

О.С. Чабан¹, Л.Н. Юрьева², Е.А. Хаустова³, А.Й. Мамчур², А.Е. Николенко², О.Н. Барна¹
СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕПРЕССИЕЙ:
ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА ВНЕДРЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА

¹ НМУ имени А.А. Богомольца, г. Киев

² ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины», г. Днепропетровск

³ Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев
7974247@gmail.com

Ключевые слова:

депрессия,
унифицированный
клинический протокол,
уровень медицинской
помощи, индикаторы
качества.

В статье представлен анализ первого года внедрения Положения клинического протокола первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Депрессия» в реальную клиническую практику ЛПУ Украины. Определены (по мнению практических врачей ВОП-СМ и психиатров) основные преимущества и недостатки Протокола; представлены предложения по его усовершенствованию в следующей редакции.

Задачей современной доказательной медицины является повышение эффективности (уменьшение смертности и улучшение качества жизни пациентов) и безопасности (уменьшение риска развития осложнений при использовании применяемых методов терапии), а также оптимизация экономических аспектов лечения (выбор наиболее эффективного и наиболее экономичного лечебного подхода). Современные требования доказательной медицины предусматривают внедрение новейших технологий систематического сбора, анализа, синтеза и применения качественной научной медицинской информации, которая позволяет принимать оптимальные клинические решения в пользу пациента. Следовательно, речь идет о добросовестном, точном и сознательном использовании лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного пациента [1].

Использование протоколов оказания медицинской помощи является общепринятой практикой в мире. Система стандартизации медицинской помощи в международной практике состоит из клинических рекомендаций (установок), медицинских стандартов и протоколов. До недавнего времени в Украине существовали протоколы 2009 года, которые не отвечали потребностям психиатрической службы в настоящее время (в связи с появлением новых научных данных, использованием в практике новейших лекарственных препаратов и диагностических психометрических тестов и т.д.). Основные положения разработки современных стандартов оказания медицинской помощи в Украине были определены Приказом МЗ Украины от 28 сентября 2012 г. № 751 «О создании и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Украины», зарегистрированным в Министерстве юстиции Украины 29 ноября 2012 г. за № 2001/22313 [4].

Унифицированный клинический протокол медицинской помощи (УКПМД) – нормативный акт государственного уровня, который разрабатывается на основе клинического руководства с учетом возможностей системы здравоохранения (а при наличии стандарта медицинской помощи, то и в соответствии с ним). В основу разработок унифицированного клинического протокола и медицинского стандарта положены клинические руководства – источники доказательной медицины. Унифицированный клинический протокол пошагово определяет процесс оказания медицинской помощи, ее объем и ожидаемый результат. На основе УКПМД в условиях учреждения здравоохранения создается локальный протокол (ЛПМД), являющийся детализированной инструкцией оказания помощи с маршрутом пациента. Таким образом обеспечивается баланс соблюдения требований медицинского стандарта и обоснованных потребностей пациента путем реализации научной доказательной базы при оказании медицинской помощи каждому пациенту, последовательного отображения вмешательств в медико-технологических документах. Система индикаторов качества оказания медицинской помощи утверждается соответствующим УКПМД; в дальнейшем она становится основой системы мониторинга его выполнения отдельными ЛПУ [2].

В настоящее время в стадии завершения находится работа по созданию национальных клинических руководств и унифицированных клинических протоколов по темам «Шизофрения», «Аутизм», «ПТСР», «Деменция».

В декабре 2014 вниманию психиатрической общественности был представлен «Унифицированный клинический протокол оказания медицинской помощи при депрессии» (в дальнейшем именуемый Протокол). Прошел год. За это время врачами разных специальностей был приобретен опыт использования Протокола, проявились его положительные стороны, негативные моменты, объективные и субъективные трудности его имплементации.

С целью усовершенствования следующей редакции Протокола, техническая и экспертная работа над которой начнется уже в следующем году, силами специалистов двух ВУЗов (НМУ имени А.А. Богомольца, г. Киев; ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины», г. Днепропетровск) и УкрНИИ ССПН МЗ Украины (г. Киев) были проанализированы итоги годичной работы с Протоколом врачей первичной, вторичной и третичной медицинской помощи [2].

Для получения ответа на вопрос «Насколько применение Протокола облегчает или усложняет практическую деятельность врача-психиатра?» на кафедре психиатрии ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины» 20 октября 2015 года были проведены опрос и фокус-группы по использованию Унифицированного клинического протокола первичной, вторичной и третичной медицинской помощи «Депрессия» среди врачей-психиатров. Опросник был составлен сотрудниками кафедры психиатрии ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины» с учетом положений Протокола, касающихся вопросов диагностики, лечения и ведения пациентов. Были опрошены врачи-психиатры, которые оказывают вторичную (специализированную) и третичную (высокоспециализированную) медицинскую помощь в г. Днепропетровске и Днепропетровской области (табл. 1).

На вопрос «Использовали ли Вы за прошедший год в своей практике клинический протокол оказания медицинской помощи «Депрессия» от 25.12.2014 года?» положительно ответили 64,7% опрошенных врачей. Среди врачей вторичного уровня оказания помощи этот показатель составил 80%, а третичной помощи – 64,3%. Не использовали данный Протокол 35,3% опрошенных (20% – врачи вторичного, 41,7% – третичного уровня оказания помощи). При анализе этих показателей в процессе проведения фокус-групп врачи отметили, что они пользуются локальными протоколами, которые в большей степени отвечают реальным возможностям лечебного учреждения, и прежде всего, при назначении фармакотерапии.

Бумажный вариант Протокола имеют 70,6% врачей (врачи вторичного уровня оказания помощи – 80%, третичного – 66,7%). Не имеют протокола 29,4% опрошенных (врачи вторичного уровня – 20%, третичного – 33,3%).

Вопрос о целесообразности использования обязательных психодиагностических методов, указанных

в Протоколе (Госпитальная шкала тревоги, опросник здоровья PHQ-15, шкалы CGI – S), выявил следующую тенденцию: положительный ответ был получен в 58,8% случаев (среди врачей вторичной помощи – 80%, третичной – 50%); не использовали обязательные диагностические шкалы 41,2% врачей (среди врачей вторичной помощи – 20%, третичной – 50%).

На вопрос «Поняты ли Вам алгоритм интерпретации данных психодиагностических методов, указанных в Протоколе?» положительно ответили 52,9% опрошенных (врачи вторичной помощи – 60%, третичной – 50%). Процент врачей, которые дали отрицательный ответ, составил 47,1% (врачи вторичной помощи – 40%, третичной – 50%). При анализе этих показателей в процессе проведения фокус-групп врачи третичной помощи отметили, что психодиагностикой с использованием шкал занимаются психологи. Поэтому они не в полной мере овладели этими психодиагностическими технологиями.

Целесообразным назначение антидепрессантов (АД) врачами других специальностей (семейными врачами, невропатологами) считают 17,6% опрошенных (среди врачей вторичной помощи – 20%, третичной – 16,7%). Однако, процент врачей, которые считают это нецелесообразным, составил 83,3% (практически поровну среди врачей как вторичной, так и третичной помощи).

Целесообразной возможность диагностировать депрессию врачами общей практики считают только 23,5%. Интересно, что среди врачей вторичной помощи, которые непосредственно работают с семейными врачами, никто не посчитал это целесообразным. Среди психиатров третичной помощи 33,3% сочли это приемлемым, а 76,5% – нет.

Заключительные вопросы касались принципов проведения фармакотерапии и рекомендаций по курации пациентов, которые указаны в Протоколе. Принципы проведения фармакотерапии при назначении антидепрессантов (АД) используют 58,8% опрошенных (среди врачей вторичной помощи используют 100%, третичной – 41,7%), не используют – 41,2% (среди врачей вторичной помощи – 0%, третичной – 58,3%). Фокус-группы показали, что такой значительный процент врачей, ответивших «нет», объясняется тем, что они используют локальные протоколы ведения пациентов. Используют рекомендации по

Таблица 1. Результаты опроса врачей-психиатров

Вопрос	Уровень оказания помощи		
	Средний показатель	Вторичный	Третичный
Использование за прошедший год в практике клинического протокола оказания медицинской помощи «Депрессия» от 25.12.2014 года	67,4	80	64,3
Наличие бумажного варианта Протокола	70,6	80	66,7
Целесообразность использования обязательных психодиагностических методов, указанных в Протоколе	58,8	80	50
Доступность для понимания алгоритма интерпретации данных психодиагностических методов, указанных в Протоколе	52,9	60	50
Целесообразность назначения антидепрессантов (АД) врачами других специальностей (ВОП-СМ, неврологами)	17,6	20	16,7
Целесообразность возможности диагностировать депрессию врачами общей практики	23,5	0	33,3
Использование принципов проведения фармакотерапии при назначении антидепрессантов (АД)	58,8	100	41,7

курации пациентов, указанные в данном протоколе, 41,2% врачей (среди врачей вторичной помощи – 40%, третичной – 41,7%). Не используют принципы курации 58,8% (среди врачей вторичной помощи – 60%, третичной – 58,3%).

Проблемы и трудности, с которыми пришлось столкнуться практикующим врачам-психиатрам при работе с Протоколом (по данным опроса психиатров):

- «много общих слов, фраз, а конкретной информации мало»;
- нехватка времени;
- особенности психического состояния пациентов;
- проведение необходимых высокотехнологичных действий на третичном уровне (сомнография, МРТ, генетические исследования, фармакокинетические исследования и др.).

Дополнительно следует отметить, что на вопрос «Где Вы впервые услышали о существовании данного Протокола?» ответы распределились следующим образом: на курсах повышения квалификации – 35,3% (врачи третичной помощи – 41,6%, вторичной – 20%); на прерывистых курсах психиатров области – 35,3% (врачи вторичной помощи – 60%, третичной – 25%); получили информацию от коллег 11,8% врачей; из других источников информации (интернет, конференции) – 17,6% врачей.

В результате совместного обсуждения Протокола врачами-психиатрами, курсантами и сотрудниками кафедры ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины» возник целый ряд предложений, замечаний и дополнений, которые могут быть использованы при подготовке очередной версии Протокола. Эти вопросы также обсуждались на фокус-группах вместе с врачами общей практики (семейной медицины) и интернами по специальности «Общая практика – семейная медицина».

Среди большого числа **предложений**, высказанных врачами и сотрудниками кафедры ФПО, наиболее часто встречались следующие (табл. 2)

Мультицентровое обсуждение проблем и перспектив имплементации Протокола в первичной сети было проведено в режиме фокус-групп вместе с врачами общей практики (семейной медицины) силами кафедры психосоматической медицины и психотерапии НМУ имени А.А. Богомольца и одноименного отдела УкрНИИ ССПН МЗ Украины в 11 регионах при участии 236 ВОП–СМ.

Прежде всего было обращено внимание на процедуру разработки Локального Протокола (ЛПМП). Она предполагает отдельные этапы: формирование рабочей группы, обучение персонала, создание текста ЛПМП, внедрение ЛПМП в деятельность ЛПЗ и оценка эффективности его применения в соответствии со специфичными для каждого ЛПМП критериями оценки качества. Причем рабочая группа по разработке ЛПМП назначается приказом руководителя ЦПМСП (Центр первичной медико-санитарной помощи) (главного врача ЛПЗ) в течение 3 месяцев от даты размещения УКПМП в Реестре медико-технологических документов (<http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>). Таким образом, начало работы с локальными протоколами по депрессии реально пришлось на февраль-апрель 2015 года.

Более того, процедура предполагает наличие у **каждого** врача своего ЛПМП: «...у ЛПМПД детально викладається інформація щодо виконання обов'язкових заходів з **значенням відділення, посади лікаря або середнього медичного персоналу**, відповідального за захід або який виконує втручання, контактна інформація для термінового зв'язку, клінічних індикаторів якості медичної допомоги тощо» [2]. Мы подсчитали, что у

Таблица 2. Предложения кафедры ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины» по усовершенствованию Протокола

Раздел II. Общая часть «Особенности процесса оказания медицинской помощи»
Четко разграничить пределы компетентности семейных врачей и врачей-психиатров в вопросе ведения пациентов с депрессией на всех этапах течения заболевания (диагностика, фармакотерапия, психотерапия и психосоциальная реабилитация). Это связано с тем, что в Законе Украины «О психиатрической помощи» (Статья 27 «О вопросе постановки диагноза психического заболевания» и Статья 10 «Психиатрические учреждения, медицинские работники и другие специалисты, которые оказывают психиатрическую помощь») говорится о том, что психиатрический диагноз и психиатрическая помощь может оказываться только врачами-психиатрами при наличии лицензии или другими специалистами, которые прошли специальную подготовку.
Для приведения в соответствие с Законом Украины «О психиатрической помощи» (Статья 10) тематическое усовершенствование по диагностике и лечению депрессии для врачей общей практики – семейных врачей в соответствии с учебной программой (Дополнение 5), должно проводиться на кафедрах психиатрии факультетов последипломного образования высших медицинских учебных заведений, а не в учреждениях практического здравоохранения, как указано в «Унифицированном клиническом протоколе оказания медицинской помощи при депрессии». Рекомендуемая длительность цикла 2 недели.
Раздел IV. Описание этапов медицинской помощи (пункт 4.1.4).
Список препаратов первой и второй очереди необходимо составить либо в алфавитном порядке, либо с учетом времени их появления на фармацевтическом рынке
Исключить препараты, не разрешенные к применению в Украине
Включить в перечень препаратов первой линии новые высокоэффективные современные АД с доказанной эффективностью при депрессии разной степени тяжести, зарегистрированные в Украине
Среди препаратов второй линии перечислить АД других химических групп, а не ограничиваться сокращением «та інші»;
Исключить из перечня рекомендуемых антидепрессантов Селегилин, как препарат, не обладающий доказанной антидепрессивной активностью
Включить в перечень препаратов, обладающих антидепрессивной активностью, атипичные нейролептики с доказанной антидепрессивной активностью, имеющие показания к терапии депрессивных расстройств, а также большой опыт применения в клинической практике
Целесообразно выделить в отдельную линию препараты других фармакологических групп, обладающих доказанной антидепрессивной активностью

каждого врача общей практики-семейной медицины по разным нозологиям должно быть ≈ 60 ЛПМД, каждый из которых содержит ≈ 5–10 страниц. Итого ≈ 300–500 страниц текста. Дополнительно необходимо также знание приказов и инструкций МЗ ≈ 100–300 страниц текста. Выходим на формулировку «помнить нельзя забыть» (где поставить запятую?). Поэтому считаем, что «излишнее усложнение системы ведет к удорожанию и снижению надежности».

С другой стороны, исключительно положительными оценками были отмечены создание специфического для каждого ЛПЗ клинического маршрута пациента с депрессией, а также унификация диагностических процедур для ВОП-СМ. Введение синдромального диагноза на первичном уровне оказания медицинской помощи (депрессивный, астено-депрессивный, тревожно-депрессивный, ...-депрессивный, депрессивно-...) позволило не только соблюсти требования Закона Украины о психиатрической помощи, но и вывести из врачебного обихода несуществующее понятие «астено-невротический синдром».

Вместе с тем, использование диагностической шкалы депрессии PHQ-9 на первичном этапе ее внедрения вызывает определенные трудности (гипер- и гиподиагностика депрессии), что, по мнению фокус-групп, требует введения в учебную программу тематического усовершенствования по диагностике и лечению депрессии для ВОП-СМ отдельного тренинга по PHQ-9 с использованием эталонных видео и отдельной сертификации ВОП-СМ по шкале PHQ-9.

Отдельной темой для обсуждения в фокус-группах была преемственность первичной и вторичной помощи в курации пациентов с депрессией (табл. 3).

ВОП-СМ (67,2%) отмечали нежелание пациентов обращаться к психиатру даже в predeterminedенных Протоколом случаях. Это касалось прежде всего пациентов с ухудшением соматического состояния в процессе терапии, с повторными эпизодами в течение года и, в меньшей степени, с отсутствием эффекта от терапии через 4–6 недель от ее начала. Кроме того, 80,4% ВОП-СМ высказывали сомнения в целесообразности наблюдения психиатрами беременных. В целом выявилась определенная тенденция взаимного недоверия специалистов первичной и вторичной сетей по курации пациентов

с депрессией. Причем третичная сеть (кафедры ВУЗов) оказалась более лояльна по отношению к курации депрессии ВОП-СМ, высказав недоверие в наименьшей степени (26,7%).

Основным лимитирующим фактором в курации пациентов с депрессией специалисты всех уровней считают количество времени, отведенного на прием одного пациента (соответственно 87,4%; 47,3%; 21,6%). Наиболее остро эта проблема стоит перед ВОП-СМ, т.к. действительно невозможно качественно успеть в течение регламентированного МЗ Украины отрезка времени для приема одного пациента: «провести консультирование с разъяснением в доступной форме особенностей течения и лечения депрессии, дать рекомендации по изменению образа жизни, питания, физической активности и медикаментозной терапии (если назначена); согласовать с пациентом методы немедикаментозной и медикаментозной терапии депрессии; провести обучение пациента по соблюдению режима лечения и техник самоконтроля; ответить на вопросы пациента; обеспечить мониторинг эффективности лечения». Следует также отметить, что ни на одном из уровней оказания помощи врачи не отметили значимых трудностей в выборе препаратов для психофармакотерапии, что свидетельствует об их достаточной обученности принципам назначения антидепрессантов.

Перечень индикаторов качества медицинской помощи (6.1.1. Наличие у ВОП-СМ локального протокола ведения пациента с депрессией. 6.1.2. Наличие в ЛПЗ локального протокола ведения пациента с депрессией. 6.1.3. Использование опросников PHQ - 2 и PHQ - 9 ВОП-СМ для диагностики депрессии. 6.1.4. % ВОП-СМ в ЛПЗ, прошедших тематическое усовершенствование по диагностике и лечению депрессивных расстройств. 6.1.5. Процент пациентов, совершивших суицид), заложенных в действующей редакции Протокола, в основном не дают представления о качестве терапии депрессии, преемственности между отдельными уровнями оказания помощи, катamnезе пациентов после перенесенного эпизода депрессии и, наконец, о внедрении мультидисциплинарного подхода в курацию пациентов с депрессией.

Приказ МЗ Украины от 28.09.2012 г № 751 «Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги» указывает, что индикаторы качества должны

Таблица 3. Преемственность помощи (в соответствии с УКПМД «Депрессия») [2]

Клінічна ситуація	Консультація/Госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація/Госпіталізація
Наявність психотичних симптомів та гострого збудження	Консультація/Госпіталізація
Підозра на психічне захворювання (біполярний розлад, зловживання ПАР)	Консультація психіатра
Тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з ДР)	Консультація психіатра
Відсутність ефекту лікування пацієнтів з легкою та помірною депресією впродовж 4–6 тижнів	Консультація психіатра
Повторний епізод впродовж року	Консультація психіатра
Погіршення соматичного стану внаслідок терапії, що проводиться	Консультація психіатра
Вагітність	Консультація психіатра
Побагання пацієнта	Консультація психіатра

отвечать следующим критериям: отображать наиболее важные с медицинской, социальной и экономической точек зрения элементы лечебно-диагностического процесса и достигнутого результата; иметь опережающий (перспективный) по отношению к нынешней медицинской практике характер; иметь количественное выражение (например, процент пациентов, которые получили ту или иную услугу).

Подготовка следующей редакции Протокола обязательно поставит вопрос: как перейти от ожидания к реальности? Постановка целей внедрения Протокола в реальную клиническую практику позволяет предположить перспективный вариант индикаторов. Целями Протокола, по нашему мнению, являются: уменьшение количества завершённых самоубийств у пациентов с депрессией, не только во вторичном, но и в первичном звене здравоохранения; увеличение скрининга депрессии пациентов первичного звена с дополнительными факторами повышенного риска развития депрессивных расстройств (диабет, ССЗ, инсульт, хроническая боль, женщины в перинатальном периоде); улучшение преемственности между врачами первичного звена и врачами-психиатрами, особенно при совместной курации. Соответственно, в перспективе индикаторами качества могут быть: N пациентов, совершивших суицид / N пациентов с Д. в первичной сети; N пациентов, прошедших скрининг на депрессию с ХНИЗ || сахарным диабетом || ССЗ || инсультом || хронической

болью / N пациентов с ХНИЗ || сахарным диабетом || ССЗ || инсультом || хронической болью; N женщин в перинатальном периоде, прошедших скрининг на депрессию/ N женщин в перинатальном периоде; N пациентов с документированными консультациями других специалистов / N пациентов с депрессией в первичной сети. Мы полагаем, что обновление индикаторов качества медицинской помощи повлечет за собой структурное усовершенствование самого Протокола и, соответственно, уменьшит проблемы и трудности, с которыми пришлось столкнуться практикующим врачам при работе с Протоколом.

Таким образом, совместное обсуждение практическими врачами-психиатрами и ВОП-СМ, сотрудниками кафедр психиатрии, психосоматической и семейной медицины, а также организаторами здравоохранения, даст возможность оптимизировать лечебный процесс и повысить качество оказания медицинской помощи.

Список использованной литературы

1. Закон України про психіатричну допомогу. – К. : Вид-во «Сфера», 2000. – 50 с.
2. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги».
3. Степаненко А. В. Проведення сучасної системи стандартизації медичної допомоги у вітчизняній охороні здоров'я в галузі психіатрії / А. В. Степаненко, О. М. Ліщишина, Є. О. Мельник [та ін.] // Архів психіатрії. – 2013. – Том 19, № 2 (73). – С. 6–13.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія).

СУЧАСНІ РЕАЛІЇ В НАДАННІ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ДЕПРЕСІЄЮ: ПІДСУМКИ ПЕРШОГО РОКУ ВПРОВАДЖЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ

О.С. Чабан, Л.Н. Юр'єва, О.О. Хаустова, О.Й. Мамчур, А.Є. Ніколенко, О.М. Барна

У статті наведений аналіз першого року впровадження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія» в реальну клінічну практику ЛПЗ України. Визначені (за думкою практичних лікарів ВОП-СМ та психіатрів) основні переваги та недоліки Протоколу; надані пропозиції з його удосконалення в наступній редакції.

Ключові слова: депресія, уніфікований клінічний протокол, рівень медичної допомоги, індикатори якості

MODERN REALITIES OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH DEPRESSION: RESULTS OF THE FIRST YEAR OF IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL PROTOCOL

O.S. Chaban, L.N. Yur'yeva, E.A. Khaustova, A.Y. Mamchur, A.Y. Nikolenko, O.N. Barna

It was analysed the first year of implementation the Standardized clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) care «Depression» in the real clinical practice of medical institutions of Ukraine. According to the practice of general practitioners and psychiatrists, have identified the main advantages and disadvantages of the Protocol; presented proposals for improvements in the following edition.

Key words: depression, standardized clinical protocol, the level of medical care, quality indicators.