

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ
ДЕКАБРЬ

1989

6

ТОМ
LXX

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 616.89—085.86 (470.41)

О СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТАТАРСКОЙ АССР

Д. Г. Еникеев, И. С. Болотовский, Н. С. Макаричиков, И. А. Классен, В. М. Антонов

Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. Г. Еникеев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканская психиатрическая больница (главврач — Н. С. Макаричиков) МЗ ТАССР

В соответствии с «Основными направлениями развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» психиатрическая служба претерпевает определенную реорганизацию. Требования к психиатрии диктуются изменившейся структурой распространенности психических заболеваний, особенно в области пограничной психической патологии, ростом удельного веса психосоматических расстройств, новыми подходами к лечению и социальной реабилитации больного.

Вся психиатрическая служба с 1 марта 1988 г. руководствуется в своей повседневной работе Положением об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утвержденным Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г. и соответствующим приказом министра здравоохранения СССР. Основная направленность этих документов — совершенствование организации психиатрической помощи населению при соблюдении гарантий охраны прав и интересов психически больных, а также их законных представителей (то есть опекунов) и родственников.

Развитие психиатрии в современном мире характеризуется ростом числа нервно-психических заболеваний, особенно в последние десятилетия XX века. По оценке министра здравоохранения РСФСР А. И. Потапова («Советская Россия», 20 ноября 1987 г.), со-

ветской психиатрии в последнее время свойственна однобокость. Долгие годы внимание врачей-психиатров концентрировалось на изучении шизофрении в ущерб исследованию проблем алкоголизма, наркомании, неврозов. У нас не все благополучно со стационарной службой, которая нуждается в дальнейшем развитии; недостаточным было строительство психиатрических больниц. Требуют своего решения укрепление материальной базы психиатрических стационаров, снабжение их современной диагностической и лечебной аппаратурой.

Психиатрическая служба в республике, несомненно, отражает общие закономерности, присущие советской психиатрической науке и практике. В Татарской АССР коечный фонд увеличился с 3925 в 1980 г. до 4230 на конец 1987 г., обеспеченность койками на 10 тыс. населения составила 11,7 (в РСФСР за 1985 г. — 13,3). В 1987 г. улучшена материальная база Нижнекамского и Зеленодольского психоневрологических диспансеров (ПНД): увеличение количества штатных коек соответственно на 120 и 15 позволило организовать в составе Нижнекамского ПНД дополнительно два отделения — неврозов на 60 коек и детское на 30 коек. При наркологическом отделении Елабужской ЦРБ для лечения психически больных открыто 10 коек. В г. Набережные Челны в стадии завершения строительство первого в Татарии типового здания ПНД на 150 коек с лечебно-производ-

ственными мастерскими и дневным стационаром. Развернуто строительство лечебного корпуса на 145 коек при Республиканской психиатрической больнице.

Существенным вкладом в дело улучшения психиатрической помощи населению республики явился переход в 1986 г. Республиканской психиатрической больницы и Казанской городской психоневрологической больницы на принцип обслуживания больных по территориальной принадлежности. Работа по данному принципу позволила значительно улучшить уровень лечебно-диагностических мероприятий, решить проблему с «бескочными» больными, обеспечить преемственность между стационаром и внебольничной сетью. До районирования в Республиканской психиатрической больнице было 3300 больных (на 2900 коек), в настоящее время — 2550 — 2600.

Наметилась устойчивая тенденция к сокращению сроков пребывания больных в стационаре с 65,2 дня в 1980 г. до 61,7 дня в 1986 г. (в РСФСР — соответственно с 81,1 до 74,9 дня).

Развитие реабилитационного направления и широкое применение психотропных препаратов в психиатрии способствовали выписке из психиатрических больниц значительного числа психически больных, ранее находившихся в течение ряда лет в психиатрических больницах. Только 10% состоящих на учете больных с собственно психическими заболеваниями находятся одновременно в психиатрических стационарах, остальные же получают амбулаторную помощь. Так, по республике в 1980 г. на учете состоял 8641 больной эпилепсией, из них стационарное лечение прошли 939 (10,9%) человек, в 1987 г. — соответственно 9406 и 447 (4,8%) человек. В том же 1980 г. насчитывалось 7885 больных шизофренией, из них стационарное лечение получили 5365 (68%) человек, в 1987 г. — соответственно 11138 и 6464 (58%). Таким образом, отмечается определенная положительная тенденция к снижению числа случаев госпитализации.

Недостаток площадей в психиатрических учреждениях затрудняет развертывание достаточного количества коек для гериатрических больных. Распространенность пограничных нервно-психических заболеваний диктует необходимость организации психотерапевтической и суицидологической помощи.

Началось формирование подростковой психиатрической службы: открыты 2 участковых подростковых кабинета в г. Казани, по одному — в гг. Набережные Челны и Альметьевске. В гг. Бавлы, Бугульме, Елабуге, Лениногорске и Чистополе работают детские психоневрологические кабинеты; в конце 1987 г. в республике функционировали 25 детских психиатрических участков.

В штаты психиатрических (психоневрологических) учреждений введены дополнитель-

ные должности медицинских сестер социальной помощи (25,5 занятых должностей) при психоневрологических кабинетах ЦРБ.

Для улучшения экстренной помощи психически больным и предупреждения возможных общественно опасных действий с их стороны при Казанской станции скорой медицинской помощи в 1982 г. была организована вторая психиатрическая врачебная бригада, в 1985 г. — в г. Набережные Челны и в 1986 г. — в г. Альметьевске.

Восстановительное лечение осуществляют лечебно-производственные мастерские (ЛПМ) при Республиканской психиатрической больнице на 350 посадочных мест и при Казанской психоневрологической больнице на 150 мест, в Набережных Челнах — на 20 мест, Альметьевске — на 10 мест. Увеличился охват трудовой терапией больных в ЛПМ с 2831 в 1980 г. до 3842 человек в 1987 г.

Число врачей-психиатров (физических лиц) в республике возросло со 180 человек в 1980 г. до 249 на 1 января 1988 г. Ежегодно на базе Республиканской психиатрической больницы и Казанской городской психоневрологической больницы проходят подготовку по психиатрии через интернатуру 10 — 12 врачей. За годы одиннадцатой пятилетки и по настоящее время на курсах специализации и усовершенствования обучились свыше 120 врачей. Все шире практикуется направление врачей на стажировку в ведущие НИИ страны на рабочие места для участия в семинарах, конференциях, декадах, а также в ведущие психиатрические учреждения страны для обмена опытом.

Повышению квалификации врачей способствует их аттестация, участие в плановых научно-практических конференциях, заседаниях научно-медицинских обществ невропатологов и психиатров.

Ежегодно проводятся республиканские совещания-семинары для врачей-психиатров и наркологов с участием работников других ведомств (прокуратура, МВД, юстиция) по актуальным вопросам психиатрии и наркологии; регулярны межрайонные семинары для врачей-психиатров, наркологов и медицинских работников общесоматической сети.

В работе по повышению квалификации врачей-психиатров заняты научные работники кафедр психиатрии ГИДУВа и медицинского института. В эту работу активно включились сотрудники недавно организованной на базе Республиканской психиатрической больницы единственной в стране кафедры клинической фармакологии Казанского ГИДУВа.

Материально-техническая база психиатрических (психоневрологических) учреждений республики является весьма неудовлетворительной, ни одно из них не расположено в зданиях, построенных по типовым проектам. В настоящее время на одного больного

приходится 2,2 — 2,5 кв. м полезной площади вместо 7 кв. м по санитарным нормам.

Психиатрическая служба в республике до настоящего времени развивается по экстенсивному принципу, что обусловлено значительным отставанием показателей существующей обеспеченности психиатрической помощью от нормативной. Так, обеспеченность психиатрическими койками составляет 11,7 на 10 тыс. населения при нормативной потребности 23 койки, детскими психиатрическими койками — 1,4 на 10 тыс. детского населения при нормативной потребности 5 коек. Низкая обеспеченность психиатрическими койками усугубляется крайней скученностью в стационарных отделениях, а также неудовлетворительным числом мест в интернатах для психически больных-хроников в системе социального обеспечения (0,51 места на 1000 населения при нормативе 1 место), что приводит к значительной перегрузке психиатрической койки, затягиванию сроков пребывания больных-хроников в больницах, значительно ухудшает показатели работы стационаров. Так, Республиканская психиатрическая больница заполнена больными, подлежащими переводу в психоневрологические интернаты, на 40%, а Свяжская психиатрическая больница — на 100%.

Не начато строительство в 1981 г. Казанской городской психиатрической больницы на 500 коек. До сих пор не открыты психиатрические отделения в Буинской, Мензелинской и Чистопольской ЦРБ. Медленно ведется строительство типового здания Набережно-Челнинского психоневрологического диспансера.

Участковые (районные) психиатры республики достаточно активно проводят ежегодный пересмотр контингентов больных с целью снятия с учета тех, которые более не нуждаются в продолжении диспансерного наблюдения. Так, в 1975 г. на учет было взято 14372 человека, в 1980 г. — 17386, в 1987 г. — 18593, снято с учета — соответственно по годам 9119, 10981, 16953.

Накопленный за последние годы опыт показал, что все методы интенсивной терапии и социальной реабилитации больных могут в настоящее время успешно применяться во внебольничных условиях как для поддержания уровня ремиссий, достигнутых в стационаре, так и для профилактики и раннего купирования обострений и рецидивов, что приводит к снижению числа случаев первичной и повторной госпитализации больных, а также к увеличению числа состоящих на учете психически больных с благоприятным течением заболеваний.

Медикаментозное снабжение психиатрических учреждений республики в последние годы улучшилось. С 1981 г. возросла норма расходования медикаментов в психиатрических стационарах (с 31 до 55 коп. в день на больного). С этого же года введен бесплат-

ный отпуск медикаментов для амбулаторного лечения больных шизофренией и эпилепсией, являющихся инвалидами I и II групп. Вместе с тем обеспечение психиатрических учреждений медикаментами, особенно импортными, весьма неритмично. Довольно часты жалобы от населения на острую нехватку препаратов (лепонекс, неулептил, пролонгин и т. д.), получивших широкую известность среди родственников больных. Нередко препаратов, рекомендованных больному при выписке из стационара, в диспансерных отделениях не оказывается, особенно в «бесплатном» фонде. Замена медикаментов на другие вызывает негативную реакцию больных, а также его родственников.

В профилактике, своевременном распознавании, лечении нервно-психических заболеваний диспансерные методы обслуживания населения, психически и нервнобольных, а также перенесших болезни нервно-психической сферы имеют особое значение. За последние годы в ТАССР проделана определенная работа по улучшению внебольничной психоневрологической помощи. Возросла обеспеченность населения врачами-психиатрами, осуществляющими внебольничную помощь (занятые должности на 10 000 населения без наркологов), 0,24 в 1980 г. до 0,35 в 1987 г. (в РСФСР за 1985 г. — 0,37).

В 1980 г. в ТАССР было 4940 больных с неврозами, психопатией и другими психическими расстройствами непсихотического характера (в абсолютных числах), в 1987 г. — 4881, в г. Казани — соответственно по годам 2116 и 2186.

В процессе диспансеризации больных важнейшее значение имеет деятельность, направленная на восстановление личности каждого больного в результате перенесенного психического заболевания, его приспособления к жизни, обеспечения возможности участвовать в общественно полезном труде. Наряду с этим задачи диспансерного обслуживания больных не могут эффективно решаться без взаимодействия со всеми звеньями общемедицинской сети.

Многие больные с психогенными и соматоформными психическими расстройствами остаются вне поля зрения лечебных учреждений, так как в психоневрологические диспансеры они не обращаются, избегая психиатрического учета с вытекающими из него последствиями в виде различных медико-социальных ограничений; врачи же поликлиник, не зная клиники пограничных расстройств, безуспешно пытаются лечить больного, исходя из его жалоб соматического характера. Решение этой проблемы возможно только путем организации в составе поликлиник психотерапевтических кабинетов, осуществления регулярных консультативных приемов врачами-психиатрами диспансеров в помещениях районных поликлиник и ознакомления участковых врачей-терапевтов с методами распозна-

вания ранних симптомов психических расстройств.

В настоящее время болезни в целом характеризуются сдвигом в сторону более легкого их протекания. Современный патоморфоз психических заболеваний обусловлен целым комплексом длительно действующих факторов, среди которых одно из главных мест занимает массовое применение психофармакотерапии. Этим и объясняется сдвиг клинических проявлений заболеваний с психотического уровня на уровень пограничных расстройств (включая невроты), требующих в основном амбулаторных форм лечения, то есть переноса центра тяжести на внебольничные условия. Весьма эффективны в таких случаях полустационарные формы обслуживания больных, которые являются прогрессивным видом организации психиатрической помощи населению. К ним относятся дневные и ночные стационары, позволяющие с меньшей эффективностью оказывать помощь значительному числу больных, направляемых сейчас на стационарное лечение в психиатрические больницы. К тому же для их организации нужно значительно меньше экономических затрат и полезных площадей.

Количество мест в дневном стационаре Казанской ГПНБ возросло с 50 в 1980 г. до 150 в 1987 г., соответственно увеличилось число больных, леченных в нем, — с 166 до 978 человек в год, то есть количество мест увеличилось в 3 раза, а число больных — в 6 раз. Средняя длительность пребывания больного составила 33 дня (в РСФСР — 35,9), что свидетельствует об интенсивной его работе. Запланировано строительство нового корпуса, где будут открыты психотерапевтическое отделение и дневной стационар для больных с пограничными психическими расстройствами.

С 1980 г. с открытием спеццеха для психически больных с инвалидизацией в Казанском картонажно-полиграфическом комбинате на 100 рабочих мест началось формирование сети специализированных предприятий для трудового переобучения и трудоустройства инвалидов. В настоящее время они организованы на картонажной фабрике, обувном комбинате «Спартак», заводе «Газоаппарат» и других предприятиях, а также в гг. Набережные Челны, Альметьевске, Елабуге. В последние годы в Республиканской психиатрической больнице созданы бригады из числа больных, выезжающих на промышленные предприятия. Общее число мест спеццехов (участков) с учетом выездных бригад достигло 800.

Организация внебольничного лечения в сельской местности представляет собой еще более сложную задачу. К настоящему времени уже достаточно зарекомендовала себя такая форма обслуживания, как психиатрические отделения при ЦРБ. Привлечение сельских участковых больниц, сельских врачебных амбулаторий, ФАП и ФП к обслуживанию психически больных повышает качество

диспансеризации и расширяет возможности профилактики обострений и внебольничного лечения, разумеется, при условии соответствующей подготовки медицинского персонала.

Психиатрические отделения ЦРБ созданы в Азнакаево (40 коек), Бугульме (90), Зиньке (15), Лениногорске (35), Елабуге (10). Из-за неудовлетворительной материальной базы ЦРБ не открыты психиатрические отделения в Буинском, Мензелинском и Чистопольском районах.

В настоящее время первоочередными задачами психиатрической службы республики являются следующие: 1) укрепление материально-технической базы существующих психиатрических учреждений, особенно РПБ и Казанской ПНБ, путем строительства на территории этих больниц новых корпусов, психиатрической больницы на 500 коек в Высокогорском районе на территории существующего загородного филиала РПБ (в настоящее время там лечатся 400 больных), их объединения в больницы на 100 коек с переводом туда бесперспективной Свияжской психиатрической больницы; 2) строительство межрайонной психиатрической больницы в Закамье на 500 коек (Набережные Челны); 3) строительство психиатрической больницы для принудительного лечения больных с усиленным наблюдением; 4) организация психотерапевтической и суицидологической помощи населению с развертыванием сети психотерапевтических, суицидологических кабинетов и кабинетов социально-психологической помощи, службы телефона «Доверия» в г. Казани.

В свете этих требований времени весьма оправданными представляются организация сети психотерапевтических кабинетов на базе общесоматической службы, выделение этого вида медико-социальной помощи из диспансерного звена психиатрической помощи, создание при соматических клиниках коечного фонда для больных с невротами и психосоматическими расстройствами, расширение отделений пограничных расстройств в структуре психиатрических больниц и диспансеров. Следует ожидать, что выделение психотерапевтической помощи из психиатрии и приближение ее к соматической сети окажут благотворное влияние не только на показатели болезненности и заболеваемости, но и на выявление состояний предболезни, позволят решить проблему поздней обращаемости к врачу-психиатру, предупредить возникновение затяжных форм невротозов.

Практика работы психотерапевтических кабинетов общесоматической сети показывает огромную потребность в специалистах соматического профиля в консультативной, диагностической и лечебной помощи психотерапевта. В тех медицинских учреждениях, где работа в отношении психотерапии поставлена серьезно, снижаются не только показатели среднего пребывания на больничном листе,

но и количество жалоб от населения.

В общесоматической сети развернуто всего лишь 7 кабинетов, из них в г. Казани — 4, при ЦРБ — 1, в других городах — 2. В г. Казани открыты 4 психотерапевтических кабинета (при поликлиниках города). В городской психоневрологической больнице введена должность врача-психотерапевта. При поликлинике № 2 Вахитовского района организован кабинет социально-психологической помощи. При Республиканской психиатрической больнице функционирует стационарное отделение для пограничных расстройств на 80 коек. В 1988 г. совместно с соматической сетью были запланированы к открытию 7 психотерапевтических кабинетов в гг. Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске, однако этот план не выполняется. В настоящее время из числа развернутых психотерапевтических кабинетов на базе поликлиник и больниц нет ни одного кабинета психотерапии, который хотя бы в минимальной степени соответствовал требованиям и условиям работы согласно приказу МЗ СССР. Что касается перспективы развития психотерапевтической службы в организационном плане, то на первом месте должен стоять вопрос о развертывании психотерапевтических кабинетов при соматической сети в полном объеме. Вместе

с этим необходимо идти по пути создания «центра пограничных состояний» с диспансерным и стационарным отделениями, клинико-диагностическими отделами и психотерапевтическими кабинетами соматической сети. Психотерапевты должны иметь опыт работы в области психиатрии, наркологии и сексуальных расстройств. Однако по-прежнему острой остается проблема, связанная с подготовкой кадров врачей-психотерапевтов.

Мало вовлекаются в психотерапевтический процесс медицинские психологи, которые должны участвовать в нем как социотерапевты и проводить диагностическую работу.

Психотерапия находит все возрастающее применение в общей медицине. Поскольку психотерапевтическое лечение специфично, оно стало точкой пересечения ряда областей знаний: медицины, психологии, социологии, педагогики и др. Эта интердисциплинарность особенно ярко проявляется в связи со все большим распространением групповой психотерапии. Фактически в настоящее время можно констатировать тот факт, что психотерапия превратилась в самостоятельную клиническую дисциплину и, следовательно, нуждается в соответствующем развитии своих организационных форм.

Поступила 10.01.89.

ПРАКТИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.37+616.361] — 073.48

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

*И. А. Салихов, В. В. Федоров, Д. М. Красильников, С. Я. Кнубовец,
О. Ю. Карпунин, Н. Г. Закирова, А. М. Абдуллина*

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница (главврач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР

Среди новых неинвазивных и высокоинформативных методов исследований патологии печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы наибольшее распространение в настоящее время имеет ультразвуковое исследование (УЗИ). За последние годы опубликовано много работ, свидетельствующих о больших диагностических возможностях УЗИ при холелитиазе [3—5], также при хирургических заболеваниях поджелудочной железы [1, 2].

Целью настоящей работы была оценка диагностической ценности данного метода у больных с патологией панкреатобилиарной системы на основании анализа результатов УЗИ.

За последние 1,5 года в экстренном и плановом порядке было произведено 558 ультразвуковых исследований у больных, находившихся на лечении в 1 и 2-м хирургических от-

делениях Республиканской клинической больницы. Мужчин было 117 (21,0%), женщин — 441 (79%). Средний возраст пациентов — 51,5 лет.

УЗИ осуществляли с помощью аппарата SAL-35A фирмы «Toshiba» (Япония). Достоверность ультразвуковых исследований верифицирована во время операции при макро- и микроскопическом исследовании материала у 293 (52,5%) больных, а также путем сопоставления с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования у 265 (47,5%) больных, леченных консервативно. По поводу острого и хронического холецистита было прооперировано 216 больных, при этом данные УЗИ подтвердились у 195 пациентов, то есть достоверность УЗИ при холецистите составила 90,3%. По поводу острого холецистита было оперировано 74 пациента, расхождение диагнозов наблюдалось у