

УДК 616.001.5:616.895.7

К.С. БАЙМАГАНБЕТОВА

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы

АЛГОРИТМ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СУТЯЖНО-КВЕРУЛЯНТСКИХ СОСТОЯНИЙ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ



Частота выявляемости сутяжно-кверулянтских состояний среди населения по нашим исследованиям – 1,3%. Они ведут к экономическим и моральным потерям общества и связаны с повторными необоснованными исследованиями (клинико-лабораторными и инструментальными) в дальнейшем с организацией и проведением бесчисленных комиссионных разборов и судов различного уровня [10]. Пациенты с сутяжно-кверулянтскими состояниями пограничного уровня впервые зачастую обращаются к врачам-интернистам организаций первичной медико-санитарной помощи [5, 12]. И в настоящее время учреждения первичной медико-санитарной помощи при наличии в штате психологов и врачей-психотерапевтов нуждаются в алгоритмах по выявлению лиц с сутяжно-кверулянтскими тенденциями и в ближайшем будущем в скрининговых психотерапевтических программах. Предлагаем врачам первичной медико-санитарной помощи алгоритм донозологического выявления сутяжно-кверулянтских состояний пограничного уровня.

Ключевые слова: сутяжно-кверулянтские, алгоритм донозологической диагностики, жалобы, паранойяльный компонент.

Сутяжно-кверулянтские состояния среди населения по нашим исследованиям составляют 1,3%. Они ведут к экономическим и моральным потерям общества и связаны с повторными необоснованными исследованиями (клинико-лабораторными и инструментальными) в дальнейшем с организацией и проведением бесчисленных комиссионных разборов и судов различного уровня [11] и отвлечением врачей от основных функций и потенциально опасны для самого пациента кризовыми состояниями. Пациенты с сутяжно-кверулянтскими состояниями пограничного уровня чаще впервые обращаются к врачам-интернистам организаций первичной медико-санитарной помощи [6, 13]. И в настоящее время учреждения первичной медико-санитарной помощи при наличии в штате психологов и врачей-психотерапевтов нуждаются в алгоритмах по диагностике лиц с сутяжно-кверулянтскими тенденциями и в ближайшем будущем в скрининговых психотерапевтических программах.

Во исполнение Послания Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева от 17.01.2014 г. «Единая цель, единые интересы и единое будущее» в части касательно работы первичного медико-санитарного звена здравоохранения по предупреждению и оказанию своевременной помощи лицам с часто встречающимися и многозатратными заболеваниями, а также в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы, пункт 5 подпункта 2 и Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 г. врачи первичной медико-санитарной помощи должны знать и уметь применять алгоритмы донозологической диагностики, в том числе и по сутяжно-кверулянтским состояниям пограничного уровня.

Цель – научная исследовательская работа по изучению сутяжно-кверулянтских состояний проводится в Центре психического здоровья с 1996 г. (вышло в печати 14 статей). Целью настоящего аспекта работы является разработка

алгоритма донозологического выявления пациентов с сутяжно-кверулянтскими состояниями пограничного уровня, в помощь врачам-интернистам (невропатологам, терапевтам, врачам общей практики, врачам-психотерапевтам) первичной медико-санитарной помощи.

Материал и методы

Основанием исследований послужили 150 медицинских карт стационарных и амбулаторных больных, состоявших и состоящих под динамическим наблюдением Центра психического здоровья г. Алматы. На протяжении многих лет, начиная с 1996 г., данные пациенты осматривались, консультировались нами, отслеживался их жизненный путь и их адаптационные возможности. В ходе работы применены следующие методы исследования: метод осмотра и наблюдения, анамнестический (катамнестический), психопатологический, экспериментально-психологический.

Результаты и обсуждение

В наших исследованиях из предъявляемых пациентами жалоб на первом месте это агрипнический синдром, раздражительность, т.е. гиперстенический тип астенического синдрома. Мигрирующие боли во внутренних органах или парестезии в совокупности с готовностью к тревожности и фобиями укладываются в неврозоподобный синдром. Аффективная составляющая проявляется атипичными легкими депрессивными проявлениями с дисфорическим оттенком внешнеобвинительного характера или гипоманиакальными расстройствами с переоценкой личности или реформаторскими идеями сверхценного характера. Возможен период становления паранойяльного синдрома, который также больше ближе к пограничным состояниям, т.к. психологически понятен окружающим. Таким образом, сутяжно-кверулянтский синдром пограничного уровня состоит из незавершенных астено-неврозоподобного, аффективного и паранойяльного синдромов по позитивным уровням по А.В. Снежневскому. Это необходимо знать для правильного подбора препаратов, исходя из этого понятно, что при обращении пациентов назначаемые интернистами

препараты только седативного действия приносят кратковременный эффект, иногда впоследствии усложняют состояние, а именно присоединяются головные боли, перепады артериального давления, растет требовательность пациентов к рекомендациям врачей, недовольство обслуживанием, растет объем назначаемых обследований с целью удовлетворить запросы пациентов и круг консультаций узких специалистов. Это находит подтверждение и в работах практических врачей [6,13].

Обследование образа жизни пациентов показало суженность социальных контактов пациентов, конфликтность и неуживчивость их в микро- и макросреде в связи с завышен-

ными требованиями пациентов к окружающим, в том числе к врачам, шантажно-демонстративными суицидальными поведенческими реакциями. При затягивании ситуации данное состояние пациентов приводит к росту жалоб, привлечению к работе множество комиссий или даже судебным разбирательствам [11]. Т.к. вне поля зрения врачей, а значит без лечения, остаются аффективный и паранояльный компоненты сутяжно-кверулянтского синдрома.

В помощь врачам первичной медико-санитарной помощи с целью раннего выявления сутяжно-кверулянтских состояний в донозологический период предлагаем следующий алгоритм (табл. 1):

Таблица 1 – Критерии сутяжно-кверулянтских состояний пограничного уровня

№	Критерии	Основные диагностические признаки	Сроки
1	Анализ жалоб показывает	удельный вес претензий к окружающим выше, чем жалоб на здоровье, причем последние менее конкретизированные: – упорная бессонница; – периодические мигрирующие боли и парестезии; – множественные мысли недовольства окружающими; – пессимистичный настрой на жизнь; – неустойчивость настроения или пониженное настроение в момент приема врача; – или проявление повышенной раздражительности; – необоснованные опасения и страхи	в первые три приема врача
2	Результаты общего обследования по протоколу	Отсутствие существенных признаков обострения конкретного соматического заболевания	7-10 дней
3	Анамнез, включая сведения о среде проживания (письменно)	– наличие претензий (к семье к окружающим) или недовольство собой; – проблемы (одиночество; конфликты; скрытые страхи по типу канцерофобий)	Ко 2-3 приему врача
4	Наличие предпочтений к препаратам и пищевым добавкам вне рекомендаций врача	– биологически активным добавкам – успокоительным средствам – транквилизаторам	2-3 прием врача
5	Отсутствие динамики от назначенного врачом лечения	стереотипность жалоб или даже расширение жалоб	В течение месяца

Тактика ведения пациентов с сутяжно-кверулянтской тенденцией

1. Подготовить один общий опросник жалоб и целенаправленно просить пациента заполнить перед приемом.

1. Головные боли (подчеркнуть):

- нет
- частые,
- интенсивные, с ощущением тошноты или даже с рвотой

2. Боли в органах:

- постоянные,
- преходящие,
- иррадиирующие

3. Бессонница:

- редкая,
- частая,
- постоянные трудности засыпания,
- кошмарные сновидения

4. Страхи:

- определенные
- неопределенные

5. Обеспокоенность чем-либо:

- нет,
- есть умеренная,
- мешает спать и т.д.

6. Потеря веса в течение месяца:

- нет
- незначительная
- значительная

7. Потеря аппетита:

- нет
- да

8. Проблемы с физиологическими отправлениями:

- нет
- запоры
- послабления стула

9. Конфликты в течение года:

- нет
- есть

10. Проблемы в семье в течение года:

- нет
- есть

II. При проявлении минимум 1 из «указанных критериев» ориентировать пациента на прием к психологу Или организовать совместный осмотр с психологом

III. При наличии минимум 2 из «указанных критериев» ориентировать и направить пациента, на прием к психотерапевту

Или организовать совместный осмотр пациента с психотерапевтом

IV. При наличии всех 5 критериев: получив информированное письменное согласие пациента, ориентировать и направить его в центр психического здоровья за профильной помощью Взять образец «информированного письменного согласие пациента» в Центре психического здоровья.

Поставить пациента на контрольный вызов через актив врача или патронаж участковой медицинской сестры.

V. Применение психотерапевтами психотерапевтических методик нейролингвистического программирования или гештальттерапии

VI. При наличии всех 5 критериев отбора и нежелании пациента обращаться в центр психического здоровья обязательно организовать в поликлинике (центре) консилиум с участием психиатра.

Перед началом консилиума обязательно ознакомление пациента с его врачебным составом.

Желательно включение в состав консилиума участкового психиатра из Центра психического здоровья или сотрудника кафедры психиатрии

VII. В лечении с учетом структуры сутяжно-кверулянтского синдрома должны быть назначены специалистами кроме транквилизаторов, легкие антидепрессанты или нормотимики и нейролептики мягкого действия (эглонил, сонапакс).

Данный алгоритм отработан с врачами общей практики на практических занятиях на кафедре психиатрии КазМУНО в 2014 г.

Выводы

1. Наличие множественных жалоб, не подтверждающихся результатами обследований по Протоколу должно настораживать врача-интерниста на наличие признаков сутяжно-кверулянтской активности пациента пограничного уровня.

2. Выявление пациента с признаками сутяжно-кверулянтской активности пациента пограничного уровня требует подключения профильных специалистов (психотерапевтов, психиатров).

3. С учетом структуры сутяжно-кверулянтского синдрома показано применение психотерапевтических методик корригирующих личность, а также применение антидепрессантов или нормотимиков в сочетании с нейролептиками мягкого действия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 г.

2 Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева от 17.01.2014 г. «Единая цель, единые интересы и единое будущее»

3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы. – С. 7

4 Баймаганбетова К.С. Современный аспект эпидемиологии сутяжно-кверулянтских состояний при психических патологиях //Сб. Международной научно-практической конференции «Унифицированное обеспечение качества и модернизации клинической лабораторной диагностики», Алматы, 2008. – С. 28-29

5 Букашов Т.С., Хамитов И.Ф., Кошкимбаева К.С. Особенности постановки диагноза «Вялотекущая шизофрения» в условиях Центра психического здоровья города Алматы //Вопросы психиатрии и наркологии. Алматы – Костанай, 1993-1994. – Т. 11. – С. 18-19

6 Владимиров Б.С., Укбенев Т.С., Косаева А.Ш. Клиническая оценка структуры пограничных расстройств у жителей г. Семипалатинска /Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психологии. – Алматы, 2000. – С. 88-89

7 Кошкимбаева К.С., Медетов Х.Р. Отдельные психические расстройства, обусловленные травматической болезнью головного мозга // Научно-практический журнал «Психиатрия, психотерапия және наркология». – Алматы, 2004. – №3. – С. 13

8 Кошкимбаева К.С., Измаилова Н.Т. Клиника сутяжных состояний при шизофрении, пути диспансеризации / Труды научно-практической конференции с международным участием, посвященной 40-летию АГИУВ «Проблемы и перспективы дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения». – Алматы, 2003. – С. 218.

9 Кошкимбаева К.С., Измаилова Н.Т. Клиника сутяжных состояний при психопатии, пути диспансеризации / Труды научно-практической конференции с международным участием, посвященной 40-летию АГИ УФ «Проблемы и перспективы дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения». – Алматы, 2003. – С. 187

10 Кошкимбаева К.С. Психические расстройства при раке молочной железы /Научно-практическая конференция «Здоровье женщины – здоровье нации: Государственная программа осведомленности о раке молочной железы». – Алматы, 2006. – С. 19-23

11 Кошкимбаева К.С. «Сторонитесь скандалиста» // Юридический научно-практический журнал «Мир закона». – Алматы, 2002. – №6. – С. 26-27

12 Кошкимбаева К.С. Влияние социальной адаптации на проявление сутяжно-кверулянтских состояний психически больных //Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психологии. – Алматы, 2000. – С. 97-98

13 Несипбаева Ш.У. Соматоформные расстройства в практике участкового терапевта // Международный профессиональный журнал «Медицина». – Алматы, 2012. – №3/117. – С. 64

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Қ.С. БАЙМАҒАНБЕТОВА

*Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті,
Алматы қ.***АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ДӘРІГЕРЛЕРІНЕ ШЕКТЕУЛІ ДАУКЕСТІККЕ БЕРІЛГЕН ПАЦИЕНТЕРДІ АНЫҚТАУЫНА АРНАЛҒАН АЛГОРИТМ**

Өзектілігі: Даукестікке берілген жағдайлар шығынды қайталап себепсіз зерттеулер мен арғарай әр деңгейлі шексіз топтап сараптау мен соттық қарастырулару өткізгеннен құралады.

Зерттеудің мақсаты. Алғашқы медициналық санитарлық көмек мекемелерінің интернист-дәрігерлеріне шекті деңгейлі даукестікке берілген жағдайлы пациенттерді іріктейтін алгоритмді ұсыну.

Материал және әдістері. Алматы қаласының психика сауықтыру орталығында динамикалық қараудағы тұрған және тұратын ауруханадағы және емханадан өткен пациенттердің медициналық карталарының сараптамасы. Әдістері: қарастыру, анамнезиялық (катамнезиялық), психопатологиялық, эксперименталды-психологиялық.

Нәтижелері және талқылау. Біздің зерттеуіміз бойынша шекті деңгейлі даукестікке берілген жағдайлы пациенттер бірден алғашқы медициналық санитарлық көмек мекемелерінің интернист-дәрігерлеріне жүгінуде [5, 12]. Қазіргі уақытта алғашқы медициналық санитарлық көмек мекемелерінде штатта психолог пен психотерапевт-дәрігерлері болған мен, олар шекті деңгейлі даукестікке берілген жағдайлы пациенттерді іріктейтін алгоритмді қажет етеді және таяу уақытта скринингті психотерапевтілік бағдармаларды да қажет етеді. Алғашқы медициналық санитарлық көмек мекемелерінің интернист-дәрігерлеріне шекті деңгейлі даукестікке берілген жағдайлы пациенттерді іріктейтін алгоритмді ұсынып отырмыз.

Қортындылар. Пациенттерде көп маңызсыз шағымдануы

болуы даукестікке берілгеннің белгісі болуы мүмкін сондықтан дифференциалды алғышарттарды медициналық көмекке қолдану жөн.

Негізгі сөздер: даукестікке берілген, алгоритм нозологияға жепкізбей өткізілетін диагностика, шағымдану, паранойялық компонент.

SUMMARY

K.S. BAYMAGANBETOVA

*Kazakh medical university uninterrupted education,
Almaty c.***ALGORITHMIC BEFORE NOZOLOGICAL REVEAL ORIGINAL MEDICAL-SANITARY HELP ORGANIZATIONS DOCTORS BOUNDARY LEVEL QUERULANTIC CONSISTENS**

Actuality. litigious-querulantic conditions conduct with repeat don't basis investigations (clinikal et laboratory) and then to organization and lead much another level commissions look into and court trial (10).

Goal. Given algoritmi for doctors.

Material and methods. Analises material Center psychiatric health Almaty city. Methods: observed, anamnestic (katamnestic), psychopathologycal, experimental-psychological.

Outcomes. Out – patients with litigious-querulantic conditions boundary level for the first time more oven apply to doctors-internists original medicine sanitarly help (OMSH) organization [5, 12]. In present time original medicine sanitarly help (OMSH) organization having psychology and psychotherapy need in algoritmi on the reveal patients with litigious-querulantic tendentious and nearest future needly in psychotherapeutic scrining programms. We propouse OMSH doctors Algoritm before nozological reveal boundary level litigious-querulantic conditions.

Conclusions. Having many complaints of the patients demained differencial approachs.

Key words: litigious-querulantic, diagnostic algoritmi, complaints, paranojal komponent.