного образования не предусмотрено освещение материалов по вышеуказанным проблемам лечения больных и клиническим особенностям течения болезни в условиях сочетанных патологий. Широко не изучаются морфологические изменения глубинных патологических процессов. Наши пациенты находятся во всех лечебных учреждениях города, в которых они получают помощь, соответствующую профилю лечебного учреждения. С полной очевидностью можно утверждать необходимость проведения целевых курсов или обучающих семинаров для врачей-интернистов всех специальностей на базе приемного покоя нашей клиники, так как только здесь можно наблюдать полиморфную картину наиболее часто встречающихся хронических и острых заболеваний, ассоциированных с зависимостью от ПАВ.

Приемное отделение крупной клинической больницы в настоящее время является своеобразным фильтром, пропускающим лишь тех больных, которым специфическое лечение не противопоказано.

Крайне актуален и требует неотложного разрешения вопрос о создании консультативно-диагностического центра, оснащенного современным оборудованием с целью верификации диагностически сложных случаев, а также обследование больных на доклиническом этапе, тем самым представится возможность плановой госпитализации больных с зависимостью от ПАВ.