

Стандартизация и будущее психиатрии

В.А. Точиллов, Е.В. Снедков,

В.А. Некрас, М.А. Соляник

Санкт-Петербургская Государственная
Медицинская Академия им. И.И. Мечникова

Стандартизация является неотъемлемым элементом современной медицины. Необходимым является наличие единого языка для общения между медиками, не только в рамках одной страны, но и всего мира. Необходима также и преемственность, и единое понимание проблем в рамках одной системы здравоохранения для достижения прежде всего блага пациента, которому не приходится каждый раз начинать лечение «заново», и который гарантировано получает необходимое обследование и помощь на всех этапах её оказания.

Но существуют и недостатки не всегда продуманной стандартизации в психиатрии. Прежде всего, это касается подмены стандартами, алгоритмами, проще говоря, шаблонами, клинического мышления врача.

МКБ 10, как и DSM IV это классификации, которые создавались с целью создания некоего универсального языка для психиатров, прежде всего – для статистических целей, для научных разработок, воспроизводимости результатов исследований, понимания её не только медиками, но и страховыми компаниями, социальными работниками. Потому и лежат в её основе атеоретичность и описательный подход. Однако язык, который должен был помочь понимать друг друга врачам из различных психиатрических школ, во многом подменяет их, подменяет их клиническое мышление. Взамен понимания происходящего с пациентом пусть и весьма различного понимания, пришли «диагностические критерии», которыми руководствуются не только для заполнения статистической документации, но просто ограничивая свое понимание пациента ими. Во многом данное направление обусловлено агрессивной политикой фармацевтических фирм заинтересованных в подходе близком к синдромальному в диагностике и назначении соответствующих препаратов. То же самое касается и «алгоритмов» лечения, которые построены на основе чуждого нашей школе подхода, согласно которому препараты различаются лишь по силе и побочным эффектам, в соответствии с этим и возникают препараты «первой очереди», «препараты запаса». Но если провести аналогию с антибиотиками, ведь и они характеризуются не только силой антибактериального эффекта, но шириной и профилем антибактериальной активности, что и определяет терапевтическую тактику врача. То же касается и психотропных препаратов, назначение которых требует понимания клинической картины у данного пациента, а не статисти-

ческих категорий МКБ 10. Так при назначении антидепрессантов всегда учитывалось преобладание в клинической картине тревоги, заторможенности, меланхолического компонента. И с давних пор известно, что назначение имипрамина больному с тревожно-депрессивным состоянием даст ухудшение состояния. Так при острых психотических состояниях с преобладанием тревоги препаратом выбора является азалептин (клозапин), и назначение эглонила в этих состояниях приведет к ухудшению состояния, а он, в свою очередь, является препаратом выбора при «психозах истощения». Сейчас же нам навязывают концепцию согласно которой препарат А сильнее препарата Б, препарат Б сильнее препарата В и так далее, и все они однозначно сильнее плацебо при лечении определенного состояния. Опираются они на результаты клинических испытаний, которые являются заведомо искусственными и усредненными. Игнорируются особенности действия препаратов, их «широта и профиль» терапевтической эффективности, что должно иметь ведущее значение при определении тактики ведения пациента.

То есть, мы имеем то, что пациент воспринимается через призму неких среднестатистических показателей и тем самым пациент при этом теряется, теряется его индивидуальность, ведь при среднестатистическом подходе варианты отличные от среднего просто теряются в выборке. И врач, который руководствуется в понимании пациента «диагностическими указаниями», а при подборе лечения «алгоритмами», значительно ограничивает свои возможности. Часто это может идти лишь во вред конкретному больному, быть может, очень отличному от «среднестатистического».

Стандарты необходимы и с этим никто не спорит.

Стандарты необходимы в обследовании пациентов, для того, чтобы пациент получил необходимый минимум обследования. А не так как часто случается, что, получив информацию соответствующую «диагностическим указаниям», врач прекращает обследование, «не зачем, ведь и так все понятно» и тем самым обедняет свое понимание пациента, либо совершенно его не получает. Необходимо чтобы был закреплен некий минимум обследования, за рамки которого можно выходить, когда это потребуется.

Нужны стандарты в обеспеченности пациентов препаратами, нередко случается, что после длительного подбора терапии в стационаре пациент оказывается без возможности его получать, и определяется это не интересами пациента, а некими «списками» доступных льготникам препаратов. Часто случается, что препараты которые необходимы для длительной терапии, становятся доступными пациентам с длительными перебоями, тем самым лишая смысла назначение данного препарата.

Часто в стационарах обеспеченность препаратами, и не только ими – бельем, питанием, помещениями, персоналом и т.д. оказывается, что зависит, прежде всего, от региона в котором находится учреждение, предприимчивости главного врача и заведующего отделением. И часто даже в рамках одного стационара условия чрезвычайно разнятся. Вот где необходимо создание стандартов, стандартов во имя блага пациента. Стандартов, за соблюдение которых стоило бы бороться.

Стандарты должны быть в подготовленности специалистов, их додипломного, последипломного и последующего образования.

Необходимы стандарты и в терапии, прежде всего ургентных состояний, когда действительно мы часто имеем типичные состояния, и они требуют быстрой помощи, но чем более длительный период терапии мы определяется, тем более индивидуальный должен быть подход.

То есть в нашем понимании стандарты необходимы, и они должны быть и должны гарантировать пациенту то, что он получит необходимую помощь. То есть стандарт это должен быть некий минимум того, что гарантировано должен получить пациент, обратившийся за помощью, в диагностике, в лечении, в квалификации персонала и лечащего врача. Минимум за пределы которого можно и нужно выходить, когда этого требуют интересы пациента.