

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Работа

**«Платформа стратегического менеджмента
депрессии: междисциплинарная разработка и
внедрение на территории РФ»**

Руководитель: А.Б. Смулевич А.Б.

**Н.Н. Иванец, М.А. Кинкулькина, З.И.Кекелидзе,
Э.Б. Дубницкая, Т.П. Ключник, А.С. Тиганов,
Н.Г. Незнанов, А.В. Андрющенко, Г.П. Костюк**

Работа «Платформа стратегического менеджмента депрессии: междисциплинарная разработка и внедрение на территории РФ»

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

№	Фамилии, имена и отчества авторов, ученая степень, звание, должность по основному месту работы
1	Руководитель: Смулевич Анатолий Болеславович - академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», ФГБНУ НЦПЗ, заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики лечебного факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), ФГАОУВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
2	Иванец Николай Николаевич - член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, директор клиники психиатрии им. С.С. Корсакова УКБ №3 Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
3	Кинкулькина Марина Аркадьевна - член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии и наркологии, декан лечебного факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
4	Кекелидзе Зураб Ильич -доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный внештатный специалист психиатр Минздрава РФ, заведующий кафедрой социальной и судебной психиатрии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
5	Дубницкая Этери Брониславовна - доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», ФГБНУ НЦПЗ
6	Клюшник Татьяна Павловна - доктор медицинских наук, профессор, директор Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» ФГБНУ НЦПЗ
7	Тиганов Александр Сергеевич - академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, научный руководитель Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», ФГБНУ НЦПЗ
8	Незнанов Николай Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, директор федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Российского общества психиатров, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP)
9	Андрющенко Алиса Владимировна - доктор медицинских наук, врач-психиатр организационно-методического и консультативного отдела по психиатрии департамента здравоохранения г. Москвы», ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»
10	Костюк Георгий Петрович - доктор медицинских наук, профессор, главный врач Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Психиатрическая Клиническая Больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы», ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения г. Москвы

Реферат-презентация

По показателям глобального бремени депрессия вошла в топ-10 заболеваний человечества и является основным донором показателя бремени психических расстройств. По данным ВОЗ психическая и неврологическая патология составляют порядка 30% всех нетрудоспособных лиц. Эмоциональные нарушения в европейских странах отмечаются в течение жизни до 30% общей популяции, включая детей и пожилых, депрессии клинического уровня регистрируются у 7–12% для мужчин, 20–25% для женщин. Эластичные границы депрессий постоянно расширяются, о чем свидетельствуют популяционные и общемедицинские данные. Показано, что при наличии хронических соматических заболеваний она выявляется у 15-50%, достигая максимума при тяжелой сердечно-сосудистой патологии – у 60-90%. Заболевание депрессиями затрагивает более 350 миллионов человек по всему миру, депрессивные нарушения рецидивируют, принимают затяжной или хронический характер у 75-80%. Наиболее тяжелый их исход – суицид: около 20 % - совершают суицидальные попытки. Депрессии присвоен статус социально-значимого заболевания, маркированного потерей производительности, снижения качества жизни и риска преждевременной смерти, что повлияло на менеджмент охраны психического здоровья (план действий ЕС, 2013) (рис. 1), а также серьезной эпидемиологической проблемы с огромными суммарными затратами: в XXI веке в ЕС заняли первое место, опередив расходы на деменцию, инсульт, черепно-мозговую травму, хронические нейродегенеративные заболевания.



Рис.1. Вклад депрессивных и тревожных расстройств согласно индексу DALY

Опыт менеджмента депрессий в других странах неоднозначен, особенно в плане соотношения затрат и результатов помощи. Ведущими отечественными научно-практическими и образовательными центрами с участием сотрудников 5 кафедр клинической и социальной психиатрии около 20 лет разрабатывалась проблема депрессий, с учетом параметров лучших мировых практик и собственных данных, полученных в рамках инициативных проектов и национальной концепции развития до 2025г. В результате авторским коллективом, координируемым академиком РАН А.Б.Смулевичем, создана платформа стратегического менеджмента депрессий с релевантной информационно-аналитической базой (ПСМД), которая позволяет развивать систему хранения и анализа данных «bigdata». Тестирование оснований платформы проводилось на выборках пациентов психиатрической и общемедицинской сетей и здорового контроля в крупных городах и различных регионах РФ с помощью клинических, фундаментальных и популяционных исследований. С помощью широкомасштабных эпидемиологических исследований КОМПАС, СИНТЕЗ, БАЗИС, ЭДИП, МОДУС, РИТМ, ДЖАЗ, ДИАНА и др. изучены распространенность и специфика проявлений депрессий при шизофрении, алкоголизме, соматической патологии (сердечно-сосудистой, бронхолегочной, дерматологической, онкологической, ревматологической, неврологической).

Подтверждена распространенность различных вариантов депрессивных нарушений во всех сферах медицины и в популяционных группах риска (например, возрастных связанных с подростковым или пожилым возрастом, репродуктивным периодом, имеющих отношение к боевым/ террористическим действиям и чрезвычайным ситуациям - природным и техногенным катастрофам).

С учетом междисциплинарной специфики проблемы исследования проведены совместно с ведущими специалистами эпидемиологами, биологами, психологами, математиками. Краеугольным камнем платформы стала транснозологическая ритмологическая модель, отразившая в полной мере гетерогенность и полиморфизм депрессии. Схематически ее можно представить как четыре больших круга, центральный - меланхолический элемент (относящийся к эндогенному полю) участвует тем или иным образом во всех формах депрессии, наименее в полярных - областях доминирования средовых осцилляторов развития расстройств (психогенных, соматогенных и др.) (рис. 2).



Рис.2. Транснозологическая ритмологическая модель депрессий

Первый круг объединяет фенотипы депрессий, наиболее удаленных от эндогенного поля: психогенных с признаками «нормального» горя, деморализации, пр. или соматогенных с высоким удельным весом соматовегетативных нарушений. Их динамика реализуется в зависимости экстернатальных осцилляторов (средовых/ психогенных/ соматогенных), блокирующих эндогенный ритм. Реализации эффекта способствует интенсивность воздействия факторов (тяжелая утрата, инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность и др.) и склад личности (немеланхолическая конституция). **Второй круг** образован фенотипами психогений/ нозогений, находящимися ближе к центру. Структурно-ритмические особенности позволяют оставаться ритму развития депрессий, синхронизированным независимым осциллятором, одновременно включая некоторые свойства циркулярной меланхолии. В **третьем круге** - равноудаленном от зоны активности независимых осцилляторов и центра расположены гибридные эндоформные аффективные расстройства с отчетливыми альтернативными, перемежающимися ритмами в виде психогенно/соматогенно спровоцированных реакций и аутохтонных фаз. **Четвертый круг** – фенотипы депрессий, примыкающие к эндогенному кластеру, при которых влияние независимых осцилляторов обнаруживается лишь в дебюте заболевания. Экзогенные воздействия – триггер, и последующее развитие аффективного процесса соответствует аутохтонному ритму эндогенного заболевания. Клиническая картина исчерпывается витальными симптомокомплексами типа циркулярной меланхолии (депрессии, манифестирующие в рамках психогенно спровоцированной меланхолии, циклоидных психозов, циклосомии и др.).

Существенным преимуществом данного концептуального подхода по сравнению с традиционными стала возможность разработки базисных аспектов для современного концепта депрессии как многоуровневой коннектопатии - молекулярно-генетических, иммунологических и эндокринологических, включенных в, который необходим для развития теоретической модели. Транснозологическая модель внедрена в психиатрию, общую медицину, психосоматику, эпидемиологию, психогенетику, психоиммунологию, сферу поддержки принятия решения, развивающуюся в рамках прецизионной медицины.

Развитие персонализированной и прецизионной медицины позволяет оптимизировать психометрические тесты и биомаркерные системы для диагностики депрессии и динамики расстройств на фоне терапии, создавать неинвазивные предикторы, согласовывать лечебные, реабилитационные и профилактические программы. Как результат было разработано, валидировано большое число диагностических и терапевтических технологий с учетом этапов обострения или ремиссии, психиатрической службы или общей медицины, даны рекомендации к использованию при научно-практических исследованиях. Получен комплект патентов и свидетельств.

Благодаря развитию на ПСМД фундаментального подхода персонализированной медицины, получили преимущество алгоритмы, связывающие своевременное выявление с адекватной диагностикой и терапией: адекватный психометрический и биометрический скрининг психического здоровья, уточняющая диагностика депрессий по месту обращения, мониторинг и маршрутизация больных при необходимости более серьезной специализированной терапии. К числу инноваций ФГБНУ НЦПЗ следует отнести уникальную для разработки проблемы депрессии лабораторную тест-систему «Нейро-иммуно-тест», позволяющую определить одну из 6 групп диагностических решений. Апробирована на большом количестве пациентов с депрессивными расстройствами в рамках различных нозологий и внедрена в Москве в Центре восстановительного лечения детей до 3-х лет при 13 ГКБ; на кафедре неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультете РНИМУ им. Н.И. Пирогова; в клинике Сесиль; в ООО Центр психосоматической медицины и психотерапии (ЦПМИП); в клинике здоровой жизни «КОРДИЯ», в ГБУЗ «ПКБ№1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»; а также на базе ГНУ «Институт физиологии» (Минск), на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии СГМУ (Саратов); в ГУЗ ТО "Центр детской психоневрологии" (Тула); в ФКУ "Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением" МЗ РФ (Орел); в Лечебно-реабилитационный научный центр "Феникс" (Ростов-на-Дону). Выручка за 2 года составила > 9 млн. рублей. Соц.-экономические эффекты этой технологии и предложенных фармакогенетических технологий связаны с возможностью объективизации патофизиологической, нейроиммунологической активности, своевременного добавления и коррекции психофармакотерапии (подбирается препарат, доза), тем самым сокращается время пребывания в стационаре (сокращается койко-день), снижается число госпитализаций (на 5-10%).

Осуществлен трансфер скрининг-диагностики депрессий с учетом патогенеза депрессий в общемедицинскую сеть на территории РФ у лиц с соматизацией и коморбидной, сочетанной соматической и депрессивной патологией и пр. (рис. 3), Это способствует процессу интеграции психиатрии в общую медицину. Запущены пилотные проекты предсказательного моделирования и формирование ресурса для фундаментальных технологий с использованием автоматизированных систем искусственного интеллекта.

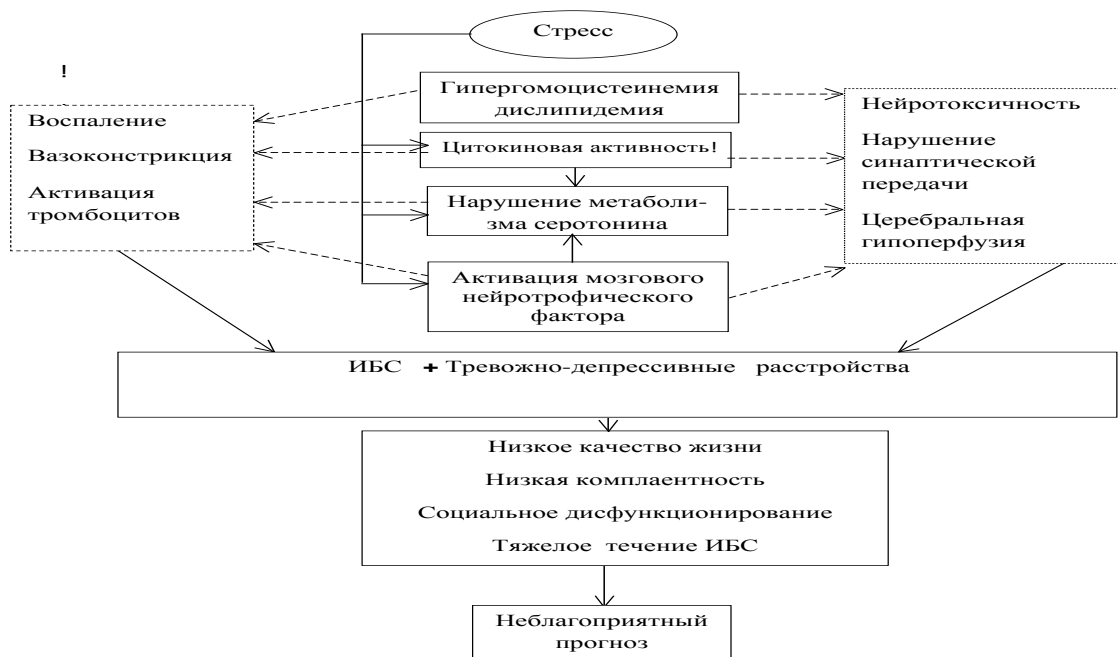


Рис 3. Схема патогенеза коморбидности ИБС и тревожно-депрессивных расстройств.

Значительный социальный и экономический эффекты ПСМД очевидны. Последовательная реализация проектов на новой платформе менеджмента депрессии позволила изменить представления о масштабе проблемы, подтвердить нецелевое расходование средств здравоохранением РФ, Москвы и С.-Петербурга, выделить приоритеты модернизации психиатрической службы (деинституализация, дестигматизация) и провести ее в короткие сроки. Разработана маршрутизация пациентов, страдающих психическими заболеваниями внутри и вне психиатрической сети. Под руководством главного внештатного специалиста-психиатра Москвы проводится работа по обращениям граждан, консультации жителей столицы.

В рамках модернизации психиатрической помощи сбалансированы имеющиеся ресурсы и потребности населения в психиатрической помощи, что позволяет обеспечивать ее доступность и повысить качество. Произведена реорганизация психиатрических стационаров города Москвы. Реализуется проект по внедрению стационарзамещающего лечения депрессивной патологии. Уже в 2013г. сокращено 25 % коечного фонда больницы (с 1015 до 760 коек), затем существенно сократился поток больных в круглосуточный стационар, что позволило поэтапно сократить число коек в больнице до 550 с предпосылками к возможности дальнейшего сокращения. В 2013 г. среднемесячное число пациентов ПКБ составляло 489, а дневного стационара - 278 (приблизительно 1,5-2 : 1), то к 2015г. эта пропорция сменилась на противоположную: 289 пациентов-в круглосуточном, 608 - в дневном стационаре (1 : 2). Компенсационно в штат ПКБ были введены отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) и медико-реабилитационные отделения (МРО) с численностью в 490 мест. При острых и тяжелых эпизодах была создана кризисная служба. С 2013 г. организовано Психиатрическое отделение неотложной помощи (ПОНП) с 3-мя круглосуточными бригадами в круглосуточном режиме на территории 11 районов ВАО и 6 районов ЦАО г. Москвы. Бригады ПОНП заняли нишу между экстренной помощью, оказываемой специализированными психиатрическими выездными бригадами скорой помощи, и плановой - в психоневрологических диспансерах (ПНД). При обострении состояния

участковый быстро направляет пациента в ОИОПП для проведения купирующей терапии без госпитализации. Неотложная помощь может быть оказана на дому психиатром ПОНП. Городское отделение «Телефон доверия» включено в организационную структуру «ПКБ № 3 ДЗМ» для первичной консультативной, психотерапевтической и медико-психологической помощи абонентам, в т. ч. с угрозой опасных действий. Один из важных индикаторов социального эффекта от реализации ПСМД является показатель самоубийств (число самоубийств сократилось с 8 на 5:100 тыс. нас. (2012 и 2014 гг. соответственно).

Внедрены стационар-замещающие подразделения для усиления взаимодействия между амбулаторным и стационарным звеньями. Изменилось соотношение пациентов круглосуточных и дневных стационаров. В 2017г. в Москве открыты 6 диспансерных модулей в КДП №121; МРО филиала №2 ПКБ №4, дневные стационары на базе МНПЦ ДиК, на территории ПБ №13 и «ПНД №24»; МРЦ «Клиника Памяти». С начала 2017 года на базе КДП № 121 реализуется проект по интеграции психиатрической службы в общую медицину: 10 психиатрических участков и дневной стационар с полипрофессиональной помощью. Бригада врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников и терапевтов обслуживается 3000 пациентов диспансерного и консультативного наблюдения. Действия по повышению качества медицинских услуг лицам с тревожными и депрессивными расстройствами обсуждались в июле 2017 года в Общественной палате РФ. Предложение было принято к обсуждению МЗ РФ. Эксперты заявили о необходимости внесения изменений в закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и введения понятия «диагноз, не влекущий социально-правовых ограничений», депрессивные расстройства.

Одним из центральных вопросов ПСМД является экономический эффект с учетом прямых затрат - стационарное лечение и пр., непрямых затрат – смертность трудоспособного населения от суицида и убытки от потери производительности. Уже при реализации пилотного проекта по внедрению стационар-замещающих форм на базе ПКБ № 3 ДЗМ получены экономические эффекты (табл. 1).

Таблица 1. Расходы на оказание психиатрической помощи и при применении стационарзамещающих технологий

	2013 г.	2016 г.	Стоимость единицы услуги в 2016 г. в рублях	Расходы в 2013 г. в рублях	Расходы в 2016 г. в рублях	Δ
Пациенто-день в дневном стационаре	126132	177248	636,72	80310767	112857347	-32546579,6
Койко-день в стационаре	209656	158625	4276,00	896489056	678280500	218208556
Общая экономия						185661976,4

По данным анализа прямых затрат (показатель стационарное лечение) при сравнении показателей за 2013 и 2016 гг. отмечается увеличение пациенто-дней в дневном стационаре в 2016 г. и уменьшение койко-дней в круглосуточном стационаре. Общая экономическая выгода от применения стационарзамещающих технологий составила 185 661 976,4 рубля. Аналогичные показатели экономической выгоды были показаны и при сравнении показателей за 2013 и 2017 гг. Соответственно общая экономическая выгода от применения стационарзамещающих технологий составила порядка 400 млн. рублей.