

ГАЖЕВА

Анастасия Викторовна

**Совершенствование организации первичной медико-санитарной
помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями,
сочетанными с депрессивными расстройствами
(социально-гигиеническое исследование)**

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2008

Диссертация выполнена в Федеральном государственном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный руководитель: Заслуженный деятель науки России,
доктор медицинских наук, профессор
Юлия Васильевна Михайлова

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор

Калининская Алефтина Александровна

доктор медицинских наук

Злобин Александр Николаевич

Ведущее учреждение: Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Защита диссертации состоится «___» _____ 2008 г. в ___ часов на заседании Диссертационного совета Д 208110.01. в Федеральном государственном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 127254 Москва, ул. Добролюбова, 11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: 127254 Москва, ул. Добролюбова, 11)

Автореферат разослан «___» _____ 2008г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Е. И. Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Частота выявления психических расстройств, особенно депрессий, повсеместно возрастает. По данным исследования, проведенного в различных странах мира, клинически значимые проблемы психического здоровья обнаруживаются у 1/4 части пациентов общей медицинской сети: это, прежде всего, депрессии, тревожные и соматоформные расстройства (Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A; 1995).

Масштаб проблем психического здоровья требует существенного изменения в организации соответствующей консультативной и лечебной помощи, развития ее новых комплексных форм, выходящих за рамки традиционной специализированной психиатрической службы, и объединения усилий различных специалистов: психиатров, терапевтов, кардиологов, неврологов, а также психологов и социальных работников. Современная психиатрия переживает этап реформ, направленных на демократизацию помощи, обеспечение ее доступности и приближения к населению, интеграции отдельных форм психиатрической помощи в учреждения первичной медицинской сети, прежде всего – в территориальные поликлиники, которые располагают существенным потенциалом для развития служб психического здоровья, в частности, при непсихотических, умеренно выраженных и непродолжительных нарушениях психического здоровья.

Внимание специалистов и организаторов здравоохранения все чаще привлекают психические расстройства, сопутствующие соматическим заболеваниям и выявляемые в общесоматических учреждениях. Высокая частота сочетания соматических и психических расстройств – факт клинической практики, подтверждаемый многочисленными специальными исследованиями. В исследовании J.Gerantol., и B. Psychol частота выявления депрессии при соматической патологии варьирует в пределах от 5% до 60% (1997). Психические расстройства могут провоцировать соматические заболевания или, чаще, их обострения, усугублять их течение, задерживать

выздоровление и, соответственно, увеличивать сроки госпитализации (Rundell J.R., Wise M.J, 1999). В частности, наличие депрессии у больных ишемической болезнью сердца не только является осложняющим лечение и реабилитацию фактором, но и сокращает продолжительность жизни больных (Glassman A.H., Shapiro P., 1998).

С другой стороны, психические расстройства сами могут явиться следствием соматического заболевания, – и в силу психологически понятной реакции на болезнь и связанных с ней ограничений деятельности, и в силу возможных метаболических изменений или интоксикации при тяжелой соматической патологии. В части случаев причинно–следственные связи и первичность или вторичность психической и соматической патологии остаются под вопросом и требуют совместной работы интернистов и психиатров.

Депрессии при сердечно-сосудистых заболеваниях часто не диагностируются. Трудности диагностики обусловлены сложностью клинической картины, наличием симптомов расстройств аффективного спектра, сходных с проявлениями основного заболевания. В то же время, врачи первичного звена недостаточно насторожены и недостаточно знакомы с симптомами депрессии, рассматривая их как естественную реакцию пациентов на тяжелое соматическое состояние, не требующую специального лечения, а пациенты, в связи с этим, не получают адекватную терапию.

Анализ зарубежного опыта по оказанию медицинской помощи больным депрессивными расстройствами показал, что основная помощь таким больным оказывается врачами общей практики, они имеют опыт диагностики и лечения депрессивных расстройств. Соответственно, выявление и лечение психосоматической сочетанной патологии для врачей общей практики является рутинной практикой и составляет существенную ее часть. В России закон о психиатрической помощи запрещает не психиатрам ставить психиатрический диагноз, а депрессии по Международной классификации болезней 10 пересмотра относятся именно к разделу психических. Это привело к устоявшемуся ошибочному мнению, что врач–не психиатр и не

должен заниматься диагностикой депрессивных расстройств. Мнение ведущего психиатра России Н.Н.Краснова, – все врачи получили общую подготовку по психиатрии и обязаны диагностировать и направлять в случае необходимости пациентов на консультации к психиатрам и лечить пациентов с депрессивными расстройствами легкой и средней тяжести (2002 г.). В таком случае, назрела необходимость пересмотра обязанностей врачей первичного звена по выявлению и лечению больных с психосоматической сочетанной патологией.

Выше сказанное определило актуальность данного исследования, направленного на совершенствование организации оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами в условиях роста числа пациентов, требующих такой помощи, при существенном ограничении имеющихся у системы здравоохранения ресурсов, особенно, кадровых.

Цель: Научно обосновать, разработать, апробировать и оценить результативность усовершенствований в организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**:

1. Проанализировать отечественный и зарубежный опыт по организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с сочетанной психосоматической патологией.
2. Проанализировать существующую систему оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами.
3. Разработать комплекс организационных мероприятий по совершенствованию организации первичной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами.

4. Провести организационный эксперимент по совершенствованию системы первичной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами, и проанализировать результативность изменений.
5. Разработать рекомендации по внедрению в практику комплекса мероприятий по совершенствованию организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами.

Научная новизна и практическая значимость исследования состоит в том, что впервые:

- Установлена частота сочетания сердечно-сосудистых заболеваний с депрессивными расстройствами в российской практике.
- Проведена комплексная оценка организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами в первичном звене здравоохранения.
- Разработан и внедрен в субъектах Российской Федерации научно-обоснованный, усовершенствованный клинико-организационный алгоритм оказания врачами первичного звена медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами легкой и средней степени тяжести, который включает выявление сочетания сердечно-сосудистых заболеваний и депрессии, комплексную терапию такого состояния.

Положения, выносимые на защиту.

1. Система первичной медико-санитарной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессией, требует изменений в соответствии с современным уровнем развития здравоохранения.
2. Организация медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами, имеет ряд нерешенных задач.

3. Комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертации обсуждены на межотдельческой конференции и на научно-координационном совете ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава».

Материалы диссертации доложены на Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и специалистов-организаторов здравоохранения «Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России», 2006 г.

Материалы диссертации обсуждены на Всероссийских конференциях, организованных Министерством здравоохранения и социального развития РФ и ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» 2005 г., 2006 г., 2007 г.

Обсуждение проходило на апробационном совете ФГУ "ЦНИИОИЗ Росздрава" (2007)

Внедрение в практику. Полученные в ходе исследования теоретические и организационные положения внедрены в работу специалистов первичного звена Московской (г. Жуковский, г. Дубна), Волгоградской, Тверской, Тульской и Ярославской областей:

разработан, апробирован и используется в практике адаптированный для специалистов первичного звена инструмент для выявления расстройств аффективного спектра – две психиатрические шкалы, скрининговая анкета;

разработано клиничко-организационное руководство по оказанию медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в сочетании с депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами врачом первичного звена общей лечебной сети;

разработан и апробирован курс обучения для специалистов первичного звена для ведения пациентов с сочетанной психосоматической патологией.

Структура и объем работы.

Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы по теме исследования, методики исследования и трех глав собственных

исследований, заключения, выводов и предложений для внедрения в практику, приложения и списка литературы.

Текст диссертации изложен на 147 страницах машинописного текста, в работе представлены 12 таблиц, 14 рисунков, иллюстрирующих результаты исследований. Указатель литературы включает 54 отечественных и 76 иностранных источника.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 6 работ, в том числе, в журнале, рекомендованном ВАК – 1.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **введении** обоснована актуальность проблемы, сформулированы цель, задачи исследования, научная новизна, научно-практическая значимость работы, приведены выносимые на защиту положения.

В первой главе «Организация первичной медико-санитарной помощи пациентам с сочетанной патологией» проведен анализ источников литературы по распространенности сочетанной психосоматической патологии в России и за рубежом, оценивается распространенность психических заболеваний в популяции. Освещены вопросы организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с сочетанной психической и соматической патологиями. Анализ источников литературы свидетельствует о недостаточном числе исследовательских работ по данной проблеме, особенно отечественных, что подтверждает актуальность исследования.

Во второй главе «Методика и организация исследования».

Методологической основой исследования является методология обеспечения качества, что предполагает интеграцию клинических знаний по проблеме со знанием теории улучшения качества, включает системный подход, работу в команде, сосредоточенность на потребностях пациента, выявление проблем в системе, внесение изменений и их оценку.

Исследование проводилось в период 2003 - 2005 гг. в шести городах Московской, Ярославской, Волгоградской, Тульской и Тверской областей. Данные регионы характеризуются высокими показателями

распространенности и заболеваемости по исследуемым патологиям: сердечно-сосудистые заболевания и депрессивные расстройства. Базами исследования явились амбулаторно-поликлинические учреждения.

На первом этапе исследования были определены объекты и единицы наблюдения, выбраны методы сбора, обработки и анализа информации, разработаны план и программа исследования. По данным отечественных и зарубежных авторов изучались и обобщались данные по распространенности сочетанной патологии и изучалась организация системы первичной медико-санитарной медицинской помощи пациентам с сочетанной патологией.

Объектом исследования явилась организация системы оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в сочетании с расстройствами аффективного спектра. За единицу наблюдения был взят пациент в возрасте до 70 лет с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, в том числе, осложненной хронической сердечной недостаточностью, и сопутствующими аффективными расстройствами, получающий помощь в первичного звене здравоохранения. Для изучения изменения здоровья больных с сочетанной патологией статистическому анализу подверглось 409 карт пациентов, завершивших курс лечения депрессивного расстройства.

Нами была разработана контрольная карта больного, представленная в бумажной и компьютерной версиях и включающая социо-демографические показатели, а также основные параметры оценки динамики состояния больных.

В контрольную группу входили пациенты с сердечно-сосудистым заболеванием без сопутствующих депрессивных нарушений. Отдельно была выделена группа пациентов, страдающих сердечно-сосудистым заболеванием и депрессивным расстройством, отказавшиеся от психотерапии.

В работе использованы следующие методы: аналитический, статистический, социологический, организационный эксперимент, экспертных оценок, метод непосредственного наблюдения.

Материалы исследования подвергнуты статистической обработке в изложении А.Я. Боярского, Г.Л. Громыко (1985 г.).

Цель, задачи, методики и инструменты, объем, положения, выносимые на защиту представлены в Таблице 1.

В третьей главе «Алгоритм оказания первичной медико-санитарной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами».

В главе дается анализ оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами в учреждениях первичного звена шести городов России. Системы имеют ряд особенностей в организации помощи, в частности, системы различаются по наличию или отсутствию психиатров или психотерапевтов в поликлиниках, территориальная удаленность учреждений и специалистов психиатров и терапевтов; уровнем заболеваемости и распространенности расстройств аффективного спектра, ресурсными возможностями систем здравоохранения.

В ходе анализа организации оказания помощи пациентам с сочетанной патологией были определены следующие нерешенные задачи:

- Низкая доступность медицинской помощи для населения в связи с низкой укомплектованностью первичного звена психиатрами и недостатками в организации специализированной службы для жителей малых городов.
- Отсутствие четко сформулированных критериев по выявлению и ведению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами.
- Низкий уровень знаний и навыков по лечению депрессивных расстройств у терапевтов и кардиологов.
- Отсутствие преемственности в деятельности врачей психиатров и терапевтов/кардиологов.
- Недоверие населения к психиатрической помощи: опасения населения попасть «на учет в психдиспансер» у психиатра.

Таблица 1

Цель, задачи, методики и инструменты, объем

ЦЕЛЬ:	На основании социально-гигиенического исследования научно обосновать, разработать, апробировать и оценить результативность усовершенствований в организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессией в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена				
ЗАДАЧИ:	Проанализировать отечественный и зарубежный опыт по организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с сочетанной психосоматической патологией.	Проанализировать существующую систему медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами.	Разработать комплекс организационных мероприятий по совершенствованию организации первичной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами.	Провести организационный эксперимент по совершенствованию системы первичной медицинской помощи пациентам с ССЗ, сочетанными с депрессивными расстройствами, и проанализировать результативность изменений.	Разработать рекомендации по внедрению в практику комплекса мероприятий по совершенствованию организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами.
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. СБОР И ОБРАБОТКА СТАТ. МАТЕРИАЛА	Анализ источников литературы по проблеме	Методология обеспечения качества медицинской помощи Статистический метод Непосредственного наблюдения	Электронная база данных Анкета для скрининга Адаптированные психиатрические шкалы	Организационный эксперимент Статистический (дисперсионный анализ) Метод экспертных оценок	Разработка рекомендаций
ОБЪЕМ	76 Зарубежных 54 Отечественных	6 городов 16 ЛПУ	16 ЛПУ 10138 пациентов, прошедших скрининг 409 пациентов с ССЗ и депрессивными расстройствами	10 диаграмм 15 таблиц	Клинико-организационное руководство

На основании анализа организационных форм оказания медицинской помощи пациенту с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами диссертантом составлен обобщенный алгоритм оказания медицинской помощи этому контингенту больных (Рис. 1).

Проблемы, выявленные в результате анализа существовавшей до организационного эксперимента системы оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной психосоматической патологией (на рис.1 номер проблемы соответствует номеру «облака»):

1. При выявлении жалоб на психические расстройства врач первичного звена направлял пациента к психиатру, как правило, в психиатрической диспансер, в связи с низкой укомплектованностью первичного звена психиатрами.
2. В связи, как правило, с отделенным расположением психиатрического диспансера и в связи с предубеждением населения и опасением попасть «на учет» к психиатру, такие пациенты редко посещали психиатра, и не было четких правил, должен ли и как направивший врач контролировать – состоялся ли этот визит.
3. Даже, если визит и состоялся, не всегда информация о наличии депрессивных расстройств передавалась направившему врачу.
4. Неясны организационные вопросы по взаимодействию врача, оказывающего лечение сердечно-сосудистых заболеваний, и врача-психиатра, который начинает лечение депрессивного расстройства.

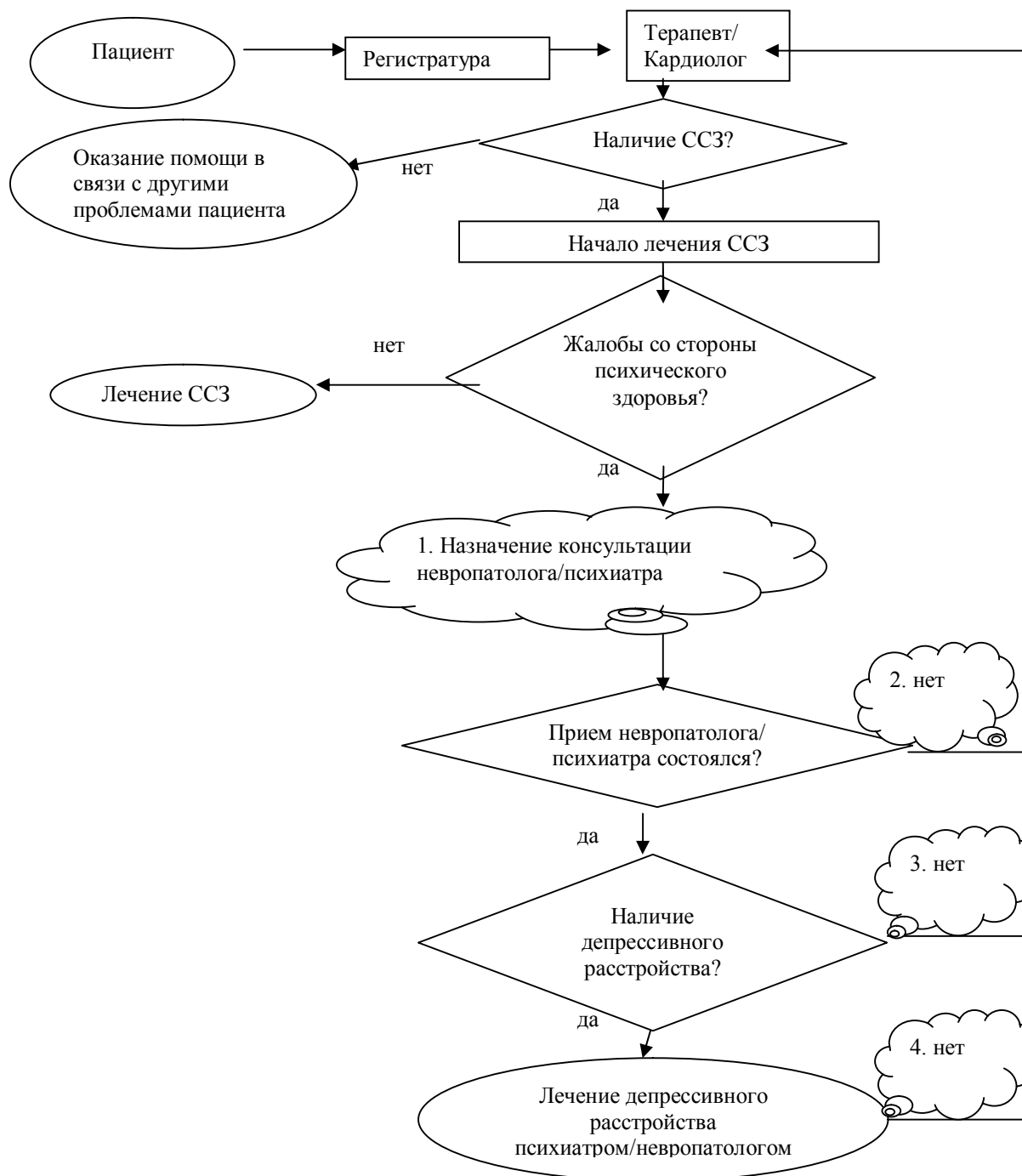


Рисунок 1. Обобщенный алгоритм существовавшей до организационного эксперимента системы оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной психосоматической патологией

В четвертой главе «Комплекс мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами» представлены результаты организационного эксперимента по внедрению

комплекса мероприятий в деятельность врачей по оказанию медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с расстройствами аффективного спектра, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, представлено подробное описание и схематическое изображение организации каждого этапа оказания медицинской помощи пациентам.

На основании анализа нерешенных проблем в организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами сформулирован и апробирован комплекс организационных мероприятий и технологий:

1. Кабинет доврачебного приема для проведения скринингового анкетирования, измерения артериального давления беседы с пациентом;
2. Обучение специалистов первичного звена диагностике и дальнейшему ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами;
3. Методика скринингового и социологического исследований (разработана и внедрена скрининговая анкета);
4. Адаптированные психиатрические шкалы (шкала депрессии/тревоги Гамильтона) для диагностики депрессивных расстройств;
5. Алгоритм ведения пациентов терапевтом/кардиологом;
6. Применение антидепрессантов по схеме, с учетом сочетания с лекарственными средствами, применяемыми для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы;
7. Форму ведения учетной документации терапевтом и/или кардиологом.
8. При выявлении депрессивного расстройства легкой или умеренной выраженности без сопутствующего соматического заболевания ведение пациента в соответствии с разработанным алгоритмом ;

В результате внедрения ниже перечисленных организационных изменений система оказания выглядит следующим образом (Рис.2).

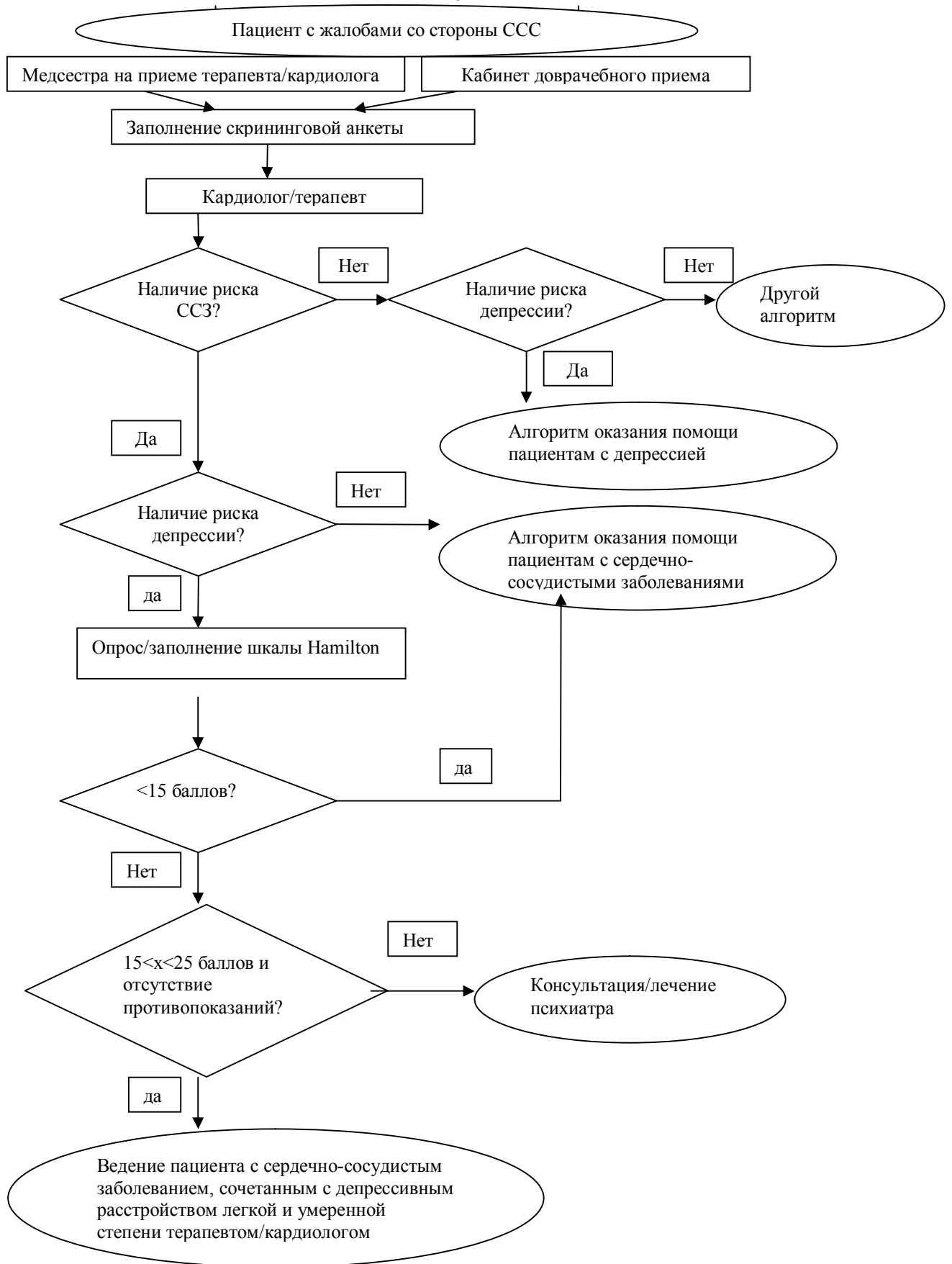


Рис. 2. Обобщенный алгоритм новой системы оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами

Разработанный и апробированный алгоритм оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами, включает следующие **этапы**:

1. Выявление больных депрессией (скрининг). Используются скрининговые анкеты для выявления аффективных расстройств у пациентов общесоматической сети, специально модифицированные для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Результаты скрининга оцениваются на основании критериев, позволяющих предположить наличие у больных депрессивных нарушений.

2. Клиническая диагностика депрессивных расстройств (в соответствии с критериями МКБ-10). Она включает уточнение как психиатрического, так и кардиологического диагнозов.

Для уточнения степени выраженности и структуры аффективных расстройств используются шкалы депрессии и тревоги Hamilton (HDRS, HARS), клиническая шкала самооценки SCL-90. В случаях выявления тяжелой депрессии для более детальной оценки психического состояния пациентов и назначения адекватной терапии необходима консультация психиатра.

Для уточнения кардиологического диагноза дополнительно назначается консультация кардиолога (с последующим клинико-инструментальным обследованием). По результатам обследования устанавливается наличие артериальной гипертензии, ее степень и уровень риска, ишемическая болезнь сердца, ее формы, функциональный класс стенокардии, хроническая сердечная недостаточность, ее стадия и функциональный класс.

3. Лечение больных депрессией (медикаментозное и немедикаментозное). После уточнения кардиологического диагноза пациентам назначают стандартные схемы терапии артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности и аффективных нарушений. При легкой выраженности депрессивных нарушений (менее 15 баллов по шкале депрессии Hamilton, HDRS) симптоматически используются

седативные, снотворные (на короткое время), вегетостабилизирующие средства, а также психотерапевтические методы лечения.

При клинически выраженной депрессии (15-25 баллов шкалы депрессии Hamilton, HDRS) назначаются антидепрессанты в соответствии со спектром их активности, с учетом степени риска кардиотоксического действия, взаимодействия с другими лекарственными средствами, в том числе, кардиологическими препаратами.

При проведении терапии целесообразно использовать разработанные схемы применения современных антидепрессантов, отличающихся хорошей переносимостью, безопасностью, малым числом побочных эффектов (тианептин, флуокситин, циталопрам, сертралин, флувоксамин, пирлиндол, миртазапин, тразодон и др.).

4. Медицинская оценка эффективности терапии аффективных расстройств (с использованием шкал депрессии и тревоги Hamiltona) и сердечно-сосудистых нарушений: Курс медикаментозной терапии составляет шесть месяцев. Курс состоит из не менее шести визитов пациента к врачу с интервалом один месяц. Кроме того, при необходимости возможны дополнительные визиты (для корректировки лечения, в связи с плохим самочувствием пациента).

Во время визитов проводилась оценка степени тяжести депрессивных расстройств с использованием клинических шкал депрессии и тревоги Hamilton (HDRS, HARS), а так же оценка динамики состояния пациентом, оценка врачом клинического состояния (психического и соматического) и оценка выполнения назначений пациентом.

Для изучения динамики сердечно-сосудистого заболевания проводилось: измерение артериального давления и оценка функционального класса стенокардии, устанавливается степень артериальной гипертензии, выясняется число приступов стенокардии в неделю, число принятых доз нитроглицерина в неделю, функциональный класс хронической сердечной недостаточности (на основании 6 - минутного теста ходьбы), проводится исследование с использованием шкалы Мареева.

5. Динамическое (диспансерное) наблюдение. Критериями установления ремиссии депрессии и перехода к динамическому наблюдению явились – стойкое снижение показателя по шкале депрессии Гамильтона до 6 и менее баллов на фоне прекращения фармакотерапии депрессии в течение двух месяцев.

6. Вторичная профилактика депрессий.

В пятой главе «Организационный эксперимент по апробации комплекса мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами» представлена медико-социальная результативность внедренного комплекса мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи изучаемому контингенту.

Социологический опрос с помощью скрининговой анкеты прошли 10138 пациентов, обратившихся в течение года в шести городах России в амбулаторно-поликлинические учреждения. Из числа обследованных у 6977 пациентов выявлено и подтверждено наличие сердечно-сосудистых заболеваний, у 1806 пациентов обнаружен риск наличия депрессивного расстройства.

У 1635 пациентов, что составляет 91% всех пациентов с риском расстройств аффективного спектра, или 23% среди всех пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, прошедших скрининговое обследование, диагностирована суммарная выраженность симптомов 15 и более баллов по шкале депрессии Гамильтона, и они нуждаются в терапии антидепрессантами в условиях территориальной поликлиники на приеме у участкового терапевта (Рис.3)

Среди 409 завершивших лечение, пациенты распределись на 3 группы: 303 пациента в группе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами и согласились принимать антидепрессанты. 16 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами и отказавшиеся принимать антидепрессанты

и 90 пациентов - пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями без депрессивного расстройства.



Рис. 3. Этапы отбора пациентов для включения в исследование.

Результаты терапии депрессивных расстройств у пациентов, посетивших терапевта с жалобами на сердечно-сосудистую систему, свидетельствуют о том, что в большинстве случаев наступает отчетливый клинический эффект. Положительная динамика прослеживается по данным шкалы тревоги Hamilton (Рис.4) - снижение данного показателя на 75% в группе пациентов, принимающих антидепрессанты, по сравнению с группой пациентов, отказавшихся принимать антидепрессанты.

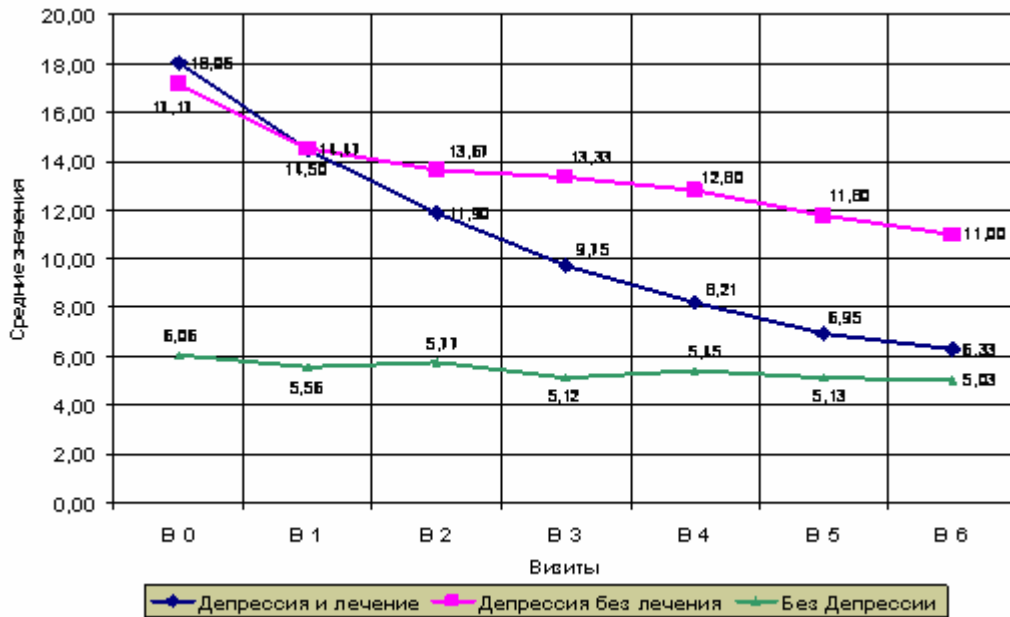


Рисунок 4. Динамика показателя по шкале депрессии Hamiltona.

Динамика депрессивного расстройства шла параллельно динамике соматического статуса, которая выражается в снижении значения артериального давления

Ниже представлена динамика артериального давления в трех группах пациентов (Рис. 5, 6, 7).

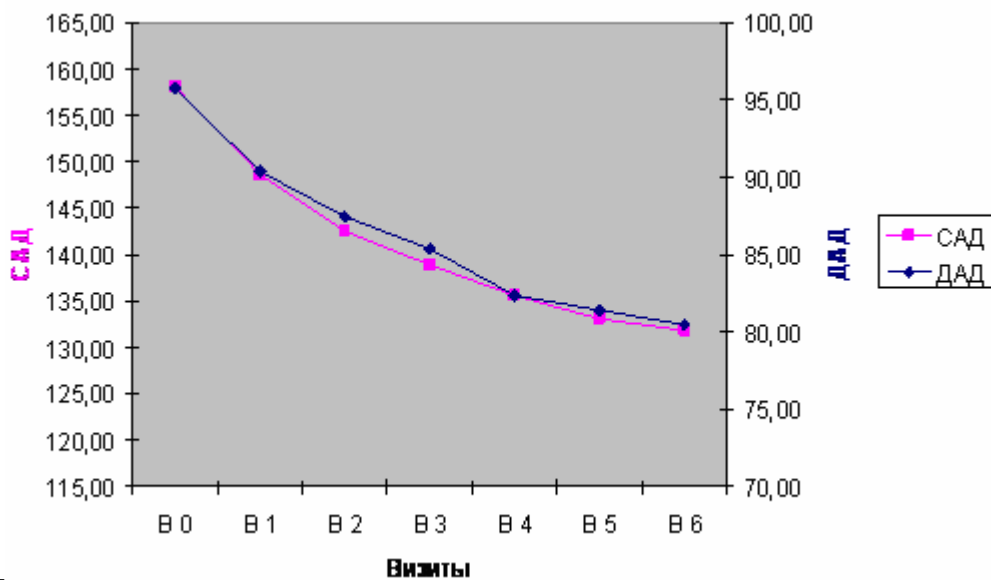


Рисунок 5. Динамика показателей артериального давления в группе пациентов получающих лечение от депрессивного расстройства.

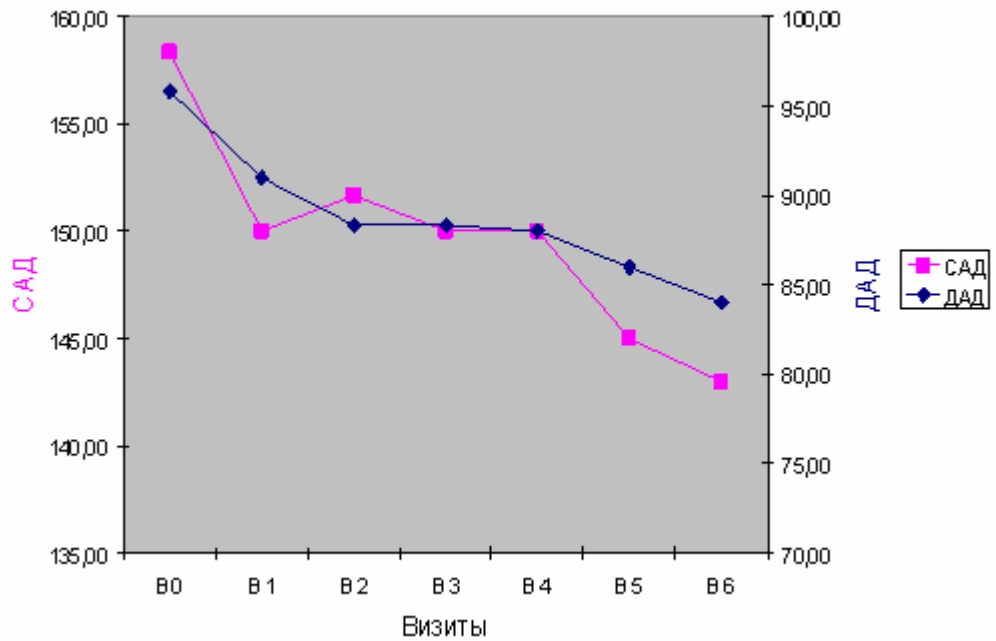


Рисунок 6. Динамика показателей артериального давления в группе пациентов, отказавшихся от лечения депрессивного расстройства.

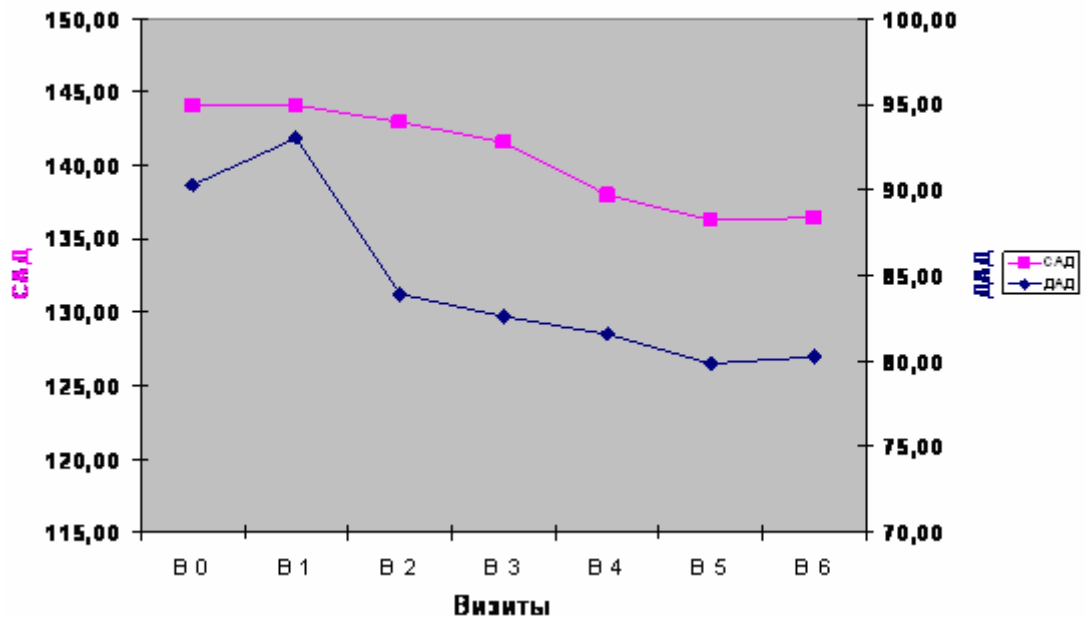


Рисунок 7. Динамика показателей артериального давления в группе пациентов без сопутствующего депрессивного расстройствами.

Данные результаты показали, что включение антидепрессантов в комплексную терапию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями значительно повышает эффективность лечения, улучшает психическое состояние и качество жизни этой категории пациентов.

ВЫВОДЫ

1. При высоком уровне сочетанности депрессивных расстройств и соматических заболеваний наибольшая доля выявления депрессивных расстройств наблюдается при ишемической болезни сердца и составляет 30-60%. В мировой практике известны клинико-организационные модели оказания медицинской помощи больным с психиатрической патологией в первичном звене, но в России, согласно устоявшейся нормативно-правовой базе, психиатрическая помощь пациентам может быть оказана только врачом-психиатром, что значительно снижает доступность медицинской помощи больным соматическим заболеванием в сочетании с психиатрической патологией.

2. В ходе анализа организации медицинской помощи больным соматическим заболеванием в сочетании с психиатрической патологией были выявлены следующие нерешенные задачи: низкая доступность медицинской помощи для населения в связи с низкой укомплектованностью первичного звена психиатрами и недостатками в организации специализированной службы; отсутствие преемственности в деятельности врачей в учреждениях первичного звена и в специализированных психиатрических учреждениях; низкий уровень знаний и навыков по лечению депрессий у врачей терапевтического профиля; недоверие населения к психиатрической помощи. Все эти нерешенные задачи имеют общее следствие, - «потеря» пациента из системы первичной помощи и высокая вероятность «не получения» пациентом необходимого объема помощи.

3. Для совершенствования организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами был разработан и апробирован комплекс организационных мероприятий: разработано учебное пособие, рекомендованное Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России (2004) и проведено обучение специалистов первичного звена по лечению больных с сердечно-сосудистыми

заболеваниями, сочетанными с депрессивными расстройствами, внедрены в работу скрининговые анкеты и адаптированные психиатрические шкалы, разработана схема применения антидепрессантов с учетом совместимости с лекарственными средствами, применяемыми для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы; разработана и апробирована карта ведения пациента. В результате апробации которого алгоритм помощи стал более организационно простым, структурированным по этапам, управляемым, менее затратным по времени для пациента.

4. Апробация разработанного комплекса организационных мероприятий в ходе организационного эксперимента доказала свою результативность. Установлено, что из числа больных с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания 26% пациентов имели риск наличия депрессивных расстройств. Из них - у 91% больных наличие депрессивных расстройств подтвердилось. Было выявлено существенное снижение показателей как со стороны психического состояния пациентов (снижение значения показателя по шкале депрессии Hamilton в группе с лечением депрессии на 75% (с 18,05 до 6,33 –отсутствие депрессивного расстройства), в группе с отказом от лечения на 45% (с 17,17 до 11,00) , так и со стороны основного, кардиологического заболевания (снижение среднего АД в группе с лечением депрессии с 158/95 до 131/80; в группе без лечения с 158/95 до 143/84)

В результате апробации разработанного нами комплекса организационных мероприятий алгоритм оказания медицинской помощи стал более организационно простым, структурированным по этапам, управляемым, менее затратным по времени для пациента.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Внести изменения в должностные инструкции специалистов первичного звена (в раздел «обязанности»), учитывая особенности течения соматического заболевания в сочетании с депрессивными расстройствами и необходимость своевременной диагностики и лечения таких состояний;

2. Внести изменения в программы повышения квалификации для специалистов первичного звена, в частности раздел «Выявление и лечение сочетания депрессивных состояний и соматической патологии»;
3. Разработать протоколы ведения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
4. Изучить воздействие разработанного организационного подхода к оценке роли психических состояний на течение соматических заболеваний
5. Апробировать данный организационный подход в условиях стационара при более тяжелом течении сердечно-сосудистых заболеваний.

Публикации по теме диссертации

1. А.В. Гажева. Депрессии и коморбидные сердечно-сосудистые расстройства в первичной медицинской сети / Т.В. Довженко, Ю.А. Васюк, А.В. Короткова, А.В. Гажева, А.В. Новожилов // Сборник тезисов XIV съезда психиатров России – М., 2005.-С.128
2. А.В. Гажева. Организация медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях с депрессией в первичном звене здравоохранения / А.В. Гажева // Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России / Сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». – М., ЦНИИОИЗ. 2006. – С.82-85
3. А.В. Гажева. Организация помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в сочетании с депрессией в первичном звене здравоохранения / А.В. Гажева // Новые технологии в современном здравоохранении / Сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». Часть 2. – М., ЦНИИОИЗ .2007. С.181-185
4. А.В. Гажева. Организация помощи в первичном звене здравоохранения больным сердечно-сосудистыми заболеваниями с выявлением риска депрессий / Гажева А.В. // Медсестра - 2007 - .№6- С. 25-28
5. А.В. Гажева. Организация выявления ВИЧ-инфицированных лиц в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Методические

рекомендации. Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, А.В. Короткова, Е.И. Скачкова, А.В. Гажева, А.В. Новожилов, Н.Н. Камынина. Москва 2006., 22 стр.

6. А.В. Гажева. Индикаторы мониторинга и оценки деятельности в сфере здравоохранения / А.В.Короткова, А.В.Новожилов, А.В.Гажева, С.С.Сошников, О.П.Честнов, Т.И.Знобина, В.В.Одинцова // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2008. - №1. – С. 62-65.

