

ТЕМА НОМЕРА

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«Участковый врач-психиатр становится ключевым звеном системы оказания психиатрической помощи».

О преобразованиях в столичной психиатрической службе рассказывает **ГЕОРГИЙ КОСТЮК**

2 КОНЦЕПЦИЯ

Ключевые принципы выстраивания целевой модели оказания психиатрической помощи в городе Москве

3 ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Современные подходы к организации службы психиатрической помощи

4 ОСОБЫЙ ВЗГЛЯД

О смене парадигмы оказания психиатрической помощи рассказывает **Аркадий ШМИЛОВИЧ**

5 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Материалы февральской клинико-анатомической конференции



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

Амплеева Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

Арутюнов Григорий Павлович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы

Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

Девяткин Андрей Викторович, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы

Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

Жиляев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

Колтунов Игорь Ефимович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Конопляников Александр Георгиевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента

здравоохранения города Москвы

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

Департамента здравоохранения города Москвы

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

Плутницкий Андрей Николаевич, врио руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Редакция журнала «Московская медицина»: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43

www.moscowmedicine.ru

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций

28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

Поиском путей сохранения психического здоровья граждан озабочены специалисты во многих развитых странах. В качестве одного из примеров комплексного подхода к работе по поддержанию благоприятной для психического здоровья людей среды и организации помощи пациентам с психическими заболеваниями можно привести европейский план действий по охране психического здоровья. В документе уделяется особое внимание тому факту, что решение проблем в этой области – дело всего общества в целом. Значительная часть пациентов с психическими заболеваниями находятся вне стен специализированных клиник, что диктует необходимость использования самого широкого спектра методик их социальной интеграции и восстановления утраченных ими функций и навыков.

Один из ключевых принципов организации специализированной психиатрической помощи сегодня – акцент на внебольничные формы работы с пациентом. В свое время Москва стала первопроходцем в этом направлении. Еще в начале прошлого века по инициативе профессора Петра Борисовича Ганнушкина в столице был организован первый психоневрологический диспансер. С 1919 г. в городе заработала сеть таких учреждений. В этом направлении мы работаем и сегодня.

В настоящее время расширяется сеть специализированных диспансеров, ведется работа по интеграции психиатрической службы и учреждений, оказывающих общую медико-санитарную помощь, с учетом лучшего мирового опыта разрабатываются реабилитационные программы для психиатрических пациентов, которые проходят апробацию с целью последующего тиражирования в масштабах города.

Ведущая роль в системе оказания психиатрической помощи сегодня отводится участковому психиатру.

Департамент здравоохранения города Москвы в этой работе активно взаимодействует с социальными службами, Департаментом социальной защиты населения, профессиональными и пациентскими организациями. Без этого взаимодействия полноценная интеграция психиатрических пациентов в социум невозможна.

Не будет преувеличением сказать, что в городе меняется сама идеология работы психиатрической службы, целью существования которой является максимально полное восстановление социальных функций, связей и навыков пациентов с психическими отклонениями.



Алексей ХРИПУН,
руководитель
Департамента
здравоохранения
города Москвы

ОТ РЕДАКЦИИ		02
Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея ХРИПУНА		
ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА		
Георгий КОСТЮК: “Участковый врач-психиатр сегодня становится ключевым звеном всей системы оказания психиатрической помощи”	1	05
КОНЦЕПЦИЯ		
Развитие психиатрической службы в Москве – новые возможности	2	12
О Концепции развития психиатрической службы города Москвы		27
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ		
Золотой стандарт психиатрии	3	32
Современные подходы к организации работы службы психиатрической помощи		34
Полипрофессиональная бригада		49
Психосоциальная терапия пациентов с расстройствами шизофренического спектра		54
Когда не требуется госпитализация		56
Юлия БЕРСЕНЕВА: “Риск первичных и повторных правонарушений среди людей с психическими расстройствами снижается”		58
Постгоспитальный мониторинг в территориальном психиатрическом объединении ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ»		60

Интеграция психиатрического диспансерного модуля в общемедицинскую амбулаторную службу	63
Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ: “Новый формат позволит возвращать пациентов с особенностями психического состояния в общество”	65
Медико-психологическая реабилитация для пожилых людей с мягким когнитивным снижением	67
СОЦИАЛЬНАЯ СЛУЖБА	
В тесной связке	71
ОСОБЫЙ ВЗГЛЯД	
Пациентоориентированная психиатрия	4 78
КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА	
Не такой уж редкий случай	
Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 28 февраля 2017 года	5 82

ГЕОРГИЙ КОСТЮК: УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ-ПСИХИАТР СЕГОДНЯ СТАНОВИТСЯ КЛЮЧЕВЫМ ЗВЕНОМ ВСЕЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Проблемам психического здоровья и организации помощи пациентам с психическими заболеваниями уделяется особое внимание во всем мире. Ключевые тенденции при выборе путей решения стоящих проблем: деинституализация оказания помощи и интеграция пациента в социум всеми возможными способами. В русле этих тенденций ведется работа и в Москве.

Общее дело

Напомню, что в 2005 г. в Евросоюзе была принята Европейская декларация по охране психического здоровья, а к 2013 г. был принят европейский план действий по охране психического здоровья. Даже по названию видно, что он касается не только служб медицинского профиля – это всеобъемлющий план, который направлен на создание условий для поддержания психического здоровья людей. В нем, в частности, подчеркивается, что благоприятные для психического здоровья условия должны поддерживаться вокруг человека на протяжении всей его жизни и специализированная помощь должна быть доступна всем нуждающимся без ограничения и в любое время. То есть, мы говорим о ведении пациента в случае необходимости от подросткового возраста до глубокой старости.

Уделяется в плане и место такому важному направлению работы, как дестигматизация проблематики оказания помощи психиатрическим пациентам. В обществе, и это не только наша проблема, психиатрический пациент воспринимается не всегда корректно, а зачастую образ его, как и врача-психиатра, негативен. Преобладающее отношение к нашему пациенту как к источнику опасности, агрессии, в лучшем случае – как к источнику проблем. Это приводит к тому, что человек с начальными проявлениями психического расстройства не идет к психиатру, откладывает такой визит максимально долго, предпочитая обращаться за помощью в общеклинические медицинские организации. Зачастую первыми, кто



Георгий КОСТЮК, главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»

сталкивается с проявлениями психических расстройств, становятся участковые врачи, врачи-педиатры. Именно поэтому большое внимание во всем мире уделяется интеграции психиатрической и первичной медико-санитарной помощи, соответствующей подготовке врачей общей практики, участковых врачей.

Хорошо забытое старое

Важнейший аспект организации психиатрической помощи в этом контексте – ее доступность – возможность получить помощь по месту жительства и в наименее стеснительных условиях.

В этой связи важно назвать еще одну мировую тенденцию в развитии системы оказания психиатрической помощи – ее деинституализацию – отказ от больших психиатрических больниц, обслуживающих громадные территории, большие контингенты населения с длительными сроками пребывания в стационаре. Собственно, эта политика стала реализовываться еще во второй половине прошлого века. И сегодня есть страны, где вообще нет психиатрических больниц в классическом понимании этого слова. Это вряд ли пример для всеобщего подражания, но проблема деинституализации сегодня в странах Евросоюза обозначена. Важно понимать, что специализированный психиатрический стационар – место специфическое, где пациенты зачастую все еще встречаются с недостаточно внимательным отношением к себе со стороны персонала. Опять-таки, это не только отечественная проблема. Мы об этом стесняемся говорить вслух, а европейцы даже зафиксировали это в своей декларации и плане действий.

Однако именно отечественная психиатрия в свое время стала основоположником

организации системы амбулаторной психиатрической помощи. В нашей стране впервые, начиная с 1919 г., были организованы психоневрологические диспансеры – по существу, это психиатрические поликлиники. Это был уникальный опыт – впервые в мире под идейным руководством профессора Петра Борисовича Ганнушкина в Москве был организован диспансер. Москва выступила первопроходцем.

По своей сути проблемы, стоявшие тогда, сходны с теми, которые приходится решать и сегодня. Существующей сети диспансеров недостаточно, и ее надо расширять, внедряя современные методики работы с психиатрическими пациентами, цель которых – максимально возможная интеграция пациента в социум.



**БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ УСЛОВИЯ ДОЛЖНЫ
ПОДДЕРЖИВАТЬСЯ ВОКРУГ ЧЕЛОВЕКА
НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЕГО ЖИЗНИ,
И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА
БЫТЬ ДОСТУПНА ВСЕМ НУЖДАЮЩИМСЯ
БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЯ И В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ.**

В помощь социальным службам

В работе психиатрических стационаров также есть нюансы, на которые надо обратить внимание сегодня. Анализ контингента пациентов, которые находятся в психиатрических больницах, показывает, что значительное их число (от 10 до 15%) составляют люди, которые утратили социальные связи настолько, что уже не способны к самостоятельному проживанию, и которые уже прошли довольно сложный и длительный путь оформления в психоневрологический интернат. Процедура оформления в такой интернат весьма длительная и ресурсоемкая. Этот процесс может занимать до 8–10 месяцев. И все это время пациент, уже не требующий интенсивной лекарственной терапии, вынужден находиться в стенах стационара. Более того, 15% от тех, кто уже оформил перевод в интернат, также

пребывают в специализированных медучреждениях, так как в существующих интернатах элементарно нет места.

Благодаря тому, что две загородные психиатрические больницы были реорганизованы в психоневрологические интернаты, из московских психиатрических клиник удалось направить в них порядка 900 пациентов, ожидавших перевода в интернаты. Но на сегодняшний день мы опять имеем порядка 400 пациентов, которые ждут своей очереди или оформления перевода.

Проблема эта характерна для многих регионов, но Москва решила ее кардинально. Сейчас готовится к перепрофилированию в интернат еще один психиатрический стационар. Это ПКБ №15.

Почему выбор пал на эту больницу? Во-первых, больница находится на южной оконечности города, а территория, которую она обслуживает, – в СВАО. Это создает крайние неудобства и для самой системы – логистические сложности, и для родственников пациентов – им приходится ездить навещать своих близких через весь город.

Во-вторых, в стационаре наблюдается явный избыток коечного фонда. Сегодня эта больница рассчитана на 900 коек. А еще недавно, в 2011 г., там было развернуто 1700 коек, то есть в медучреждении есть достаточный потенциал для комфортного размещения социальных пациентов. При этом, к больнице были прикреплены 1 млн 300 тысяч человек, а примерно такое же число прикрепленного населения может обслуживаться меньшим числом коек. Пример тому – ПКБ №3, где на те же, по сути, 1 миллион 350 тысяч прикрепленного населения выделено 510 коек. Более того, эта больница принимает на себя всех иногородних граждан, приезжающих в Москву или живущих в столице временно. Они составляют до 40% поступающих в клинику пациентов. И при всем при этом, загрузка ПКБ №3 составляла обычно 80%, то есть порядка 50–60 коек оставались свободными.

Однако, помимо перевода уже оформленных пациентов в интернаты, есть и проблема содержания пациентов, которые ждут оформления перевода. Ведение таких пациентов принципиально отличается от ведения тех, которые поступают в стационар в критическом состоянии или состоянии обострения заболевания. Как правило, к моменту, когда принимается решение о таком переводе, пациент уже не нуждается в каком-то уникальном лечении, он просто получает поддерживающую терапию, которую мог бы получать и в амбулаторных условиях. Плюс к этому, начинается процесс сбора документов для оформления перевода – это отдельная активность. В связи с этим было принято решение о том, что городу нужна больница, которая бы специализировалась на этой работе. То есть с того момента, когда в отношении пациента принимается комиссионное решение, он переводится в больницу, которая определена в качестве профильной для этой работы. В такой больнице другое штатное расписание, так как пациенты в нее поступают с отработанными терапевтическими схемами. Функционирование такой больницы позволило бы территориальным психиатрическим объединениям, работающим с прикрепленным населением, заниматься профильной терапевтической работой по оказанию экстренной и неотложной помощи в случае, когда требуется госпитализация, и амбулаторным сопровождением пациентов либо на этапе долечивания после стационарного обследования, либо



**СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СЕТИ ДИСПАНСЕРОВ
НЕДОСТАТОЧНО, И ЕЕ НАДО РАСШИРЯТЬ,
ВНЕДРЯЯ СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ РАБОТЫ
С ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ,
ЦЕЛЬ КОТОРЫХ – МАКСИМАЛЬНО ВОЗМОЖНАЯ
ИНТЕГРАЦИЯ ПАЦИЕНТА В СОЦИУМ**

на этапе «перехвата», когда с ухудшением состояния участковый врач-психиатр не справляется.

В Москве будет три таких объединения: ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева, охватывающая психиатрическую помощь Центральный, Западный, Юго-Западный, Южный, а также Троицкий и Новомосковский административные округа, объединенные ПКБ №4 и ПКБ №3 (Северо-Западный, Северный, Северо-Восточный и Восточный административные округа) и ПБ №13 (Юго-Восточный и часть Центрального и Восточного административных округов города).

Ключевое звено

Еще раз хотелось бы подчеркнуть ключевой тренд и направление наших усилий – минимизацию стационарного лечения пациента, сокращение времени его пребывания в круглосуточном стационаре закрытого типа. В таких учреждениях пациент должен находиться только в те периоды, когда у него наблюдается острое психическое расстройство и когда он действительно представляет опасность для себя или окружающих в силу своего заболевания. Как только острота купируется, пациент должен как можно быстрее переводиться на другие формы психиатрической помощи. И грамотное ведение пациента в амбулаторном режиме участковым психиатром – ключевой элемент современной системы оказания психиатрической помощи.

Экстренная госпитализация для участкового психиатра – крайне нежелательное событие с точки зрения оценки его профессионализма и качества работы. Такая госпитализация означает, что пациент, находящийся на диспансерном наблюдении, фактически врачом не наблюдается, состояние его не контролируется, помощь ему своевременно не оказывается, что и приводит к значительному ухудшению состояния и необходимости прибегать к услугам бригад скорой медицинской помощи. Врач должен своевременно реагировать на изменение состояния пациента и предотвращать обострения заболевания. Да, бывают ситуации, когда это сделать трудно, а порой и невозможно. В таком случае врач должен отправлять пациента в дневной стационар, в отделение оказания интенсивной психиатрической помощи. Если и этого недостаточно, пациент должен направляться в психиатрическую больницу. Участковый врач-психиатр сегодня становится ключевым звеном всей системы оказания психиатрической помощи. Он работает с населением на прикрепленной территории и в идеале будет полу-

чать деньги по «подушевому» принципу и из них оплачивать услуги стационара, дневного стационара, скорой помощи. Сейчас такой принцип («подушевого» финансирования в психиатрии) прорабатывается. Конечно, это очень повышает требования к такому специалисту. В ситуации, когда он не чувствовал своей ответственности, когда его задача была в том, чтобы для стабильного пациента раз в месяц выписать рецепт на лекарства, и неважно, кто придет получать рецепт, бывало, что участковый психиатр годами мог не видеть своих пациентов. Если же приходит пациент, у которого наметилось хоть какое-то ухудшение состояния, он считал своим долгом выписать направление на госпитализацию и даже не пытался ничего предпринять на своем уровне.



**ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЛЯ
УЧАСТКОВОГО ПСИХИАТРА – КРАЙНЕ
НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ СОБЫТИЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ
ОЦЕНКИ ЕГО ПРОФЕССИОНАЛИЗМА И КАЧЕСТВА
РАБОТЫ. ВРАЧ ДОЛЖЕН СВОЕВРЕМЕННО
РЕАГИРОВАТЬ НА ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ
ПАЦИЕНТА И ПРЕДОТВРАЩАТЬ ОБОСТРЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Конечно, это очень повышает требования к такому специалисту. В ситуации, когда он не чувствовал своей ответственности, когда его задача была в том, чтобы для стабильного пациента раз в месяц выписать рецепт на лекарства, и неважно, кто придет получать рецепт, бывало, что участковый психиатр годами мог не видеть своих пациентов. Если же приходит пациент, у которого наметилось хоть какое-то ухудшение состояния, он считал своим долгом выписать направление на госпитализацию и даже не пытался ничего предпринять на своем уровне.

Конечно, это очень повышает требования к такому специалисту. В ситуации, когда он не чувствовал своей ответственности, когда его задача была в том, чтобы для стабильного пациента раз в месяц выписать рецепт на лекарства, и неважно, кто придет получать рецепт, бывало, что участковый психиатр годами мог не видеть своих пациентов. Если же приходит пациент, у которого наметилось хоть какое-то ухудшение состояния, он считал своим долгом выписать направление на госпитализацию и даже не пытался ничего предпринять на своем уровне.

Важно, что была ситуация, когда такое положение дел было всем выгодно. Больнице было выгодно потому, что туда направляли пациентов, что показывало потребность в стационарной койке, ее загруженность. Участковому психиатру это снижало персональную ответственность и уровень затрат личных ресурсов на ведение пациента. Такая ситуация влияла и на квалификацию специалистов, снижала их профессиональный уровень в итоге. Да и в стационаре никто не следил за тем, сколько пациент пребывает на лечении.

Доктор рядом

Наконец, важным направлением работы является повышение доступности общей медицинской помощи психиатрическим больным. В уже упомянутом европейском плане действий ставится задача по интеграции психиатрии с общемедицинской сетью, в том числе и в части передачи части функций первичной диагностики врачам общей практики или участковым терапевтам. На территории Москвы примером такого рода интеграции является открытие диспансерного отделения на базе Консультативно-диагностической поликлиники № 121 в Южном Бутово. Этот опыт сейчас всесторонне анализируется с целью получения понимания того, как улучшить обеспеченность наших пациентов общей медицинской помощью. Наши пациенты в значительной степени дискриминированы в этом смысле, но не потому, что их кто-то лишает возможности получить помощь, а прежде всего в силу их собственных ограниченных возможностей. В каком-то смысле система должна идти навстречу таким пациентам. Они не всегда могут сами записаться на прием, не всегда уделяют достаточное внимание своим проблемам со здоровьем, и именно это является причиной того, что в среднем срок жизни больных, страдающих шизофренией, например, на 10–15 лет меньше, чем у людей, не страдающих этим заболеванием. Наша задача – максимально охватить психиатрических пациентов общемедицинской помощью. Это значит, что с пациентами нужно общаться, выявлять их проблемы, помогать им записываться на прием. Отдельное направление работы – маршрутизация таких пациентов в случае, если им требуется профильный специалист.

Одним словом, психиатрический пациент не только не должен выпадать из поля зрения участкового врача поликлиники, но к нему должно быть приковано даже большее внимание. И задача нашей службы – максимально содействовать медицинским работникам городских поликлиник.

На основе мирового опыта

Я не случайно ссылаюсь на европейский опыт и план действий, мы тщательно изучили его и отслеживаем ключевые мировые тенденции в организации помощи людям с психическими заболеваниями. В 2013 г. Департаментом здравоохранения города Москвы было одобрено проведение пилотного проекта, в котором предполагалось максимально реализовать этот положительный и переработанный с учетом наших реалий опыт. Предпосылки реализации этого опыта заложены приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Этим приказом был введен в действие Порядок оказания медицинской помощи лицам с психическими расстройствами.



**ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ НЕ ТОЛЬКО
НЕ ДОЛЖЕН ВЫПАДАТЬ ИЗ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ
УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ,
НО К НЕМУ ДОЛЖНО БЫТЬ ПРИКОВАНО ДАЖЕ
БОЛЬШЕЕ ВНИМАНИЕ.**

Для нас основным в документе стало расширение линейки амбулаторных служб и внебольничных форм оказания стационарной помощи. Например, появилось отделение интенсивного оказания психиатрической помощи со стационаром на дому. В положении об этом отделении прямо прописано, что его задача – перехват пациента. Это означает, что при значительном ухудшении состояния бригада, состоящая из нескольких специалистов разного профиля – психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, работает с пациентом и берет обострение заболевания под свой контроль. С выходом приказа у нас появилась правовая платформа для внедрения новых стационарзамещающих форм. Департамент здравоохранения города Москвы пошел на финансирование пилотного проекта для того, чтобы понять, насколько все эти новые формы работы и новые структуры могут быть эффективными в



ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ УХУДШЕНИИ СОСТОЯНИЯ БРИГАДА, СОСТОЯЩАЯ ИЗ НЕСКОЛЬКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗНОГО ПРОФИЛЯ – ПСИХИАТРА, ПСИХОТЕРАПЕВТА, МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА, СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ, РАБОТАЕТ С ПАЦИЕНТОМ И БЕРЕТ ОБОСТРЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОД СВОЙ КОНТРОЛЬ.

условиях такого крупного мегаполиса, как Москва. Крайне важный компонент эффективной реализации всей концепции в рамках тренда на стационарзамещение – льготное лекарственное обеспечение. Невозможно поддерживать внебольничную терапию пациентов без адекватного лекарственного обеспечения. И Департамент здравоохранения города Москвы в 2017 г. существенно нарастил объемы финансирования закупок лекарственных препаратов в рамках программы льготного лекарственного обеспечения для нашей категории пациентов.

Эффект присутствия

В рамках пилотного проекта была реализована и система постгоспитального мониторинга за состоянием пациента, когда после его выписки из стационара все контактные данные передаются в специализированную службу, которая занималась

обзвоном в течение первых трех месяцев после выписки. Первый обзвон проводился в течение первых трех-семи дней после выписки, цель – убедиться, что пациент прошел необходимые процедуры или посещает дневной стационар, если ему это необходимо делать. Следующий обзвон – через месяц, потом через три. Помимо получения информации о состоянии пациента, такая система работает как элемент независимой оценки качества. Ну и, конечно же, контакт с пациентом на постгоспитальном этапе – дополнительная терапевтическая интервенция: напоминание пациенту о необходимости соблюдать назначения врача. Еще одним важнейшим компонентом пилотного проекта стала организация круглосуточной выездной службы психиатрической неотложной помощи. Сначала она работала в полусуточном режиме, затем стала очевидной ее эффективность, и режим стал круглосуточным. В 2016 г., помимо ПКБ №3, она заработала и в ПКБ №4, а в 2017 г. появится и в ПКБ №1.

В партнерстве с пациентом

Хотел бы остановиться еще на одном важном элементе работы с психиатрическим пациентом – психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. С первых дней нужно проводить работу, направленную на формирование у пациента и, главное, его родственников и близких правильного отношения к заболеванию и терапии. Эффективность программ психообразования доказана

путем проведения многочисленных многоцентровых исследований за рубежом. В такого рода программах могут быть использованы различные методики и подходы, но цель у них одна – осознание пациентом и его родственниками нового статуса. Психиатрический диагноз для пациента и его родственников – травмирующая информация. Идет отторжение, неприятие этой информации, находятся любые объяснения: переутомление, стресс, поссорился, девушка бросила, с парнем рассталась. Зачастую родственникам даже проще принять ситуацию приема психоактивных веществ, наркотиков, чем душевное расстройство. Такая позиция ведет за собой отказ от лечения. А ведь медикаментозная терапия после того, как пациента выписывают из стационара, рассчитана на несколько лет, соблюдать эти назначения нужно точно и в срок. Иначе эффект лечения пропадет. Более того, возможен не просто рецидив, но и утяжеление патологии. При этом пациенты и их близкие, особенно впервые столкнувшись с диагнозом и отторгая его, стремятся как можно быстрее отказаться от медикаментозной терапии.

Чтобы повысить комплаентность, и созданы технологии психообразования. И это – не просто выдать информационную брошюру и забыть, это работа, направленная на выработку у пациентов и их родственников определенных навыков, умений, привычек по отношению к своему состоянию. Внедрить эти методы оказалось очень непросто, тут должны слаженно работать все элементы системы. Формально подойти к реализации методик психообразования нельзя – ничего не получится. Нужна кропотливая, ежедневная работа с пациентами и их родственниками.

Но если такая работа ведется системно, она дает свои плоды. Значение этой работы трудно переоценить. Особенно она важна в случае с первым психотическим эпизодом, это самый восприимчивый для терапии период. В этот период у пациента еще не возникло серьезных необратимых изменений личности, когнитивной сферы. И именно в это период важно заложить правильное понимание своего положения, диагноза и необходимости соблюдения всех рекомендаций врача.

Проектный подход

Последнее, на чем хотелось бы остановиться. Во всех организационных изменениях на современном этапе эффективен проектный метод. Мы заканчиваем инфраструктурно-организационный этап реформы. Прошло объединение диспансеров и больниц, естественным образом произошла синхронизация штатных коек и потребности в них. Этот этап понятен, смоделирован, понятны цели, плановые показатели. Дальнейшая работа будет идти по проектному методу. Нам нужна, например, клиника первого эпизода. Сейчас мы анализируем ситуацию, чтобы понимать, что это будет за институт в рамках существующей системы психиатрической помощи. Нам необходимо поставить барьер на пути накопления инвалидизации, десоциализации пациентов, страдающих шизофренией.

Есть и еще ряд проблем, которые надо решать. Например, лечение пациенток с нарушением пищевого поведения, пожилых пациентов с начальными явлениями когнитивного дефицита. Эту работу также можно выстроить по проектному принципу.



**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ
ПСИХООБРАЗОВАНИЯ ДОКАЗАНА ПУТЕМ
ПРОВЕДЕНИЯ МНОГООЦЕНТРОВЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ
ЗА РУБЕЖОМ.**

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В МОСКВЕ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Сергей КИМ, начальник аналитического отдела НИИ ОЗММ ДЗМ

Роман ЧЕРЁМИН, руководитель ОМКО по психиатрии

Станислав СТАРОДУБЦЕВ, врач-психиатр, организационно-методический и консультативный отдел по психиатрии

Иван ЮРЧЕНКО, начальник информационного отдела НИИ ОЗММ ДЗМ

ОТ РЕДАКЦИИ

Более года на базе нашего НИИ экспертное сообщество формировало стратегическое видение развития психиатрической службы города Москвы. Проводились стратегические сессии, моделировались бизнес-процессы, включающие в себя оценку всех ресурсов, определялись критерии доступности психиатрической помощи (по условию задачи – помощь должна стать более доступной и качественной). В результате родился документ – концепция развития психиатрической службы города Москвы. Информация еще не стала публичной, но уже получила определенный резонанс среди коллег. Надеемся, что с ее появлением станет меньше спекуляций на тему того, как будет развиваться столичная психиатрия. Уверены, что представленные изменения благоприятно скажутся на пациентах, а новая модель организации службы сделает ее более эффективной и отвечающей потребностям времени. На страницах журнала «Московская медицина» информация публикуется впервые. Предлагаем нашим читателям ознакомиться с выдержками из концепции и будем благодарны за обратную связь и предложения.

«Концепция развития психиатрической службы города Москвы» (далее Концепция) представляет собой документ, содержащий три раздела, которые дополняют друг друга. Разделы представляют:

- предпосылки преобразования психиатрической службы Москвы, анализ национальных практик в организации психиатрических служб и опыта их реформирования;

- текущее состояние психиатрической службы Москвы и актуальность преобразований в ней;

- уникальное (с точки зрения отсутствия альтернативных проектов) системное описание региональной структурно-функциональной модели организации психиатрической службы, которое может быть использовано при проведении реформ в других регионах, сходных по структуре.

Уникальностью проекта является не только системность и масштабируемость решения, но и детальная проработка ресурсной модели службы, а также формирование плана последовательных мероприятий по ее реализации. Эти отличительные особенности Концепции позволяют использовать ее организаторам здравоохранения как практическое руководство при реализации преобразований в сфере психиатрических служб.

Целью создания Концепции является реализация целевой модели оказания психиатрической помощи в городе Москве к 2020 г., что позволит обеспечить пациентов доступной, эффективной, качественной комплексной психиатрической помощью, соответствующей лучшим мировым практикам и принципам доказательной медицины.

Предпосылки преобразования психиатрической службы Москвы

Охрана психического здоровья выдвинута в число приоритетных задач глобальной мировой повестки дня в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2001 г. «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда», который был утвержден Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2002 г. В детальном

исследовании, посвященном проблемам психического здоровья в мире, обозначены глобальные вызовы, связанные с распространением психических расстройств, обобщен опыт организации служб психического здоровья, обозначены стратегические тренды их развития, ключевые принципы, которым должны соответствовать национальные психиатрические службы.

На этом основании государства – члены Европейского региона ВОЗ, в том числе Россия, приняли в 2005 г. на Министерской конференции в Хельсинки Европейскую декларацию и план действий по охране психического здоровья, которые были также подписаны Европейской комиссией и Советом Европы и утверждены Региональным комитетом (EUR/RC55/R2). Тем самым была определена программа действий по искоренению стигматизации и дискриминации и развитию системы психиатрической помощи на уровне местных сообществ.

Присоединившись к Европейскому Плану действий по охране психического здоровья, Российская Федерация подтвердила серьезность намерений реализовать мероприятия, направленные на усиление охраны психического здоровья населения и повышение доступности психиатрической помощи, бороться со стигматизацией, дискриминацией и социальной изоляцией психически больных. В Декларации большое внимание уделено признанию и усилению центральной роли первичной медико-санитарной помощи; предоставлению возможности получения лицами с тяжелыми психическими проблемами эффективного комплексного лечения и ухода; обеспечению гуманного и уважительного отношения к больным, комфортного содержания в стационарах и психоневрологических интернатах; выполнению мер, направленных на прекращение использования негуманных и унижающих достоинство методов лечения; сбору и распространению наилучших примеров передовой практики.

Подписание Россией стратегических международных документов было поддержано Независимой Психиатрической Ассоциацией в Резолюции ее XII съезда в 2007 г.: «Перенесение акцента психиатрической службы на помощь в сообществе, на внестационарные формы помощи, осуществляемые полипрофессиональными бригадами специалистов, сокращение доли стационарной помощи в общем объеме психиатрических услуг, усиление социально-реабилитационной составляющей должно способствовать общему повышению качества и эффективности

психиатрической помощи, приближению ее к населению и, таким образом, обеспечению ее большей доступности, улучшению качества жизни людей с психическими расстройствами и в итоге – снижению бремени расходов общества в связи с психическими заболеваниями граждан».

В 2013 г. на 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был принят «Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.». Комплексный план действий разработан на основе консультаций с государствами-членами, гражданским обществом и международными партнерами. Он придерживается комплексного и многосекторного подхода на основе скоординированных действий со стороны медико-санитарного и социального секторов, уделяя особое внимание укреплению здоровья, профилактике, лечению, реабилитации, уходу и выздоровлению. В основу плана действий заложен принцип, согласно которому «не существует здоровья без психического здоровья». Психическое здоровье является неотъемлемой частью здоровья и благополучия, что отражено в приведенном в Уставе Всемирной организации здравоохранения определении здоровья: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Настоящий план действий был также подготовлен в целях обеспечения взаимодействия с другими соответствующими программами системы Организации Объединенных Наций, межучрежденческих групп Организации Объединенных Наций и межправительственных организаций. План действий имеет глобальный характер и призван служить основой для национальных планов действий.

Кроме того, в 2013 г. на 63-й сессии Европейского регионального комитета Всемирной организации здравоохранения был принят Европейский план действий по охране психического здоровья. В этом документе отмечается, что психические расстройства являются одной из главных проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, о чем свидетельствует их распространенность и обусловленное ими бремя болезни и инвалидности: каждый год психические заболевания поражают более одной трети населения. Европейский план действий по охране психического здоровья ориентирован на решение семи взаимосвязанных задач (четырёх профильных и трёх смежных), в нем намечены действенные и комплексные меры по укреплению психического здоровья и повышению уровня психического благополучия населения Европейского региона.

Четыре профильные задачи сформулированы как обеспечение следующих условий:

■ все люди, особенно наиболее уязвимые или входящие в группы риска, имеют равные возможности для поддержания психического благополучия на протяжении всей жизни;

■ люди с нарушениями психического здоровья являются гражданами, чьи права человека ценятся, соблюдаются и защищаются в полной мере;

■ услуги по охране психического здоровья доступны и приемлемы по стоимости и могут быть получены по месту жительства в соответствии с потребностями;

■ люди имеют право на безопасное и эффективное лечение при уважительном к ним отношении.

Три смежные мультидисциплинарные задачи предполагают обеспечение следующих условий:

■ системы здравоохранения предоставляют всем нуждающимся высококачественную общемедицинскую и психиатрическую помощь;

■ системы охраны психического здоровья работают в четко согласованном партнерстве с другими секторами;

■ стратегическое руководство и практические меры по охране психического здоровья базируются на качественной информации и современных знаниях.

Преобразования психиатрических служб в России начались уже около 20 лет назад. Развитие программ внебольничной помощи в различных регионах шло по различным моделям с учетом местных условий, наличия требуемых ресурсов, подготовленности кадров. Ориентация практики оказания психиатрической помощи происходила с учетом биопсихосоциального подхода к организации психиатрической помощи. Повышение эффективности применения современных фармакотерапевтических средств, улучшение клинического прогноза для многих пациентов позволили существенно расширить возможности их включения в психосоциальные программы, проводимые во внебольничных условиях.

Успешно проведены пилотные проекты в рамках канадско-российской программы в 2003–2007 гг. в психиатрических службах Омской, Тамбовской, Рязанской областей, Ставропольского края, в отдельных психиатрических больницах – Санкт-Петербургской городской психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко, Московской городской психиатрической больнице №10.

Российская психотерапевтическая ассоциация, Санкт-Петербургский НИИ им. В.М. Бехтерева, Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2 исследовали опыт оказания психиатрической помощи, применяемый в «Клинике динамической психиатрии Ментершвайге» в Мюнхене.

Психиатрическими учреждениями Санкт-Петербурга, Архангельска, Мурманска, Калининграда изучался опыт оказания психиатрической помощи в скандинавских странах (Швейцарии, Финляндии, Норвегии). В Екатеринбурге изучался опыт применения британской модели организации психиатрической помощи, нацеленный на внедрение методов психосоциальной реабилитации, групповых методов реабилитационных воздействий и взаимодействия с пациентами, опыт организации «жилья с поддержкой».

Российско-французское сотрудничество, направленное на развитие общественно-ориентированных форм оказания психиатрической помощи, осуществлялось в психиатрических учреждениях Санкт-Петербурга (ПБ №1 им. П.П. Кащенко, ПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова, объединение «Детская психиатрия»).

Масштабность перемен в подходах к организации служб психического здоровья в Российской Федерации выразилась в создании Общественного совета по вопросам психического здоровья при главном внештатном специалисте психиатре Минздрава России, под патронатом которого с 2008 г. учрежден Всероссийский конкурс «За подвижность в области психического здоровья». Конкурс, поддерживаемый высшим руководством отрасли, дал импульс к внедрению современных профилактических и реабилитационных программ во всех субъектах РФ. За время его существования лауреатами конкурса стали десятки психиатрических медицинских организаций, учреждений социальной защиты, общественных волонтерских организаций, оказывающих поддержку психически больным и их семьям и вносящих весомый вклад в психообразование, психопросвещение, психопрофилактику, психосоциальную реабилитацию лиц с психическими расстройствами.

Благодаря формированию единых концептуальных взглядов на принципы организации служб охраны психического здоровья в 2011 г. под эгидой Российского общества психиатров сформировано Всероссийское объединение центров психосоциальной реабилитации, предназначенное для обобщения накопленного опыта и формирования единых подходов к развитию технологий психосоциального лечения и реабилитации. Изменение парадигмы оказания психиатрической помощи привело к уменьшению потребности в стационарных круглосуточных койках. Однако инфраструктура психиатрических служб, особенности их финансирования, отсутствие необходимых ресурсов не способствовали активному системному развитию стационарзамещающих технологий.

Готовность сообщества профессионалов к дальнейшим преобразованиям отразилась в Резолюции XVI Съезда психиатров России (2015), которой предусматривается дальнейшее совершенствование психиатрической помощи за счет:

- применения системного подхода в организации психиатрической службы, приведения ее структуры в соответствие с «Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;

- выделения целевых групп пациентов и разработки лечебно-реабилитационных программ для них, ориентированных на приоритетное оказание помощи во внебольничных условиях;

- повышения терапевтической и реабилитационной активности внебольничной (амбулаторной и полустационарной) службы;

- улучшения лекарственного обеспечения амбулаторных служб, в первую очередь, за счет препаратов пролонгированного действия;

- увеличения числа мест в полустационарных и лечебно-производственных подразделениях;

- приведения нагрузки участковых врачей к реальным потребностям для осуществления диагностической, лечебной и реабилитационной деятельности;

- использования целевого планирования для развития психиатрической службы в регионах, рационального перераспределения психиатрических ресурсов;

- проведения клинико-экономического анализа прямых затрат на оказание помощи целевым группам пациентов;

- активной разработки и внедрения эффективных моделей психотерапевтической помощи лицам с психическими заболеваниями с использованием стационарзамещающих форм, амбулаторного лечения и стандартизации психотерапевтической помощи.

Одной из важнейших составляющих реформы является смена парадигмы организации психиатрической помощи. Ключевыми принципами проводимых преобразований должны стать:

- биопсихосоциальный подход и использование полипрофессионального взаимодействия с активным использованием не только биологических, но и психосоциальных методов терапии и реабилитации, психообразования;

- смена патерналистских подходов в триаде «медицинский персонал – пациент – семья» на партнерские отношения, подразумевающие активное привлечение пациентов и их семей к лечебному процессу и разделение ответственности за его конечные

результаты между всеми заинтересованными сторонами;

- формирование открытой матрицы психиатрической службы, готовой к взаимодействию с другими ведомствами, государственными и общественными организациями и институтами в интересах пациентов на принципах законности и прозрачности;

- антистигма и борьба с дискриминацией, нацеленные на гуманизацию психиатрической помощи, обеспечение равных прав для лиц с психическими расстройствами, изменение мифов и предрассудков по отношению к ним и по отношению к службам психического здоровья со стороны обывателей;

- усиление психопрофилактической составляющей, направленное на формирование здорового образа жизни и снижение рисков развития психических расстройств среди населения.

Ожидаемыми результатами парадигмальных перемен в области организации психиатрической помощи являются профилактика и раннее выявление психических расстройств, обеспечение их эффективного лечения в наиболее гуманных условиях, снижение бремени инвалидизации, повышение качества жизни лиц с психическими расстройствами благодаря максимально возможной их социальной реинтеграции. Реализация преобразований в большинстве зарубежных стран проходила путем деинституционализации, которая выражалась в сокращении доли психиатрической помощи, оказываемой в закрытых психиатрических больницах, за счет расширения ее внебольничных форм.

В странах Северной Америки и Западной Европы, а также Австралии, Новой Зеландии преобразование психиатрических служб начались еще в 50-х гг. прошлого столетия, что позволяет обобщить объективную информацию, в том числе и об отдаленных результатах проведенных преобразований.

Сравнительный анализ исследований, сопоставляющих институциональную и неинституциональную модели психиатрии, демонстрирует, что при сопоставимых клинических результатах перевод большей части психиатрической помощи во внебольничный сектор позволяет получить ряд преимуществ, значительно повышающих качество жизни лиц с психическими расстройствами:

- близость места оказания психиатрической помощи к месту проживания пациента;

- высокий уровень доступности помощи;

- улучшение функционирования пациента в избранном окружении;

- максимально возможное сохранение, восстановление и приобретение навыков, необходимых пациенту для его социальной интеграции;
- возможность поддержки пациента со стороны близких и друзей в процессе лечения;
- минимальные риски злоупотреблений;
- невозможность использования психиатрии для решения социальных проблем и подавления инакомыслия;
- минимальное проявление социальной стигматизации и дискриминации;
- повышение доверия врачам;
- обеспечение общественной безопасности путем применения современных технологий лечения в амбулаторных условиях – недопущения наступления клинических состояний, приводящих к возможности совершения ими действий, наносящих вред окружающим и/или им самим;
- соблюдение гражданских прав пациентов с психическим заболеванием.

Реформирование модели оказания психиатрической помощи – положительный и отрицательный опыт

Опыт проведения реформ в разных странах нашел свое отражение в Своде методических рекомендаций ВОЗ по вопросам политики оказания услуг в области психического здоровья «Политика, планы и программы в области психического здоровья». В других странах в ходе реформирования служб охраны психического здоровья исполнители сталкивались с рядом явлений, приводящих к существенной задержке преобразований и, соответственно, снижению их результативности. Среди них – несогласованность этапов реализации проводимых преобразований, в частности проведение сокращения коечного фонда, опережающего создание соответствующей амбулаторной инфраструктуры. Наблюдалось и сопротивление со стороны участников преобразований – процесс реформирования психиатрических больниц представляет собой классический случай, когда персонал медицинских учреждений, с одной стороны, и пациенты и члены их семей – с другой чувствуют, что могут чего-то лишиться. Одни – льгот, полагающихся за работу в условиях круглосуточного психиатрического стационара, другие – доступной квалифицированной помощи, третьи – возможности изоляции родственника в период обострения психического заболевания. Традиционной проблемой стал дефицит квалифицированных кадров в области психического здоровья,

связанный с тем, что многие психиатры, клинические психологи и другие категории специалистов были обучены навыкам работы в психиатрических стационарах в идеологии изоляционной модели, недооценивали роль модели медико-социальной помощи по месту жительства. В ходе организационных изменений требовалось в сжатые сроки осуществить переподготовку специалистов и расширить штаты амбулаторных учреждений. Для организаторов процесса это означало необходимость при планировании реформы учитывать время и средства, требуемые для проведения мероприятий по подготовке и переподготовке кадров.

Имел место и конфликт интересов между первичным звеном и учреждениями, оказывающими стационарную помощь, – перегруженные работой бригады специалистов первичного звена иногда направляли всех людей с психическими расстройствами в психиатрические стационары.

Наконец, нередко встречалось и сопротивление со стороны профсоюзов медперсонала психиатрических стационаров. В ряде стран это обстоятельство становилось настоящим камнем преткновения для реформирования психиатрической службы. Дело в том, что при проведении в жизнь идеи организации помощи по месту жительства, сокращения коечного фонда или закрытия больницы персонал опасается потерять работу или льготы. Однако данная проблема, как правило, исчезает, если людей более подробно информируют о цели, задачах, ходе и планируемых результатах реформ. Очевидно, что процесс смены модели оказания психиатрической помощи во всех странах имел одинаковые риски. Все они были учтены при разработке Концепции организации психиатрической службы г. Москвы.

Анализ существующей модели оказания психиатрической помощи в Москве

Оказание медицинской и ассоциированной с ней помощи лицам с психическими расстройствами в г. Москве осуществляется как специализированными медицинскими организациями и медицинскими организациями общего профиля, имеющими в своем составе психиатрические отделения, так и стационарными организациями социального обслуживания, предназначенными для лиц, страдающих психическими расстройствами (табл. 1).

В исследование вошли учреждения только первой группы, обслуживающие прикрепленное население. Каждое из них представляет так называемое территориальное психиатрическое объединение (ТПО) – комплекс, состоящий из круглосуточного стационара

Рабочая группа

Работа над Концепцией проводилась аналитическим отделом НИИ ОЗММ ДЗМ в тесном взаимодействии с представителями профессионального медицинского сообщества в области психиатрии. В состав рабочей группы вошли сотрудники организационно-методического отдела по психиатрии ДЗМ, главный внештатный специалист по психиатрии, главные врачи всех психиатрических медицинских организаций ДЗМ, независимые эксперты.

и филиалов – амбулаторных подразделений (психоневрологических диспансеров).

Аналізу были подвергнуты данные, описывающие все стороны деятельности указанных организаций, – обеспеченность кадрами, площадями, медицинским оборудованием, объемы оказанной помощи и ее финансирование, а также постатейные затраты по каждому учреждению.

Для исследования и оценки деятельности психиатрической службы были использованы статистические данные, полученные из различных официальных источников:

- бюро медицинской статистики ДЗМ;
- экспертная система «Рамзес»;
- информационные системы кадрового и бухгалтерского учета медицинских организаций («Парус», «1С»);
- планы финансово-хозяйственной деятельности;
- локальные МИС медицинских организаций;
- Мосгорстат;
- Росстат;
- отчеты медицинских организаций, представленных по запросу ОМКО по психиатрии.

Данные, полученные в ходе аудита, были подвергнуты системному анализу, на основе которого путем экспертных оценок в ходе стратегической сессии определены ключевые параметры целевой модели психиатрической службы, а также их значения, которые должны быть достигнуты к 2020 г. Исходя из этих параметров, на основе международных стратегических документов, накопленного отечественного опыта организации психиатрических служб и действующих нормативных документов, регулирующих организацию психиатрической помощи и санитарно-эпидемиологических требований, были разработаны детальная ресурсная модель психиатрической службы Москвы и стратегический план реализации функциональных преобразований в отрасли.

Наиболее значимые результаты аудита ТПО

Первый показатель, который учитывался в ходе анализа, – средняя длительность госпитализации. Этот показатель является интегральным и используется в

оценке деятельности учреждений здравоохранения во всех странах. В настоящем исследовании во избежание некорректных сравнений не проводилось сопоставлений с аналогичными показателями других стран или значениями медико-экономических стандартов, принятых в России.

Сравнению подвергались средние значения длительности терапии в различных медицинских организациях в зависимости от нозологической принадлежности. В соответствии с общепринятой практикой пациенты, получающие помощь в ТПО, были объединены в семь нозологических групп: деменции, органические психозы, шизофрения и шизофреноподобные психозы, аффективные психозы, пограничные расстройства, умственная отсталость и зависимости.

Значения показателей средней длительности госпитализации, демонстрируемые каждым из шести ТПО, достигали двукратного размера. Наименьшее значение показателя средней длительности госпитализации в шести из семи групп было у ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского.

Для более тщательной оценки качества оказываемой психиатрической помощи сравнению были подвергнуты показатели количества выездов скорой психиатрической помощи на 100 тысяч прикрепленного населения на территории обслуживания ТПО. Показатель выбран в качестве наиболее объективного, не зависящего от «административного ресурса» оцениваемой медицинской организации.

Анализ значений данного показателя продемонстрировал минимальное значение на территории, обслуживаемой ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского, – 221 вызов. Максимальное значение составило 304 (+38%) у ПКБ №15.

Одним из социально значимых показателей деятельности психиатрических служб является количество противоправных действий, совершенных лицами с психическими расстройствами. В этой связи для объективизации качества работы психиатрических служб с пациентами, состоящими в группе диспансерного психиатрического наблюдения, были сопоставлены нормированные на 100 тыс. населения значения

Таблица 1. Сведения об учреждениях, оказывающих помощь пациентам с психическими расстройствами на начало 2016 года

Тип учреждения	Перечень и предназначение учреждений	Число круглосуточных коек	Число мест в дневных стационарах
Специализированные психиатрические медицинские организации	ТПО (ПКБ №1, ПКБ №3, ПКБ №4 (с учетом ПНД №22), ПБ №13, ПБ №14, ПКБ №15)	5,59 тыс. коек	1,65 тыс. мест
	Специализированные психиатрические организации для лечения пограничных психических расстройств (НПЦ психоневрологии им. З.П. Соловьева, ГБУЗ «ПКБ им. Ю.В. Каннабиха ДЗМ»)	0,66 тыс. коек	0,37 тыс. мест
	Специализированные психиатрические организации для лечения психических расстройств у детей и подростков (НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, ДПБ №11, дневной стационар ПНД №22)	0,80 тыс. коек	0,14 тыс. мест
	Специализированные психиатрические организации для проведения принудительного лечения (ПБ №5)	2,01 тыс. коек	0
Медицинские организации общего профиля	Соматопсихиатрические отделения в ГКБ №1, ГКБ №20, ГКБ №67, ГКБ им.Боткина, НИИ им.Склифосовского, госпитали инвалидов ВОВ №1 и №2	0,29 тыс. коек	0
	Психотуберкулезные отделения в ГКБ им. А.Е.Рабухина	0,20 тыс. коек	0
Всего по медицинским организациям		9,55 тыс. коек	2,16 тыс. мест
Специализированные организации стационарной социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами	Психоневрологические интернаты, Центры семейного воспитания, Геронтологический центр «Милосердие»	11,4 тыс. коек	0
	Пансионат для ветеранов труда №17	0,21 тыс. коек	0
	Негосударственные социальные стационарные организации, оказывающие помощь, финансируемую ДТСЗН	0,22 тыс. коек	0

Общее количество коек для оказания стационарной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, – 21,38 тыс.

числа лиц, направленных на принудительное лечение по приговору суда после совершения общественно опасных действий.

Значение этого показателя для территории, обслуживаемой ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского, равно 1,67 (на 100 тыс. прикрепленного населения), а у ПКБ №15 – 2,49. Максимальные значения этого показателя принадлежат ПКБ №14 и ПКБ №13 – соответственно 3,26 и 3,70 (на 100 тыс. прикрепленного населения). Анализ деятельности ТПО продемонстрировал, что более высокие показатели результативности деятельности ГБУЗ ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ассоциированы с интенсивным развитием амбулаторного сектора. В частности, сравнение показателей, описывающих деятельность амбулаторного звена, выявило следующую картину.

Количество больных, пролеченных в дневных стационарах (в расчете на 100 тыс. прикрепленного населения), в ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского составляет 275, а в ПКБ №15 – 127. При этом обеспеченность (на 100 тыс. прикрепленного населения) площадями помещений дневного стационара в ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского составляет 113 м², а в ПКБ №15 – 102 м², при этом количество пациенто-мест дневных стационаров составляет 35,7 в ПКБ №3, а в ПКБ №15 – лишь 16 (на 100 тыс. прикрепленного населения).

Таким образом, в ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского на сопоставимых с ПКБ №15 площадях в дневном стационаре находится вдвое больше пациенто-мест, проходят лечение более чем вдвое большее количество пациентов, а количество экстренных госпитализаций – на треть меньше, чем в ПКБ №15.

При этом финансовая обеспеченность медицинских служб психического здоровья на 100 тыс. населения в ПКБ №3 составляет 86,1 млн рублей, тогда как в ПКБ №15 – 98,4 млн рублей в год.

Детальный анализ деятельности ГБУЗ «ПКБ№3 им В.А. Гиляровского ДЗМ» показал, что еще в 2013 г. по инициативе руководства больницы в учреждении началось развитие стационарзамещающих технологий. Была создана система мониторинга состояния пациентов после выписки, на 40% увеличено количество коек в дневном стационаре, создана служба неотложной психиатрической помощи. Как итог – при

уменьшении почти вдвое количества круглосуточных коек длительность лечения сократилась в среднем с 37 до 29 дней, а общее количество госпитализаций – почти на треть.

Таким образом, при сохранившейся численности обслуживаемого населения и среднего количества пациентов гораздо большая их доля стала получать необходимую помощь без госпитализации в условиях полустационарных форм, а сами госпитализации стали менее продолжительными. При этом, несмотря на более экономное использование финансовых ресурсов, качество оказываемой психиатрической помощи не пострадало.

Учитывая полученные результаты, рабочей группой принято решение о признании опыта ГБУЗ «ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ» лучшей московской психиатрической практикой, которая соответствует международным трендам в развитии психиатрических служб и требует масштабирования на службу города.

Данные, полученные в ходе аудита психиатрической службы и выделения лучшей московской практики, легли в основу целевых значений ключевых показателей предлагаемой модели организации психиатрической помощи города Москвы.

Анализ существующей ресурсной модели психиатрической службы позволил определить ключевые системные несоответствия, которые препятствуют реализации поставленных задач, а также пути их исправления: программа развития инфраструктуры амбулаторного и стационарного звена, предложения по перераспределению кадровых и финансовых ресурсов внутри психиатрической службы, задачи по формированию необходимых компетенций у сотрудников психиатрической службы, матрица ключевых рисков реализации проекта проводимых преобразований.

Описание региональной структурно-функциональной модели организации психиатрической помощи

В связи с разнообразием форм и задач оказания психиатрической помощи в учреждениях различных профилей и ведомственной принадлежности, что соответствует законодательству в данной области

(ст. 18 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»), разработка структурно-функциональной модели организации психиатрической службы Москвы была намеренно ограничена специализированными психиатрическими медицинскими организациями, оказывающими помощь прикрепленному населению, согласно территориальному принципу.

Данные учреждения были выбраны в качестве приоритетных для проведения преобразований, так как решают наиболее актуальные на сегодняшний день задачи. Очевидно, что деятельность территориальных психиатрических объединений, затрагивающих интересы подавляющего количества лиц с психическими расстройствами, способна при эффективной организации обеспечить наиболее высокие и качественные результаты как профилактики и раннего выявления заболевания, так и своевременного оказания психиатрической помощи. При этом наибольшая отдача от проведенных преобразований может быть получена при совершенствовании работы с пациентами, имеющими наибольший реабилитационный потенциал. В связи с этим создание модели организации психиатрической службы Москвы было начато именно с разработки новой структуры территориальных психиатрических объединений и не затрагивало медицинские организации, обеспечивающие выполнение особых задач: оказание психиатрической помощи детям и подросткам, проведение стационарного принудительного лечения, оказание соматопсихиатрической помощи, оказание психиатрической помощи больным с пограничными психическими расстройствами. Также в исследование не включались учреждения системы социальной защиты населения, участвующие в оказании психиатрической помощи.

Главными задачами при составлении модели являлись следующие.

- Обеспечение равной доступности для всех жителей столицы к современным формам и технологиям как стационарной, так и внебольничной психиатрической помощи; обеспечение всех районов Москвы полнофункциональным и стандартизированным набором структурных подразделений психиатрических служб, регламентированных порядками оказания психиатрической помощи (Приказ МЗ РФ от 17.05.2012 №566н).

- Обеспечение преемственности оказываемой помощи между структурными подразделениями психиатрических служб с целью формирования непрерывного процесса оказания комплексной помощи лицам

с психическими расстройствами в соответствии с биопсихосоциальной парадигмой организации психиатрической помощи.

Для расчета модели в качестве эталона были использованы параметры лучших практик, выявленных в ходе аудита психиатрических медицинских организаций столицы и пригодных для масштабирования в рамках всей психиатрической службы.

Сложность задачи заключалась в необходимости расчетов параметров службы для мегаполиса, население которого насчитывает около 12,3 млн человек, что потребовало сегментации психиатрической службы на однотипные (содержащие одинаковый набор структурных подразделений) кластеры.

Исходя из этого, Концепцией описана принципиальная модель кластерно-модульной структуры территориального психиатрического объединения.

В разработанной модели кластер (территориальная единица) обслуживается полнофункциональным набором структурных подразделений, регламентированных порядком оказания психиатрической помощи, которые способны в полной мере обеспечить все потребности населения в оказываемой психиатрической помощи, и находится под единым управлением. Кластер включает в свою структуру полный набор функциональных подразделений:

- диспансерное отделение;
- отделение интенсивного оказания психиатрической помощи;
- дневной стационар;
- медико-реабилитационное отделение;
- психиатрическое отделение неотложной помощи.

Отдельные структурные подразделения, рассчитанные на содружественное функционирование, исходя из своего предназначения сгруппированы в модули для обслуживания конкретных районов столицы с примерно одинаковым числом проживающего населения и размещаются в максимально доступных для населения районах с учетом транспортной инфраструктуры и географии города.

Ключевым отличием кластерно-модульной модели от существующей структуры психиатрической службы Москвы является разнообразие ассортимента стационарзамещающих технологий, способных обеспечить долечивание после курса интенсивной стационарной терапии и «перехват» (своевременное купирование декомпенсаций и обострений в амбулаторных условиях) пациентов в моменты клинических ухудшений. Кроме того, предлагается размещение функциональных модулей с учетом максимальной территориальной

доступности для населения, что особенно важно при проектировании психиатрических служб. Согласно предлагаемой модели население Москвы прикреплено к 10 кластерам, в состав которых входят психоневрологические диспансеры – функциональные модули.

Согласно разработанной модели, в состав одного кластера входят четыре модуля, которые расположены в различных зданиях, приближенных к зонам обслуживания, и обеспечивают максимальную транспортную доступность. Состав каждого модуля включает диспансерное отделение, обслуживающее 10 участков, дневной стационар на 50 пациенто-мест и отделение интенсивного оказания психиатрической помощи на 30 пациенто-мест. К типовому модулю, рассчитанному на обслуживание 10 участков, прикреплено 300 тыс. населения, что соответствует требованиям порядка оказания психиатрической помощи и обеспечивает прикрепление к каждому участку по 25 тыс. взрослого населения.

Один из четырех модулей является головным и обеспечивается дополнительными помещениями для размещения подразделений, необходимых для обслуживания населения всего кластера (т.е. рассчитанных

на обслуживание 1,2 млн прикрепленного населения): психиатрическое отделение неотложной помощи взрослому населению, кабинеты активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного наблюдения и лечения, медико-реабилитационное отделение на 100 пациенто-мест.

Для оказания стационарной психиатрической помощи прикрепленному населению произведен расчет необходимого количества круглосуточных коек исходя из параметров целевой модели, сформулированной на стратегической сессии руководителями действующих психиатрических больниц. Среди таких параметров – средняя длительность работы койки в году – 340 дней, средняя длительность госпитализации – 30 дней, количество госпитализаций в год на каждые 100 тыс. прикрепленного населения – 240. Требуемое количество круглосуточных психиатрических коек в территориальных психиатрических объединениях составляет 2600 (500 из которых выполняют особые задачи, стоящие перед психиатрической службой: оказание помощи иностранцам, иногородним гражданам, экспертные койки, а также койки для лиц без определенного места жительства).

Ключевые показатели целевой модели организации психиатрической помощи города Москвы:

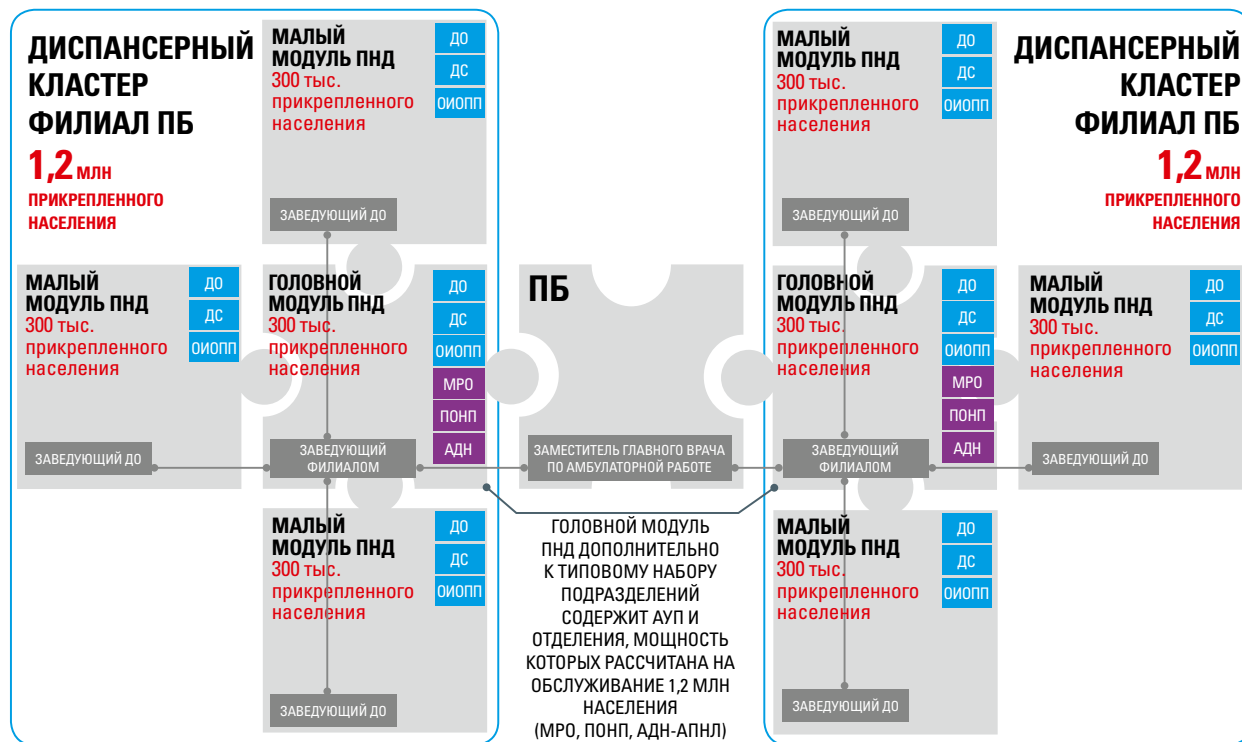
- 240 госпитализаций в круглосуточный стационар в год из расчета на 100 тысяч прикрепленного населения;
- средняя длительность лечения в круглосуточном стационаре 30 дней;
- средняя длительность лечения в полустационарных условиях от 45 дней*;
- повторная госпитализация пациентов диспансерной группы в круглосуточный стационар – не более 20%;
- 100% охват пациентов процедурой оценки социального функционирования (функциональный диагноз);
- 100% охват программы психообразования пациентов с впервые установленным диагнозом из группы шизофрении, шизофреноподобных и аффективных расстройств; родственников пациентов с деменцией;
- 100% охват программами реабилитации и психосоциальной помощи пациентов в соответствии с функциональным диагнозом;
- уровень госпитальной летальности не больше 0,7%;
- 0% необеспеченных рецептов на психотропные препараты для отдельных категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение;
- 90% пациентов удовлетворены системой дополнительного лекарственного обеспечения;
- 80% удовлетворенность пациентов и родственников качеством психиатрической помощи при социологическом опросе (дали оценку «хорошо» или «очень хорошо»);
- не менее 80% респондентов случайной выборки жителей Москвы «хорошо» относятся к психиатрической службе города и пациентам с психическими расстройствами.

Системные несоответствия в организации психиатрической службы города Москвы, требующие исправления:

- кратные различия клинической результативности в организациях психиатрической службы;
- неравномерная обеспеченность ресурсами психиатрической службы населения города Москвы в различных округах и районах (определяется из расчета на 100 тыс. населения);
- существенное превалирование стационарной помощи над амбулаторной;
- выраженный кадровый дефицит в амбулаторном звене;
- существенный недостаток площадей в учреждениях амбулаторного звена;
- низкая эффективность использования коечного фонда круглосуточного стационара;
- отсутствие единых правил определения объема финансирования.

Итоговое расчетное число круглосуточных психиатрических коек, предназначенных для оказания психиатрической помощи в Москве, в составе всех специализированных психиатрических медицинских организаций (которые включают в себя не только ТПО) – 6570 коек, что составляет 53,28 на 100 тыс. населения и соответствует уровню стран Западной Европы. Тем не менее следует отметить, что проведение сравнений и сопоставлений по параметрам психиатрического коечного фонда между различными странами является не всегда корректным. Экспертами ВОЗ

подчеркиваются различия в данных, предоставляемых национальными министерствами. Ряд регионов не отделяет от «психиатрических» круглосуточные койки резидентных форм проживания (интернатов), а также не выделяют отдельно наркологические службы. В этой связи важно отметить, что с учетом коечного фонда медицинских организаций общего профиля, предназначенного для оказания медицинской помощи лицам, страдающим психическими заболеваниями, и коечного фонда специализированных организаций стационарной социальной помощи лицам,



страдающим психическими расстройствами, общее число круглосуточных коек, на которых планируется оказание психиатрической помощи в Москве, превышает 19,5 тыс., что составляет более 157 коек на 100 тыс. населения Москвы. Кроме того, лица с психическими расстройствами, обусловленными зависимостью от психоактивных веществ, имеют возможность получения соответствующей помощи в стационарных отделениях Московского НПЦ наркологии. Следующим этапом исследования было распределение 10 полнофункциональных кластеров между территориальными психиатрическими объединениями. В ходе распределения выяснилось, что общее количество требуемого коечного фонда, соответствующего целевой модели психиатрической службы, нерационально размещать во всех существующих шести психиатрических больницах, формирующих территориальные психиатрические объединения.

Кроме того, сегментированный анализ пациентов, получавших психиатрическую помощь в стационарных условиях, показал, что часть из них нуждаются в оказании стационарной помощи по социальным показаниям, а не в связи с необходимостью оказания психиатрической помощи в стационарных условиях. В связи с тем, что оказание всесторонней помощи лицам с психическими расстройствами не ограничивается помощью, предоставляемой в условиях медицинских организаций, значительная часть пациентов, лишенная в силу психического заболевания способности к автономному проживанию и не имеющая в своем окружении лиц, способных осуществлять их социальную поддержку, получают социально-медицинскую помощь в учреждениях системы социальной защиты населения. В этом контексте обеспечение недееспособных лиц с психическими расстройствами новыми современными помещениями является не менее важной государственной задачей, чем организация медицинской помощи для данной категории больных. В связи с тем, что только при соблюдении баланса между этими двумя важнейшими составляющими (медицинской и социальной) можно говорить о всесторонней качественной государственной поддержке инвалидов в связи с психическими расстройствами, в рамках концепции предложено перепрофилирование незагруженной части коечного фонда психиатрических стационаров в ведомство Департамента труда и социальной защиты населения Москвы.

Дополнительным аргументом в пользу такого решения является то, что по результатам проведенного

аудита в целом по сети психиатрических медицинских организаций около 10% коечного фонда «заблокировано» пациентами, которые находятся в стационаре «по социальным показаниям». Таким образом, не менее 600 больных не выписываются из психиатрического стационара только в связи с тем, что существующая инфраструктура психоневрологических интернатов не в состоянии покрыть потребность города в этих учреждениях.

Детальный анализ категорий стационарированных пациентов показал, что для рационального использования имеющихся ресурсов целесообразным является перепрофилирование части коечного фонда медицинских организаций без передачи в иное ведомство. Эта необходимость продиктована тем, что не менее 10% коечного фонда используется для оказания помощи пациентам, утратившим социальные связи и находящимся на различных этапах реабилитации либо перевода в учреждения ведомства социальной защиты. В связи с тем, что эти процессы растянуты во времени, и сроки реализации данных задач значительно превышают длительность купирования острых психотических состояний, представляется целесообразным создание на базе медицинских организаций медико-реабилитационных отделений для лиц, утративших социальные связи, предусмотренных порядками оказания психиатрической помощи.

Для оказания психиатрической помощи в стационарных условиях на активных психиатрических койках полнофункциональные диспансерные кластеры были распределены между тремя психиатрическими больницами с формированием новых территориальных психиатрических объединений на базе ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева, объединенной структуры ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина и ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского, а также ПБ №13.

Для предложенного способа организации территориальных психиатрических объединений была разработана модель штатной структуры для всех типовых подразделений, произведено обоснование потребности в новых помещениях для разворачивания сети амбулаторных подразделений (психоневрологических диспансеров) в соответствии с предлагаемой концепцией.

Очевидно, что формирование современной инфраструктуры амбулаторных и стационарных подразделений психиатрических служб является необходимым, но недостаточным этапом для полного выполнения задач, запланированных в рамках Концепции развития психиатрической службы.

Обеспечение комплексной помощи и поддержки



ВРАЧИ

МЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

пациентов с психическими расстройствами, совершенствование деятельности службы психического здоровья жителей столицы диктует необходимость нескольких стратегических направлений для развития.

1. Совершенствование организации помощи лицам с психическими расстройствами:

- развитие психолого-психотерапевтической поддержки пациентам общего профиля (в поликлиниках и многопрофильных стационарах);

- совершенствование антикризисной помощи лицам, попавшим в тяжелую психологическую ситуацию;

- модернизация диспансерной психиатрической помощи (с активным использованием всех элементов

непрерывного цикла оказания психиатрической помощи – участковая психиатрическая служба, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи, дневной стационар, медико-реабилитационное отделение, психиатрический стационар, отделения неотложной психиатрической помощи);

- активное внедрение в деятельность психиатрических служб наиболее эффективных методов и технологий психосоциальной терапии и реабилитации, инклюзии лиц с психическими расстройствами;

- развитие паллиативной психиатрической помощи пациентам с деменцией;

- формирование дружелюбного дизайна психиатрических служб, повышающих удобство и доступность их использования населением.

2. Совершенствование работы с ближайшим окружением пациентов:

- активное использование психообразовательных школ для родственников;
- вовлечение родственников пациентов в деятельность по совершенствованию качества условий предоставления психиатрической помощи, создание Советов родственников.

3. Совершенствование психопросвещения и психопрофилактики среди широких масс населения:

- развитие работы со СМИ в направлении изменения имиджа психиатрических служб, развенчания мифов и предубеждений в области психиатрии;
- пропаганда здорового образа жизни, направленного на сохранение психического здоровья в учебных заведениях и других представительных аудиториях;
- распространение информации о причинах, прогнозе и необходимой помощи при обнаружении признаков психических расстройств;
- популяризация творчества лиц с инвалидностью в связи с психическими расстройствами.

В этой связи следующим этапом развития службы в рамках разработанной Концепции является создание

центра управления компетенциями психиатрической службы для решения ключевых задач.

1. Разработка и внедрение стандартизованных протоколов ведения пациентов, включая правила маршрутизации и обеспечение преемственности во всех ТПО.
2. Внедрение медицинских информационных систем для сбора объективных данных и обеспечения прозрачности и оперативности получения информации для принятия обоснованных управленческих решений.
3. Формирование стандарта сотрудников психиатрической службы Москвы.
4. Создание системы подготовки специалистов с целью развития и совершенствования необходимых профессиональных компетенций.
5. Формирование корпуса специалистов, обладающих необходимыми профессиональными компетенциями: перераспределение сотрудников службы с акцентом на амбулаторные и стационарзамещающие подразделения, рекрутинг.
6. Обеспечение порядка регулярной внутренней оценки качества и безопасности деятельности психиатрических медицинских организаций.



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

**Осуществляет
комплексные
научные исследования
по оценке результативности
деятельности
учреждений
здравоохранения**



СЕРГЕЙ КИМ

РУКОВОДИТЕЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА, К.М.Н.:

“Сотрудничество с нами открывает новые возможности для развития как государственных, так и частных медицинских учреждений.

- МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОМАНДА И НАБОР КОМПЕТЕНЦИЙ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНО ИССЛЕДОВАТЬ ВСЕ СТОРОНЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
- ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В УПРАВЛЕНИИ РЕСУРСАМИ
- СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К АНАЛИЗУ КЛИНИЧЕСКОЙ И АДМИНИСТРАТИВНО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

www.niiozmm.org
+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30

О КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА МОСКВЫ

Экспертные комментарии НИИ Организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ на вопросы и отзывы в отношении Концепции развития психиатрической службы города Москвы

Давид МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ, директор ГБУ НИИ ОЗММ ДЗМ

Георгий КОСТЮК, главный внештатный специалист психиатр ДЗМ

Роман ЧЕРЕМИН, руководитель ОМКО по психиатрии

В течение 2016 г. по поручению Департамента здравоохранения города Москвы рабочей группой НИИ ОЗММ ДЗМ в сотрудничестве с главным внештатным специалистом по психиатрии ДЗМ, организационно-методическим и консультативным отделом по психиатрии ДЗМ проведен многомерный анализ медицинских организаций психиатрической сети города – операционный аудит, анализ ресурсообеспеченности, оценка показателей качества и эффективности деятельности медицинских организаций.

Результаты аудита позволили выявить системные недостатки работы отрасли, которые легли в основу стратегических направлений развития и совершенствования психиатрической службы, которые обсуждались и формулировались в составах рабочих групп с привлечением экспертов научного психиатрического сообщества, руководителей медицинских организаций и практиков московского здравоохранения.

В итоге работы была сформулирована Концепция развития психиатрической службы города Москвы (далее – Концепция). В ее основу легли успешные зарубежные и отечественные практики, международные требования и рекомендации в области организации служб психического здоровья, действующие нормативно-правовые акты, регулирующие медицинскую деятельность в области психиатрии, применялись методы построения функциональной и организационной модели службы, модели кадровых ресурсов, модели инфраструктуры службы, учитывающей проблемы доступности психиатрической помощи на всей территории Москвы, расчет финансовых ресурсов, необходимых для реализации моделируемых решений.

В связи с многочисленными вопросами и замечаниями, возникающими в процессе проводимых преобразований, и с целью максимально объективного и всестороннего освещения перспектив развития отрасли данной

публикацией представляются экспертные комментарии в отношении наиболее остро обсуждаемых проблем совершенствования службы.

ВОПРОС-ОТВЕТ

Системные недостатки существующей модели организации психиатрической службы города Москвы. Почему сохранение «status quo» невозможно?

Результатами анализа продемонстрированы особенности существующей модели организации психиатрической службы, подлежащие исправлению.

1. Неравномерность распределения ресурсов между психиатрическими медицинскими организациями различных округов Москвы. При перерасчете на 100 тыс. прикрепленного населения медицинские организации, обслуживающие различные районы города, имеют значительно отличающиеся показатели обеспеченности стационарным коечным фондом, числом мест в дневных стационарах, площадями для размещения амбулаторных подразделений, кадровыми и финансовыми ресурсами.

2. Общее преобладание стационарной психиатрической помощи по сравнению с ее амбулаторными формами, выраженное в объемах финансирования и оснащения кадровыми ресурсами.

3. Дефицит специалистов службы, наиболее существенно выраженный в ее амбулаторном звене. Помимо неукомплектованности участковых служб, не хватает специалистов, позволяющих осуществлять мультидисциплинарный подход в оказании психиатрической помощи, – психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников и специалистов по социальной работе.

4. Общий недостаток площадей для разворачивания психиатрических амбулаторных служб и, как следствие, отсутствие в ряде медицинских организаций амбулаторных структурных подразделений, предусмотренных Порядком оказания медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, утвержденным Приказом Минздрава РФ №566н от 17.05.2012 (далее – порядок). Так, в ряде медицинских организаций отсутствуют медико-реабилитационные отделения, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи. Иногда при заявленном наличии данных подразделений объем и насыщенность их деятельности не отвечают потребностям пациентов и не соответствуют возможностям, открывающимся при применении современных психосоциальных технологий. Деятельность диспансерных отделений, дневных

стационаров имеет системные недостатки, свидетельствующие об отсутствии должного внимания к организации порядка их функционирования, и усугубляется дефицитом кадровых ресурсов.

5. Неэффективность использования стационарного коечного фонда, проявляющаяся в простое коек психиатрических медицинских организаций, составляющем в 2015 г. от 5 до 75%. Таким образом, в масштабах всей психиатрической службы Москвы повышается актуальность обеспечения эффективности использования объектов инфраструктуры, компактности и технологичности психиатрической помощи в условиях круглосуточных стационаров.

6. Нарушения Закона РФ от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в части соблюдения прав лиц с психическими расстройствами. Согласно ст. 5, «Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на: психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства; пребывание в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, только в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи в таких условиях».

■ Сроки стационарного лечения в ряде учреждений значительно (в 1,5–2 раза) превышают значения, установленные стандартами оказания специализированной психиатрической помощи для соответствующих нозологических групп расстройств, утвержденные Приказами Минздрава РФ.

■ Около 10% стационарированных пациентов продолжают получать стационарную психиатрическую помощь, несмотря на ликвидацию оснований для стационарного лечения и возможность выписки из больницы для продолжения лечения в амбулаторном секторе.

■ Около 10% стационарированных пациентов де-юре и/или де-факто являются недееспособными и не имеют поддержки со стороны лиц ближайшего окружения. Несмотря на отсутствие показаний к активному стационарному лечению, они продолжают находиться в психиатрическом стационаре, хотя должны быть переведены в стационарные учреждения социальной защиты населения.

Существующее положение дел создает предпосылки для злоупотреблений со стороны сотрудников служб психиатрической сети и ущемлений прав пациентов, в частности в отношении недееспособных лиц, способствует возникновению претензий в адрес психиатрических служб в отношении нарушений действующего

законодательства со стороны пациентов, родственников, общественных организаций, органов надзора. В то же время международными документами в области организации служб психического здоровья обозначены основные принципы построения данного сектора здравоохранения. Среди многочисленных требований и рекомендаций самыми актуальными в свете рассматриваемой темы являются:

■ замена существующих практик использования преимущественно закрытых психиатрических специализированных больниц на максимально открытую матрицу организации психиатрической помощи – развитие психиатрической помощи в первичном медико-санитарном звене, интеграция психиатрических служб в общесоматическую сеть;

■ распространение лучшей практики, опирающейся на принципы доказательной медицины;

■ обеспечение преемственности оказания помощи между стационарным и амбулаторным звеном психиатрической службы, а также учреждениями социальной защиты, расширение и повышение эффективности межведомственных взаимодействий психиатрических служб с другими социальными и государственными институтами;

■ соблюдение прав лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения и борьба со стигмой как с социальным фактором дискриминации этой категории граждан.

Таким образом, сохранение прежней модели психиатрической службы города Москвы:

1. не соответствует международным требованиям к организации национальных психиатрических служб;
2. противоречит действующему законодательству в области норм и требований к организации психиатрической помощи;
3. препятствует использованию имеющегося потенциала психиатрической службы Москвы для повышения качества оказываемой психиатрической помощи;
4. препятствует прозрачности и легитимности при организации психиатрической помощи.

В чем заключается основной смысл Концепции развития психиатрической службы города Москвы?

Современная концепция организации служб психического здоровья, согласно законодательству РФ и международным соглашениям в данной области, предполагает оказание психиатрической помощи пациентам преимущественно во внестационарных условиях, максимально приближенно к сообществу, в наименее стесненных

условиях, оказывающих наименее психотравмирующее воздействие на пациента. Особенно актуальным этот фактор является применительно к реабилитационным мероприятиям в психиатрии, которые направлены на интеграцию пациентов в сообщество и, что особенно важно, на изменение мнения населения о душевнобольных. Исходя из этого, реабилитационные мероприятия должны организовываться не в условиях изоляции пациентов в закрытом психиатрическом стационаре, а в условиях амбулаторных служб, максимально приближенных к местам проживания пациентов.

В соответствии с таким подходом Концепцией развития психиатрической службы Москвы предусмотрено существенное увеличение амбулаторной сети психоневрологических диспансеров, обеспечивающей доступность и полноту форм оказания психиатрической помощи, приближенно к местам проживания пациентов.

При этом амбулаторные подразделения всех психиатрических больниц города не только будут сохранены, но и расширены за счет дополнительных помещений, выделяемых городом. На сегодняшний день в рамках этой работы психиатрической службе города уже выделены помещения: в ГП №121 на ул. Академика Семенова, д. 13, корп. 1; в Вишняковском проезде, д. 12А. В рамках реализуемой программы психиатрической службе Москвы будет выделено дополнительно около 30 помещений для разворачивания амбулаторных подразделений, с учетом обеспечения максимальной транспортной доступности данного вида помощи.

Перераспределение ресурсов внутри отрасли, сопровождающееся расширением амбулаторных подразделений, безусловно связано с оптимизацией стационарного звена психиатрической помощи и повышением контроля за эффективностью и рациональностью использования всех внутренних ресурсов.

Есть мнение, что развитие амбулаторных служб обходится дороже стационарной психиатрической помощи. Имеются ли у Департамента здравоохранения города Москвы достаточные ресурсы для реализации Концепции?

Разработке Концепции предшествовал аудит психиатрической службы. Изучались параметры деятельности амбулаторных подразделений и психиатрических стационаров. Подвергались сравнению клиническая результативность и эффективность использования ресурсов. Изучался опыт внедрения современных форм оказания психиатрической помощи по результатам пилотного проекта, реализованного в ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского, в рамках которого дифференцирование

форм оказания психиатрической помощи в условиях дневного стационара, выделение медико-реабилитационных отделений, отделений интенсивного оказания психиатрической помощи сопровождалось разворачиванием выездных бригад психиатрического отделения неотложной помощи.

При построении финансовой модели организации психиатрической службы города Москвы было показано, что финансовые ресурсы, выделяемые на деятельность службы, при их рациональном распределении позволяют реализовать Концепцию без увеличения затрат на обеспечение деятельности отрасли.

Будут ли закрыты психиатрические больницы в ходе проводимых преобразований?

Концепцией развития психиатрической помощи Москвы не предусмотрено закрытие психиатрических больниц. Однако часть стационарных подразделений медицинских организаций подлежит перепрофилированию под нужды психически больных города Москвы.

Чем обусловлено перепрофилирование психиатрических медицинских организаций, передача их в систему Департамента социальной защиты населения? Сколько больниц, согласно плану преобразований, предполагается передать в систему социальной защиты?

Одним из наиболее драматичных аргументов, звучащих в адрес проводимых преобразований, является обвинение в «закрытии больниц». Оставляя без внимания безосновательные и провокационные обвинения в «распродаже» недвижимого имущества и земель, находящихся в оперативном управлении Департамента здравоохранения города Москвы, необходимо подчеркнуть, что Концепцией предполагается передача части ГБУЗ «ПКБ №15 ДЗМ», а именно – его стационарного корпуса, в ведение Департамента труда и социальной защиты населения для обустройства на его базе психоневрологического интерната для проживания и обслуживания недееспособных лиц с хроническими психическими расстройствами. Согласно требованиям к размещению лиц с психическими расстройствами в учреждениях социальной защиты населения, на базе стационарного корпуса ПКБ №15 может быть размещено не менее 800 граждан.

При рассмотрении предпосылок к данной части Концепции необходимо учитывать, что оказание всесторонней помощи лицам с психическими расстройствами не ограничивается помощью, которая оказывается в условиях медицинских организаций. Значительная часть

пациентов, лишенная в силу психического заболевания способности к автономному проживанию и не имеющая в своем окружении лиц, способных осуществлять их социальную поддержку, получает социально-медицинскую помощь в учреждениях системы социальной защиты населения. При этом важно отметить, что в сентябре 2013 г. после серии несчастных случаев в психоневрологических учреждениях системы социальной защиты населения Председателем Правительства РФ Д.А. Медведевым руководителям субъектов РФ дано задание по пересмотру политики финансирования и модернизации социальных объектов. В этом контексте обеспечение недееспособных лиц с психическими расстройствами новыми современными помещениями является не менее важной государственной задачей, чем организация медицинской помощи для данной категории больных. Только при соблюдении баланса между этими двумя важнейшими составляющими (медицинской и социальной) можно говорить о всесторонней качественной государственной поддержке инвалидов в связи с психическими расстройствами.

Как было упомянуто выше, часть коечного фонда стационаров не загружена. Так, по данным Бюро медицинской статистики за 9 месяцев 2016 г., 24% коечного фонда ПКБ №15 не использовалось. В то же время в целом по сети психиатрических медицинских организаций около 10% пациентов не выписываются в связи с неразвитой инфраструктурой амбулаторных служб. Еще около 10% коечного фонда «заблокировано» пациентами, которые находятся в стационаре «по социальным показаниям». Таким образом, не менее 600 больных не выписываются из психиатрического стационара только в связи с тем, что существующая инфраструктура психоневрологических интернатов не в состоянии покрыть потребность города в этих учреждениях.

В то же время важно отметить, что амбулаторные службы, входящие в состав ПКБ №15, передаваемой в систему социальной защиты, не только не закрываются, но планируются к дальнейшему развитию и расширению. Благодаря таким преобразованиям должны быть обеспечены необходимой помощью как пациенты с хроническими заболеваниями, не подлежащие выписке под наблюдение амбулаторных служб и нуждающиеся в переводе в учреждения социальной защиты, так и пациенты, которые ожидают очереди на выделение путевки в психоневрологический интернат, находясь дома под опекой родственников.

Территории, которые ранее обслуживались психоневрологическими диспансерами, входящие в состав ПКБ №15, продолжают получать амбулаторную помощь в тех

же диспансерах, которые в соответствии с Концепцией развития планируется расширить и оснастить современными медицинскими и психосоциальными технологиями.

Планируется ли объединение ПКБ №3 и ПКБ №4 и с чем это связано?

Да, для распространения лучших клинических практик, которые, согласно анализу психиатрической помощи, реализованы на базе ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского, планируется объединение ПКБ №3 и ПКБ №4. Одновременно с распространением лучших медицинских практик это приведет к сокращению административно-управленческого персонала и повышению эффективности деятельности учреждений. Отмеченные выше тенденции по расширению амбулаторной сети также касаются и вновь создаваемого объединения.

Необходимо добавить, что ПКБ №3 и ПКБ №4 находятся в непосредственной «шаговой» близости. В историческом контексте ПКБ №4 являлась частью ПКБ №3, куда переводились выздоравливающие пациенты.

Где будут лечиться больные, которые ранее госпитализировались в ПКБ №15?

После перепрофилирования ПКБ №15 пациенты, нуждающиеся в оказании психиатрической помощи в условиях круглосуточного стационара, будут направляться для этого в ПКБ №3 и ПКБ №4. В данных медицинских организациях в настоящий момент для приема новых пациентов уже отремонтированы отделения, в которых имеются 2–4-местные палаты с отдельными санузлами, системами видеонаблюдения, оснащенные новой мебелью, телевизорами и прочим.

Сколько сотрудников психиатрических служб потеряют рабочие места в результате проводимых преобразований?

Концепцией не предусмотрено сокращение рабочих мест специалистов психиатрических служб. Напротив, развитие службы, особенно в амбулаторном секторе, предполагает увеличение штатной численности врачебного персонала, среднего медицинского персонала, специалистов немедицинских специальностей, оказывающих помощь пациентам в Москве. Для развития амбулаторного сектора психиатрической службе дополнительно потребуются не менее 370 врачей, 150 медицинских сестер, 400 немедицинских специалистов – клинических психологов, специалистов по социальной работе.

Учитывая существующий дефицит кадров, опыт, знания и навыки сотрудников, владеющих современными

приемами комплексной терапии психических расстройств с использованием мультидисциплинарного взаимодействия будут высоко востребованы динамично развивающейся психиатрической службой города. Высококвалифицированным специалистам будет представлен выбор для реализации своих профессиональных компетенций как в условиях создающегося учреждения социальной защиты, так и в условиях стационаров либо амбулаторных подразделений психиатрических больниц города.

Кроме того, согласно Концепции, начиная с 2017 г. планируется проведение программ повышения квалификации, дополнительного последиplomного образования и обучения для работы в условиях стационарзамещения и мультидисциплинарного взаимодействия.

Приведет ли сокращение коечного фонда психиатрических больниц к росту преступлений со стороны психически больных? Повысится ли число опасных пациентов на улицах города?

Пациенты, совершившие общественно опасные действия и признанные судом невменяемыми, получают психиатрическую помощь в виде принудительного лечения по решению суда в специализированной психиатрической больнице №5, коечный фонд которой в соответствии с Концепцией не подлежит изменению. Согласно Концепции развития психиатрической службы Москвы и в соответствии с действующим законодательством, лица, представляющие опасность для себя и окружающих в связи с обострением психических расстройств, пациенты, находящиеся в состоянии беспомощности, а также больные, состояние которых может ухудшиться, что нанесет им существенный вред при неоказании стационарной помощи, подлежат недобровольной госпитализации в психиатрические стационары. Число таких пациентов, по данным за 2015 г., составляет не более 25% от стационарированных в психиатрические медицинские организации. Доступность стационарной помощи для данной группы пациентов не изменится.

Какова судьба учебных кафедр, базирующихся в преобразуемых учреждениях?

Концепция развития психиатрической помощи не касается вопросов размещения учебных кафедр на базе медицинских организаций и плана их развития. Проводимые преобразования не препятствуют продолжению взаимодействия психиатрических служб с ведущими кафедрами учебных заведений.

ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ПСИХИАТРИИ

В последние годы при оказании помощи лицам с психическими расстройствами все больше внимания уделяется комплексному биопсихосоциальному подходу. Корни этого направления уходят в историю психиатрии, но следует признать, что в отечественной психиатрии на протяжении многих лет преобладал медикаментозный подход к лечению.



Роман ЧЕРЕМИН,
заведующий организационно-методическим отделом по психиатрии и суицидологии Департамента здравоохранения города Москвы

В свое время у нас в стране были богатые традиции трудовой реабилитации: советская психиатрия славилась тем, что лица с психическими расстройствами направлялись в лечебно-трудовые мастерские, где могли применить свои остаточные способности к труду, но эта практика имела массу недостатков. В частности, так называемый патерналистский подход, когда у пациентов не спрашивали, чем они хотели бы заниматься, выбор формы трудовой занятости был достаточно скуден: в картонажных мастерских клеили коробки, в швейном и столярном цехах выполняли простейшие заказы.

Начиная с 2000-х гг., реабилитационное направление получило новый виток развития в российской психиатрии. Мне как психиатру удалось поучаствовать в глобальном проекте «Общественная реабилитация психиатрии», инициированном Научно-исследовательским институтом психиатрии Минздрава РФ. К участию в международном российско-канадском проекте привлекли психиатрические учреждения Москвы и регионов – Омска, Твери, Нижнего Новгорода, Рязани. Суть проекта заключалась в том, что на территорию России приезжали психиатры, социальные работники из Канады и делились опытом организации помощи с опорой на сообщество, социальные структуры в их стране. Это обучение носило неформальный практический характер: коллеги рассказывали, какие формы социального воздействия и психосоциальной терапии применяются у них, обучали этому наших специалистов.

На базе Московской психиатрической больницы №10 была создана площадка для реализации модели, суть которой сводится к нескольким стратегическим направлениям.

Прежде всего, речь идет о формировании терапевтической среды, когда все время пребывания пациента на территории учреждения организовано таким образом, чтобы способствовать выявлению и реализации его реабилитационного потенциала. Второй важный аспект – формирование партнерских отношений с пациентом, когда больной рассматривается не только как объект для лечебных воздействий, а как компаньон в борьбе с тяжелой болезнью. Причем настройка партнерских отношений касается не только взаимоотношений медицинского персонала и пациента, но и членов его семьи, которые становятся участниками лечебно-реабилитационного процесса. В этой связи родственники пациентов начали активнее привлекаться к лечению: на территории больницы появился Клуб родственников, собиравшийся с определенной периодичностью для обсуждения насущных вопросов организации лечения и развития лечебного учреждения. Администрация больницы фиксировала предложения родственников относительно того, что, с их точки зрения, было бы полезно и важно изменить в устройстве больницы, подходах.

Третья составляющая подхода – обогащение немедикаментозных способов воздействия на пациента. Благодаря участию в этом проекте, в арсенале специалистов появились методы психосоциальной терапии: психообразование, тренинги бытовых, социальных, коммуникативных навыков, навыков автономного проживания. Перечень этих тренингов велик, каждый из них является целенаправленным методом воздействия на пациента в зависимости от того, в какой сфере психики у него имеется дефект. Если пациент не может самостоятельно справиться с домашним хозяйством, то направляется на тренинг бытовых навыков, где его обучают планировать бюджет, посещать магазин, готовить пищу, ухаживать за бельем. Если у пациента проблемы с межличностным взаимодействием, а часто пациент попадает в больницу не столько из-за обострения заболевания, сколько из-за невозможности ужиться в коллективе, его направляют на тренинги коммуникативных навыков. Там обыгрываются бытовые ситуации: поведение в магазине, сберкассе или транспорте, объясняется, как он может поступить в тех или иных случаях и какие реакции может получить от окружающих его людей.

Важная веха развития отечественной психиатрии – появление психообразовательных занятий, направленных на разъяснение пациенту смысла происходящих с ним перемен при возникновении болезни, а также того, когда нужно обратиться к врачу, как жить с психотропными препаратами, как понять, действуют ли они или вызывают побочный эффект, и что в этом случае делать.

Проект «Общественная реабилитация психиатрии» длился около семи лет, в ходе его реализации сформирована комплексная модель оказания психиатрической помощи на базе Московской психиатрической больницы №10. Данная модель постепенно заработала авторитет у московских профессионалов в области психиатрии. Этот опыт неоднократно отмечался на съездах Российского общества психиатров, номинировался в конкурсе «За подвижничество в области душевного здоровья», и таким образом обратив на себя внимание, начал в той или иной степени внедряться на других площадках.

Говоря о развитии психиатрической службы Москвы, я считаю, что апробированные и доказавшие свою эффективность подходы на базе конкретного учреждения должны присутствовать во всех психиатрических учреждениях города, а биопсихосоциальный подход должен стать золотым стандартом для московской психиатрической службы.

Не последнюю роль в этой работе играет полипрофессиональное взаимодействие. Это значит, что помощь пациенту должна оказываться не только врачом-психиатром, а командой специалистов, куда входят психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе – только во взаимодействии могут быть реализованы комплексные подходы к оказанию психиатрической помощи.

Также нужно не забывать об отношении в обществе к психиатрическим пациентам. Их образ, а вместе с ним и образ психиатрической больницы, врача-психиатра окружены не очень хорошей аурой в обществе, и одна из важнейших задач в рамках развития реабилитационных программ – показать населению, что эти образы не столь пугающие, как принято считать. Например, опыт занятости наших пациентов в арт-студиях дает результаты, и, надеюсь, когда люди увидят их поделки или картины, они постепенно изменят отношение к таким пациентам.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Одним из основных направлений модернизации психиатрической службы является перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента. Данный подход является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точек зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества. Перед клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям стационар-замещающих форм помощи в отношении пациентов, прежде всего страдающих расстройствами шизофренического спектра.



**Станислав
СТАРОДУБЦЕВ,**
врач-психиатр,
организационно-мето-
дический и консульта-
тивный отдел по психиа-
трии ПКБ №4
им. П.Б. Ганнушкина
Департамента здравоох-
ранения города Москвы

К наиболее проблемным в социальном отношении следует отнести одиноких, утративших социальные связи пациентов с узкой социальной сетью, проблемами в семейных отношениях, пациентов с нарушением трудовой адаптации и инвалидов, с частыми и длительными госпитализациями, с коморбидной наркологической патологией и ряд других категорий. В частности, пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, «блокируют» более 20% коечного фонда психиатрических стационаров, потребляя непропорционально большую часть ресурсов психиатрической службы. Помимо проблем неэффективности использования коечного фонда, связанных с наличием значительного числа больных, длительное время находящихся в стационарах, существует не менее важная проблема, обусловленная влиянием длительной госпитализации на течение и прогноз заболевания.

Указанные факторы связаны со снижением уровня функциональных исходов и зачастую являются препятствием для социального восстановления пациентов. В связи с этим все более очевидными становятся необходимость активизации внебольничных интервенций на всех этапах оказания психиатрической помощи и поиски новых организационных форм для их осуществления.

Возможно, более раннее терапевтическое вмешательство влияет на нейробиологические механизмы развития заболевания и, кроме того, положительно

сказывается на социальном функционировании пациентов. Данная точка зрения основывается на представлении о возможности превентивных или, по крайней мере, сдерживающих мероприятий в отношении развития шизофрении. Раннее выявление и активное вмешательство эффективно в отношении превентивных мероприятий при шизофрении: первичных (предупреждение новых случаев заболевания, то есть снижение заболеваемости), вторичных (отдаление начала заболевания или снижение его распространенности за счет уменьшения числа повторных обострений) и третичных (снижение болезненности за счет укорочения периодов присутствия активной симптоматики и/или замедления прогрессирования тяжести заболевания).

Шизофрения и деменция - главные точки роста большой психиатрии

Шизофрения – самое дорогое из всех психических расстройств.

В США лечение и содержание больных обходится в \$7 млрд ежегодно, что составляет 2% валового национального продукта. Хотя открытие нейролептиков в 50-е гг. XX в. значительно облегчило процесс лечения шизофрении, проблема социальной адаптации и реабилитации этих пациентов по-прежнему стоит крайне остро. На сегодняшний день не вызывает сомнений, что наиболее эффективным подходом к реабилитации является комплексная психосоциальная помощь.

По мнению ряда авторов, улучшения в социальном функционировании не могут происходить исключительно вследствие достижения контроля над психотической симптоматикой, так как психотические симптомы не имеют тесной связи с уровнем функциональной адаптации, что подтверждается результатами исследований, проводимых у больных шизофренией, проживающих в «жилье с поддержкой». Однако терапевтическое воздействие, направленное на ключевые детерминанты дефицита социального функционирования, приводит к улучшениям в этой сфере.

Потребности пациентов с *болезнью Альцгеймера*, сосудистыми деменциями сложны, и их характер меняется с развитием заболевания. Лечение, принятое сегодня, предполагает дополнение курса лекарственной терапии нелекарственными методами, которые призваны смягчать симптоматику (депрессии, агитацию, расстройства сна, агрессивное поведение), а также улучшать когнитивные функции.

Развитие когнитивных функций пациентов с диагнозом «деменция» способствует потенцированию действия современных лекарственных средств, тем самым активируя механизмы познания, мнестический компонент, при сочетании с тренингами модуля независимого проживания направленные на поддержание элементарных повседневных навыков пациента и поддержку родных-опекунов (их обучение уходу за больным). Возвращают, хотя бы частично, данных пациентов в общество.

В последние годы во многом меняются взгляды психиатров на возможности психологической коррекции (когнитивного тренинга), суть которой состоит в постоянном обучении даже самых тяжелых дементных пациентов необходимым правилам поведения, создании вокруг конкретного пациента такой обстановки, которая бы постоянно оживляла угасающие у него остатки интеллектуальной деятельности. В данном случае пациенты уподобляются детям, которых нужно постоянно учить самым элементарным навыкам.

Программа тренировки памяти, внимания, мышления и восприятия включает повышение мотивации пациента к запоминанию и воспроизведению, обучение эффективным стратегиям запоминания, развитие способности длительно поддерживать надлежащий уровень внимания, активное включение эмоциональной поддержки и воображения. Также программа состоит из большого числа различных упражнений, направленных на развитие пространственного и предметного гнозиса, вербального и пространственного мышления, мелкой моторики и т.д.

Новая парадигма

В настоящее время можно говорить о парадигмальном сдвиге понимания развития шизофрении и, соответственно, методах ее лечения. Современные данные нейрофизиологических исследований подтверждают все большее влияние психологических и социальных факторов на развитие болезни.

Известная всем «диатез-стресс-модель» шизофрении, освещающая роль наряду с наследственными социальными факторами в генезе заболевания, была в дальнейшем дополнена концепцией «уязвимость к стрессу-копинг-компетентность», в которой подчеркивается, что недостаточность у больных в вопросах социального взаимодействия и копинга (механизмов совладания) социальной компетенции, в свою очередь, ведет к стрессам и манифестации болезни. С этих позиций делается попытка разработать

«интерактивную модель развития» шизофренического психоза, более полно учитывающую уже в процессе течения болезни взаимодействие индивида с окружающей средой и развитие самого индивида. Исследования зеркальных нейронов, отвечающих за подражание и имитационное научение, понимание эмоций других (актерское мастерство, сопереживание), понимание смысла действий и намерений других (theory of mind), а также речи показывают значительное нарушение у пациентов с шизофренией и аутизмом как данных социальных функций, так и деятельности самой нейронной архитектуры.

Нарушение нейропластичности головного мозга в результате замедления установления новых и формирования патологических связей, а также нарушение миелинизации аксонов и декомпенсация нейронов, спровоцированная прунингом (сокращением числа синапсов или нейронов для повышения эффективности нейросети, удаления избыточных связей), являются основой для формирования так называемого нейрокогнитивного дефицита.

В итоге сегодня наряду с продуктивной и негативной симптоматикой при шизофрении стали выделять третью группу симптомов – нейрокогнитивный дефицит. Когнитивный дефицит присутствует не только у нелеченных пациентов с первым эпизодом шизофрении, но и в преморбидном периоде (иногда в раннем школьном возрасте), и в продроме заболевания до нейролептической терапии. Когнитивный дефицит – стабильная величина, обусловленная врожденной неполноценностью мозга.

Наиболее частые проявления нейрокогнитивного дефицита: дефицит устойчивости и избирательности внимания, трудности в вербальной и пространственной памяти, в слуховом и зрительном гнозисе, недостаточность контроля за деятельностью и ее организацией.

Больные шизофренией отличаются своей неспособностью к требованиям каждодневной действительности, к обыденным тривиальным ситуациям, т.е. для них характерно ухудшение избирательности, расширение круга привлекаемой из памяти информации и сглаживание ее предпочтительности, ее актуализации. В коммуникативном плане для данных пациентов характерны следующие нарушения социальной когниции: нарушение социального восприятия (социального контекста коммуникации) ввиду сложности распознавания эмоций другого человека и адекватного выражения собственных эмоций, повышенный порог тревоги к эмоционально

значимым стимулам и, как следствие, – быстрая дезорганизация деятельности.

С совершенной очевидностью предстает необходимость применения когнитивных и психосоциальных методов воздействия на данные функции, на которые невозможно повлиять биологическими методами лечения (психофармакотерапия, электросудорожная терапия). Забегая вперед, нужно сказать, что психосоциальные методы воздействия не только улучшают социальное функционирование пациента, что снижает и даже предотвращает его инвалидизацию, но и «натренировывают» психобиологическую уязвимость к стрессовым факторам, тем самым предотвращают обострения (по сути, оказывают патогенетическую терапию психозов).

Психосоциальная терапия и реабилитация в современной психиатрии

Психосоциальная реабилитация – не просто метод, а всеобъемлющий процесс организации помощи лицам с психическими расстройствами на государственном уровне (Доклад ВОЗ 2001).

Психосоциальная реабилитация – это восстановление или формирование недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания, которые обеспечивают интеграцию пациента в общество (Гурович И.Я. и соавт.).

Методики психосоциальной реабилитации решают задачу улучшения социального функционирования в избранном социальном окружении при условии минимального вмешательства профессионалов.

Это системный взгляд на оказание помощи душевнобольным, основанный на таких ценностях, как:

- равноправие инвалидов и остальных граждан государства;
- партнерские отношения с пациентом;
- изменение структуры психиатрической службы на принципах деинституализации и развития внебольничных форм помощи;
- широкая кооперация медицинских, социальных, юридических, общественных структур в решении проблем душевнобольных (Гурович И.Я. с соавт., 2004).

Принципы психосоциальной реабилитации:

- раннее начало реабилитационной работы (на любом этапе вне обострения психотической симптоматики, чем раньше, тем благоприятнее прогноз, комплексность воздействий, возможно использование различных видов психосоциальных воздействий);
- необходимость формулирования четкой цели каждого вмешательства и временного отрезка, в течение которого планируется достигнуть этой цели;
- выбор формы вмешательства должен производиться исходя из реальной потребности конкретного больного (в зависимости от специфического сочетания тех или иных компонентов социального дефицита, на принципах партнерства);
- постепенное усложнение и углубление психосоциальных воздействий, приближающих пациента к обычным жизненным требованиям;
- непрерывность (необходимость неоднократных повторных поддерживающих психосоциальных воздействий).

Этапы психосоциальной реабилитации

1. Этап психосоциального лечения (активное применение различных видов психосоциальных воздействий).
2. Этап практического освоения приближенных к прежним или новых для пациента социальных ролей.
3. Этап закрепления и поддержки достигнутого уровня социального восстановления.

Существует в рамках шизофренического процесса некая траектория («трек») движения пациента от одного, достаточно высокого, уровня социальной адаптации (наличия когнитивных, эмоциональных и социальных ресурсов) к низкому, вплоть до полного их отсутствия. Похожий «трек» есть у пациентов с различными видами деменции.

Это движение, в зависимости от многих факторов (типа течения болезни, совокупности эндофенотипических факторов, личной истории пациента во взаимодействии с микро- и макросоциальным окружением), может идти с разной скоростью и разным началом и окончанием процесса.

Задача психосоциальной терапии и реабилитации – активно, в самом начале этого «трека», включить пациента в реабилитационный процесс, тем самым замедлить нисходящее движение социального дрейфа и десоциализацию и, где это возможно, запустить «обратный» процесс ресоциализации.

Выбор того или иного метода определяется двумя группами факторов.

Во-первых, ключевой причиной (или группой причин) социальной дезадаптации и обострения психического заболевания. Эти «мишени» определяют причину госпитализации пациента, и именно на них идет активное психосоциальное воздействие.

Во-вторых, уровне реабилитационного потенциала (наличием ресурсов пациента, «сохранностью» имеющихся

функций, которые позволяют ему быть тропным к тем или иным методам психосоциальных вмешательств).

При психосоциальной терапии акцент делается на первой группе факторов – идет воздействие на «мишени» терапии, стоит задача редукции выявленных симптомов. Цель – недопущение «скатывания» пациента в группу часто и длительно госпитализированных, с последующим госпитализмом (выученной беспомощностью) и самостигматизацией.

При психосоциальной реабилитации происходит управление имеющимися внешними и внутренними ресурсами пациента для повышения его уровня социального функционирования в конкретной выбранной пациентом и врачом среде. Цель – развитие и закрепление необходимых навыков (через прямое обучение, если навыков нет, или через программирование навыков, если они неэффективны) и развитие внешних ресурсов (через координацию ресурсов, т.е. связывание пациента с существующими возможностями окружения или через модификацию ресурсов, т.е. изменение существующих возможностей для повышения уровня поддержки).

При этом нужно понимать, что, несмотря на различие в акцентах работы, это единый процесс (психосоциальная терапия и реабилитация), поэтому «...следует остерегаться проводить незыблемые границы и рыть виртуальные траншеи на поле, на котором происходят сложные и взаимосвязанные процессы... Известно, что изменения, вызванные

лечением, совпадают по времени с развитием защитных и компенсаторных механизмов» (Гурович И.Я., 2004).

Прежде чем говорить о конкретных методиках психосоциальных вмешательств, необходимо подчеркнуть, что существуют различные формы организации реабилитационного процесса. В отличие от разных методов психосоциального воздействия, отвечающих на вопрос «ЧТО», данные формы отвечают на вопрос «КАК»: как нужно организовывать в единую систему психосоциальные модули, как собирать данный конструктор «Лего», чтобы получить результат.

Основной проблемой больных шизофренией является недостаточность получения и обработки информации и формирования адекватного ответа на внешние стимулы, а тренинг должен быть направлен на возможность выработки альтернативных форм поведения и их оценки до непосредственной реакции на события.

Методики тренинга основываются на принципе постепенного расширения и углубления получаемых навыков: конечная цель дробится на небольшие элементы, из которых складывается окончательный поведенческий

Формы организации реабилитационного процесса

В сообществе:

- бригады интенсивного лечения в сообществе (assertive community treatment);
- ведение случая (case management);
- групповые дома (club house), клубные дома;
- терапевтические сообщества (therapeutic community);
- поддерживаемое жилье;
- поддерживаемое трудоустройство;
- лечебно-производственные предприятия.

В стационаре:

- групповые и индивидуальные формы психосоциального лечения в стационаре;
- трудовые процессы в психиатрических стационарах;
- терапия занятостью;
- психотерапевтическая среда (терапевтическое сообщество, милиотерапия).

Внутри каждой из форм могут присутствовать конкретные методики психосоциального воздействия: психообразование, тренинги социальных навыков (от самых сложных коммуникативных и когнитивных до тренингов элементарного самообслуживания), семейная терапия, когнитивная ремедиация.

Тренинги когнитивных и социальных навыков

Речь в данном случае идет о выработке и реализации высокоструктурированного интерактивного образовательного подхода к психосоциальной терапии психических расстройств. Такой подход – один из важнейших элементов психосоциального лечения психически больных, компонент многосторонней программы их реабилитации. Он направлен на формирование и повышение устойчивости к стрессовым воздействиям, которые вызваны требованиями общества: от простых и сложных коммуникаций (внутрисемейных, межличностных, внутригрупповых) до конкретных инструментальных навыков, обеспечивающих социальную адаптацию (взаимодействие с различными организациями, распределение домашнего бюджета, ведение домашнего хозяйства, покупки, проведение свободного времени и т.п.).

ответ, и обучение происходит путем постепенного их освоения. Учебный материал преподносится медленно и небольшими «порциями». Несмотря на отличия представленных ниже тренингов и программ, существует общая и единая структура их проведения, учитывающая правила групповой динамики, и достаточно стандартный набор внутригрупповых коммуникативных приемов.

1. Принципы формирования группы (однородность симптоматики, сопоставимость по длительности заболеваний и когнитивным возможностям, неоднородность по полу, возрасту, образованию).

2. Предварительное интервью перед включением в группу (изучение у пациентов: внутренней картины болезни и лечения, способы совладания с проявлениями болезни, прогноз на будущее).

3. Принципы ведения группы (стимулирование активной дискуссии, опора на субъективный опыт участников,

переформулирование высказываний участников с предложением нескольких стратегий решения проблем, принципы «мотивирующей беседы», ориентирование на «Я-высказывания», пресечение критических оценочных высказываний и обобщений проблем, техники повышения Я-эффективности, приемы и навыки реалистического целеполагания, мотивирование участников на обогащение опыта после завершения группы, принципы «error less learning» – обучение, исключающее ошибки).

4. Структура сессии.

4.1. Вводная часть (обсуждение домашнего задания, формулирование темы задания и потребностей участников в рамках этой темы).

4.2. Основная часть сессии (обсуждение темы занятия и/или непосредственная тренировка навыка и резюме дискуссии, сделанное ведущим).

4.3. Заключение («обратная связь» от участников и домашнее задание).

5. Правила группы (конфиденциальность, право высказывать точку зрения и задавать вопросы, право сказать «нет» и быть выслушанным, право на безоценочное принятие).

внимания, рабочей памяти, ассоциирования, мнемотехники). Обязательная коммуникативная составляющая как необходимая для продуктивного взаимодействия с людьми: социальная перцепция, социальное проблемно-решающее поведение, копинг-стратегии, вербальная и невербальная коммуникация. И обязательно социальная составляющая, что, по сути, является тренировкой в поле решений конкретных задач, конкретных проблем, которые обычно возникают у пациента и приводят к дистрессовой реакции, провоцирующей обострение (ролевые тренинги, отработка проблемных кейсов).

Особенностью нового подхода в психосоциальной работе является включение клиентов в различные виды деятельности, организуемые при помощи технологий и методов социальной работы, социальной педагогики, психологии. Для длительно болеющих эффективны тренинги повышения социально-бытовых компетенций. Помощь больным с длительными госпитализациями (госпитализации свыше 1 года, постоянные повторные госпитализации, «феномен больничного проживания», большой стаж, тяжелое теч-

Современные методы психосоциальных вмешательств, ориентированных на социальные и когнитивные функции (уровень доказательности D):

- когнитивная ремедиация (Cognitive remediation);
- интегративная психологическая терапия (Integrated psychological therapy);
- когнитивная улучшающая терапия (Cognitive enhancement therapy);
- социальная когнитивная улучшающая терапия (Social Cognition enhancement training);
- когнитивно-бихевиоральная терапия (Cognitive-behavioral therapy);
- лично-ориентированная терапия шизофрении (Personal therapy for schizophrenia);
- функциональная когнитивная терапия (Functional cognitive-behavioral therapy);
- тренинг распознавания эмоций (Training of affect recognition);
- когнитивно-бихевиоральный тренинг социальных навыков (Cognitive-behavioral social skills training);
- тренинг социального познания и межличностного взаимодействия (Social cognition and interaction training);
- метакогнитивный тренинг (Metacognitive training);
- тренинг когнитивных и социальных навыков;
- «комплаенс-терапия»;
- функциональная тренировка поведения;
- групповая психосоциальная терапия подростков/детей/семейная;
- мультисемейные группы.

Важно учесть, что все современные программы, модули для обеспечения последовательного и полноценного охвата всех тренируемых функций имеют три составляющих. Это обязательно когнитивная составляющая, то есть работа с когнитивными функциями (конкретные тренинги

ние, резистентность к терапии, конфликты в семьях, госпитализм, низкий уровень социально-бытового функционирования) осуществляется в рамках модуля независимого проживания (разработано в НИИ Психиатрии).

Модуль независимого проживания, включающий тренинги навыков самостоятельной жизни:

- тренинг гигиенических навыков;
- тренинг навыков самообслуживания;
- тренинг ведения домашнего хозяйства, приготовления пищи;
- тренинг решения бытовых проблем;
- тренинг рационального распределения бюджета.

Пациентов обучают первичным социально-бытовым инструментальным навыкам – это является необходимым условием для возвращения пациентов в общество.

Примеры тренингов независимого проживания

Тренинг бытовых навыков

Цель – развитие у больных навыков социально-бытового функционирования (навыков самостоятельной жизни), преодоление «феномена больничного проживания»; групповое взаимодействие.

1) На тренинг бытовых навыков направляются больные шизофренией с упорядоченным поведением без актуальной психопродукции и выраженных интеллектуально-мнестических нарушений.

2) Тренинг бытовых навыков проводится каждый рабочий день.

3) Каждое занятие длится 45 минут, всего 20 занятий по следующим темам.

- Знакомство.
- Личная гигиена: уход за кожей рук и ног.
- Личная гигиена: уход за телом.
- Личная гигиена: уход за лицом, уход за ушами.
- Личная гигиена: уход за волосами.
- Личная гигиена: уход за зубами и полостью рта.
- Гигиена зрения, гигиена дыхания.
- Режим дня: сон, гигиена сна.
- Режим дня: утренняя зарядка.
- Гигиена питания, составление меню.
- Хранение продуктов.
- Правильная эксплуатация электроприборов, домашняя утварь и ТБ при ее эксплуатации.
- Уборка в доме.
- Распределение бюджета, бережливость и экономия, оплата коммунальных услуг.
- Анализ цен на товары, как делать покупки.
- Технология приготовления различных блюд.
- Правила поведения дома и в общественных местах, во время спора.
- Правила общения по телефону.
- Правила приема писем.
- Как делать подарки.

Тренинг проводит медицинская сестра отделения.

Тренинг навыков самообслуживания

Цель – развитие у больных навыков личной гигиены и навыков ухода за одеждой (элементарных навыков самообслуживания).

1) На тренинг навыков самообслуживания направляются больные с *выраженным* дефектом и социально-бытовой несостоятельностью любой нозологии (шизофрения, деменция...) с упорядоченным поведением безактуальной психопродукции и с разной степенью интеллектуально-мнестических нарушений.

2) Тренинг навыков самообслуживания проводится каждый рабочий день в соответствии с утвержденным графиком.

3) Каждое занятие длится 45 минут, всего 10 занятий по следующим темам.

- Уход за обувью.
- Как пришить пуговицу.
- Как подшить подол.
- Как зашить дырку.
- Как надеть резинку.
- Чистка одежды.
- Стирка.
- Глажение.
- Уход за руками и лицом.
- Уход за ногами.

Тренинг проводит инструктор по трудовой терапии.

Психотерапия средой

Терапевтическая среда – это многогранное понятие, включающее в себя, прежде всего, окружение пациента, позволяющее ему раскрыть сохранные личностные ресурсы, которые могут послужить опорой для выздоровления. Окружение начинается с интерьеров и оснащения отделений, палат, элементов бытового комфорта и заканчивается отношениями, в которые пациент ежедневно включается, находясь в больнице. В связи с важностью данного элемента в создании условий для выздоровления и реабилитации основной идеологический стержень работы с пациентами – формирование терапевтической среды.

Психотерапия средой рассматривается как форма психотерапевтической помощи в условиях искусственно контролируемой социальной среды. Включает в себя интеграцию разных видов психотерапевтической помощи и организацию «терапевтического пространства». По своей сути, терапевтическая среда – это своеобразная «социальная лаборатория», которая позволяет пациентам в полевых условиях (с одной стороны, достаточно безопасных, чтобы не провоцировать дистрессовую реакцию, с другой – достаточно конкурентных, предотвращающих «тепличные» условия», приводящих к выученной беспомощности) отработать необходимые им навыки.

Необходимость терапевтической среды в психиатрических учреждениях определяется тем, что:

■ пациенты склонны не только к манипулятивным формам поведения, но и способны создать «антитерапевтический социум»;

■ при работе с психическими расстройствами (шизофрения) применение отдельных психотерапевтических техник приводит к ухудшению социальной адаптации и срыву медикаментозной ремиссии (схизис отношений к пациенту);

■ при длительном лечении в стационаре возникают эффекты госпитализма;

■ при лечении в стационаре ухудшается социальная адаптация;

■ факт госпитализации означает, что пациент создает неадаптивный социум.

Важным элементом соблюдения принципов терапевтической среды и пациент-центрированных отношений является *участие пациентов при принятии решений*.

Базовые принципы психотерапевтического сообщества:

■ коммунизм (совместная деятельность и/или проживание, «вместе, а не вместо»);

■ осознание своих границ через общение с другими (понимание себя как основа терапии);

■ честное, открытое общение между всеми членами терапевтического сообщества;

■ конфронтация реальностью (пациент получает «честную» обратную связь на свое вызванное болезнью неадекватное поведение в безопасных для него условиях);

■ лечение как процесс научения (пониманию себя, совладанию с сильными эмоциями, социальным инструментальным навыкам).

Факторы, обеспечивающие эффективность психотерапевтического сообщества:

- демократическая выработка решений и распределение ответственности;
- ясность терапевтических программ, ролей и лидерства;
- высокий уровень взаимодействия между персоналом и пациентами;
- позитивное ожидание персонала;
- практическая проблемная ориентация лечебного коллектива.

Это может быть реализовано в следующих формах:

- сбор и учет мнений и пожеланий на собраниях и Советах;
- проведение среди больных анкетирования по различным вопросам;
- пациенты привлекаются при проведении деловых игр с персоналом;

- еженедельно проводится сбор и анализ обращений к главному врачу, которые пациенты опускают в ящики, размещенные в свободном доступе внутри каждого отделения;

- пациенты участвуют в формировании выпусков внутрибольничной газеты «Больничный лист»;

- пациентами осуществляется подбор материалов арт-студии для создания ежегодного календаря.

При непосредственном участии пациентов принимаются решения по возможным изменениям в больничном меню (при соблюдении принципов диетического питания). На основании запросов больных формируются кинотека и ассортимент книг в библиотеке. Пациенты вносят предложения по благоустройству территории, оснащению больницы средствами малой механизации для облегчения работ, организации тренингов и досуговых мероприятий, режиму отделений и многому другому.

Организация пространства в рамках формирования терапевтической среды

- Оснащение отделений мебелью и техникой.

- Советом медицинских сестер регулярно осуществляется контроль за неограниченной доступностью для пациентов туалетной бумаги, жидкого мыла в умывальных комнатах, салфеток и солонок при приеме пищи, внешним видом пациентов, который должен соответствовать общепринятым социальным нормам, и прочим.

- Прием пищи организован посменно, для того, чтобы не создавать тесноты и неудобства. Пациенты самостоятельно получают питание, пользуясь подносами.

- Для пациентов регулярно проводятся:

- кинопросмотры;
- вечера караоке;
- шахматно-шашечные, теннисные турниры;
- празднования общих праздников (Новый год, Рождество, 8 Марта, 23 Февраля, Пасха и прочие);
- дружеские визиты в другие психиатрические больницы города Москвы, концерты с участием приглашенных творческих коллективов и силами самих пациентов, поездки на художественные выставки, в музеи, парки, монастыри, театры.

- Функционирование библиотеки. Периодически в отделениях проводятся тематические чтения, пациенты имеют возможность свободно посещать библиотеку для выбора книг по желанию.

- Разнообразие досуга пациентов обеспечивается возможностью посещения:

- арт-студии с целью свободного творчества;
- спортзала (теннисный стол, велотренажер, беговая дорожка, прочий спортивный инвентарь);
- спортивной площадки на территории больницы, оснащенной волейбольной сеткой и баскетбольными кольцами;
- компьютерного класса, организованного при спонсорской поддержке клуба родственников.

- Неотъемлемым элементом повседневного быта является активизирующая эрготерапия. По возможности виды занятости подбираются в зависимости от склонностей, интересов и способностей пациента. В связи с тем, что большая часть больных имеют длительный стаж заболевания и давно утратили трудоспособность, в процессе трудотерапии ставятся несложные задачи (уборка и благоустройство помещений и территории больницы).

При этом главной целью является не столько выполнение самого задания, сколько формирование чувства ответственности за порученное дело, доведение до конца начатого. Это позволяет закрепить у пациента представление о своей потенциальной состоятельности и способности к автономному существованию, уверенности в своих силах.

Организация партнерских межличностных отношений в рамках создания терапевтической среды

Дух партнерства противопоставляется нами традиционно используемым в психиатрии принципам патерналистских отношений. Больничные мероприятия, развивающие принципы партнерства, призваны дать пациентам возможность поверить в собственную значимость, ощутить атмосферу взаимного доверия и поддержки для борьбы с болезнью.

В рамках данного направления ежедневно в каждом отделении под патронажем медицинской сестры проводятся собрания, на которых актив отделения информируется о запланированных на день и ближайшее будущее мероприятиях, обсуждается степень и форма участия в них, формулируются предложения пациентов по организации мероприятий.

В таком же режиме проходят собрания больных и персонала отделения, на которых обсуждаются наиболее злободневные проблемы быта в отделении, разбираются актуальные проблемы межличностных отношений, конфликтов, требующие разрешения при общем обсуждении. Из актива больных сформирован Совет больных, который готовит и формулирует предложения больничному Совету по реабилитации. Совет по реабилитации проходит при непосредственном участии администрации больницы (главный врач, его заместители, руководители отделений) и представителей Совета больных. На Совете администрация больницы отчитывается о мероприятиях, запланированных на предыдущем заседании, получает обратную связь от пациентов, обсуждая дальнейшие пути оптимизации быта в больнице.

ПРИМЕРЫ

ФОРМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: «ЖИЛЬЕ ПОД ЗАЩИТОЙ»

Цель – возвращение больных шизофренией к активной жизни в обществе, формирование у них положительных социальных установок, активизация собственных возможностей, создание «терапевтического сообщества» самопомощи, моделирование социально-положительных форм поведения. Стрессовые факторы обычной окружающей среды могут провоцировать рецидивы заболеваний, в то время как поддерживающая структурированная среда, напротив, оказывает положительное воздействие на течение заболевания. При этом надо понимать, что жилье само по себе не может представлять программу, оно инструмент, который будет помогать организовать или ускорить реализацию какого-либо проекта (например, проекта по социальной реабилитации и социальной адаптации инвалидов вследствие психических расстройств трудоспособного возраста). Стабильность бытоустройства, подкрепляемая лечением и поддержкой, повышает качество жизни жильцов и возможности интеграции в жизнь общества.

ФОРМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: «ПОДДЕРЖИВАЕМОЕ ТРУДОУСТРОЙСТВО»

Проблемы трудоустройства душевнобольных на протяжении всего существования психиатрической специальности волнуют и ученых, и практиков. Этот вопрос в разные периоды рассматривался с различных позиций и решался по-разному. Неизменным остается лишь то, что и в настоящее время трудоустройству лиц с психическими расстройствами уделяется особое внимание.

Не секрет, что способность трудиться, самостоятельно зарабатывать деньги воспринимается социумом как обязательный критерий полноценного, автономно функционирующего человека. Работа не только является источником дохода, но и определяет социальный статус в обществе. Что касается лиц с психическими заболеваниями, значимая для личности и полезная для общества трудовая активность способна улучшить самооценку пациента, его качество жизни, препятствовать обострениям болезни и уменьшить риск повторных госпитализаций, обогатить социальные связи пациента и облегчить бремя болезни на его семью. Доказано, что в трудовом процессе отчасти компенсируется и, казалось бы, стойкий дефект

Форма помощи	Уровень интенсивности контроля и помощи	Пример
Поддерживающее жилье	Высокий	Сателлитное общежитие Психоневрологический интернат
	Средний	Пансионаты Групповые дома
Поддерживаемое жилье	Низкий	От отдельных квартир до меблированных комнат для постоянного проживания

Поддерживающее жилье (высокий уровень наблюдения)

- Ориентировано на лечение. Пациенты не являются арендаторами жилья, не платят за него. Предоставляет стабилизированным психически пациентам, нуждающимся в восстановлении родственных и дружеских связей, освоении навыков самообслуживания после длительной госпитализации, кров и стол, программу социальной реабилитации до того, как подходящее жилье будет найдено или семейные отношения будут налажены (при необходимости временной изоляции больного из неблагоприятной социальной среды).

- Для пожилых беспомощных больных и инвалидов с сопутствующей тяжелой медицинской патологией.

- Сателлитное общежитие.

- Психоневрологический интернат.

Поддерживающее жилье (средний уровень наблюдения)

- Персонал работает круглосуточно, контролируется лечение, расходы. Программы часто развернуты в жилых районах. Предъявляя невысокие требования к пациентам, предоставляют медицинскую помощь постоянного или сменного персонала, возможность общения в близком к домашнему окружении. Возможно совместное проживание семей.

- Форма жилья предпочтительна для внебольничного контингента тяжелобольных, опекаемых родителями.

- Пансионаты, групповые дома

Поддерживаемое жилье

- Собственное или доступное для съема постоянное жилье.

- Жилищная программа не связана напрямую с медицинскими и социальными службами, но ориентирована на общество.

- Психиатрическая помощь предоставляется добровольно, но кризисные службы доступны в любой момент.

- Право выбора помощи и лечения: план помощи индивидуализирован, в его разработке и развитии участвует сам клиент. Поддержка неопределенно длительна и гибка в зависимости от изменяющихся потребностей человека с психическими проблемами.

- Нет постоянного контроля персоналом. Сотрудники структурируют время, организуют мероприятия, но пользователь вправе сделать свой выбор.

- Визитеры могут оставаться на ночь. Контроль расходов и лечения подразумевается, но необязателен. Персонал (ведущий случая) еженедельно контролирует жильцов (оплата коммунальных услуг) и осуществляет руководство (планирование покупок), организует совместные собрания для решения конфликтных ситуаций.

личности (Поташева А.П., 2007; Herman D. et al., 2000; Yazdani M. et al., 2005). В связи с этим помощь в трудоустройстве – одна из важнейших задач психиатрической службы в рамках психосоциальной терапии и реабилитации.

За последние 20 лет прирост инвалидов с психическими расстройствами составил 65%. Происходит накопление инвалидов работоспособного возраста, во многом в связи с тем, что в новых экономических условиях больной не находит места (теряет его) на открытом рынке труда. По данным 2007 г. (Гурович И.Я. и соавт.), в России молодых инвалидов не менее 600 тысяч, или почти 0,5% населения страны. Доля инвалидов работоспособного возраста при таких хронических психических расстройствах, как шизофрения, расстройства в сфере настроения, превышает 60%. Только в Москве живут почти 20 тысяч таких больных. Уровень длительно безработных (в большинстве своем отказавшихся от инвалидности) среди людей, страдающих шизофренией, превышает на порядок аналогичные показатели среди здорового населения. Две

трети семей инвалидов живут за чертой бедности. Однако более 70% молодых инвалидов, имеющих психические расстройства, успели получить, как и их здоровые сверстники, среднее и специальное образование. Согласно опросу членов ООИ «Новые возможности», более 60% хотели бы трудиться. Стоит отметить, что вынужденное безделье пациента, выпитого домой, увеличивает риск обострений заболевания и усугубляет стресс близких, которые находятся рядом с ним. Чрезмерное покровительство большинства медицинских профессионалов, «парниковый эффект» избыточной внутрисемейной опеки приводят к «выученной беспомощности» (социальной бездеятельности и отгороженности, покорности судьбе), имитирующей «тяжелый дефект психики».

К сожалению, ряд форм трудоустройства, которые широко использовались ранее и продолжают существовать до сих пор, не решают описанных проблем и, напротив, способствуют углублению «внебольничного госпитализма». Примером могут служить спеццеха в лечебно-трудовых мастерских, где

Основные элементы программы

1. Индивидуальное планирование. Индивидуальный поиск работы для каждого участника программы осуществляется на основании оценки навыков, способностей, талантов, интересов и желаний пациента.
2. Естественная интеграция. Люди с психическими проблемами трудятся рядом с людьми без психических нарушений и в тех же условиях, что и остальные работники.
3. Обучение и инструктирование непосредственно на рабочем месте. Обучение производится выделенным работником и/или куратором данного пациента.
4. Помощь в адаптации. В течение неограниченного времени куратором проекта (обученным членом общества) и/или наставником предприятия осуществляется поддержка на рабочем месте.
5. Корректировка функциональных обязанностей при изменении условий труда.
6. Обучение социальным навыкам. Для успешного закрепления на рабочем месте проводится обучение ориентировке в городе и пользованию общественным транспортом при поездке на работу и домой, отрабатываются навыки

общения, распределения бюджета, планирования покупок, структуризации дня и т.п.

7. Помощь в решении текущих проблем (в семье, с работодателем, с социальными службами).
8. Управление лечением (упрочение союза с врачом и его близкими; контроль посещений психоневрологического диспансера, обучение пациента и его родных регулярному приему лекарств, выявлению ранних симптомов рецидива, разработка совместно с пациентом и близкими кризисного плана действий на случай обострения; контроль физического состояния с привитием здорового образа жизни, формирование навыков своевременного посещения врачей общего профиля, зубного врача и т.п.).
9. Работа с родственниками пациента (объяснение их роли в лечении, обучение навыкам самопомощи во избежание дистресса и чрезмерно выражаемых эмоций как триггеров рецидива больного; создание в семье атмосферы надежды и информированного оптимизма как непереносимых условий социального выздоровления пациента).
10. Защита прав пациента и его близких.

Принципы поддерживаемого трудоустройства:

- получение работы на открытом рынке труда без предварительной профессиональной подготовки (на рабочем месте);
- подбор работы с обращением внимания на предпочтения пациента;
- совмещение трудоустройства, поддерживающей лекарственной и психосоциальной терапии (целевое психобразование);
- долговременность (неограниченная психосоциальная поддержка).

личность, измененная хронической болезнью, дополнительно искажается в среде заниженных требований. Более того, спецпредприятия нередко способствуют дополнительной стигматизации работников, представляя гетто душевнобольных.

Как правило, в России такие формы «защищенного» трудоустройства не выдерживают конкуренции с обычными предприятиями. Половина из них за последние 10 лет закрыта, остальные задавлены налогами и нерентабельны. Доля инвалидов, занятых таким машинообразным, малоквалифицированным трудом, неуклонно сокращаясь, за последние 10 лет достигла 0,3% (!).

Нельзя отрицать, что работа в особых условиях – достижение для наиболее тяжелых пациентов и их семей. Однако отсутствие альтернативы изолированным мастерским для молодых инвалидов является драматической проблемой, которая навсегда закрывает перед ними путь возврата в

социум. Наглядно подтверждает это положение дел метафора, сравнивающая пациента с плясуном на канате в свинцовых сапогах. Потребуешь больше, чем он может сделать, – толкнешь в бездну психоза, попросишь меньше – он сляжет в безделье (Любов Е.Б.).

Зарубежный опыт, так же как и опыт в России, демонстрирует снижение востребованности лечебных мастерских. Они закрываются в связи с доказанно невысоким реабилитационным потенциалом. Ни один из типовых подходов трудоустройства душевнобольных (спеццеха, мастерские, консультирование по вопросам профессиональной реабилитации, рабочие клубы, центры реабилитации) не оказывает стойкого влияния на восстановление трудоспособности.

В то же время существуют комплексные программы, которые позволяют психически больному человеку подготовиться к трудоустройству и попытаться вернуться к обычной жизни. Эти программы включают ряд последовательных мероприятий,

которые обеспечивают решение актуальных в отношении каждого конкретного больного задач:

- оценка трудовых навыков и умений;
- поиск предпосылок к осуществлению трудовой деятельности;
- тренинг трудовых навыков;
- поиск работы на открытом рынке труда и адаптация на рабочем месте.

Оценка трудовых навыков и умений предполагает изучение уровня профподготовки, полученной пациентом до развития заболевания, и анализ имеющихся в настоящее время возможностей. Учитываются как субъективные суждения пациентов, так и объективные данные: сведения, сообщенные родственниками, полученные с места работы и из других источников. При оценке играет роль сохранность сопутствующих качеств, косвенно влияющих на трудоспособность: приход вовремя на работу, гигиена и опрятность, способность структурирования времени во время работы, способность к выполнению инструкций, к последовательности выполнения заданий, способность переключаться во время перерывов, навыки взаимодействия с коллегами и руководством, следование введенным правилам и прочее. Эти навыки, называемые предпосылками трудовой деятельности, чрезвычайно важны. Иногда необходимым предшествующим трудоустройству этапом является тренинг трудовых навыков. Он может осуществляться либо в медицинской организации (участие в трудовых процессах), либо путем направления на специальные курсы или непосредственно на рабочем месте. Выбор вариантов тренинга зависит от состояния больного, его подготовленности, необходимости получения новых знаний и т.д.

В современных условиях самым оптимальным и желательным вариантом трудоустройства инвалидов является так называемая модель поддерживаемого трудоустройства. Эффективность данной модели подтверждена рядом исследований.

Составные элементы и принципы программы поддерживаемого трудоустройства

Модель предполагает устройство пациентов с нереализованным реабилитационным потенциалом и мотивацией к труду на обычные предприятия, вовлечение в мир психически здоровых людей.

ФОРМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: «КЛУБНЫЙ ДОМ»

Среди программ психосоциальной реабилитации выделяется своей самобытностью и гармоничностью модель, которая называется «Клубный дом». Эта программа дает поддержку и возможность развития для людей с такими психическими расстройствами, как шизофрения,

биполярное аффективное расстройство, клинические формы депрессии. Основная цель данной модели – самостоятельное и продуктивное существование участников программы. Основной подход – создание психотерапевтического сообщества путем осмысленной совместной деятельности, на основе которой возникают осмысленные взаимоотношения. Программа «Клубный дом» направлена на укрепление и активизацию здоровых и более сохранных сторон психики участника, сильных сторон его личности (т.е. участники программы – не «пациенты», не «потребители психиатрических услуг», не «клиенты», а ее равноправные члены), чем принципиально отличается от медицинской психиатрической модели, где делается акцент на выявлении патологии, работе с проблемой больного. При этом медицинская модель вовсе не отрицается (все члены «клубного дома» также получают постоянное лечение и наблюдение), а дополняется и обогащается.

Международным центром развития клубных домов (КД) разработаны стандарты, по которым работают все без исключения организации, имеющие право так называться: будь то в Канаде, Китае, Нигерии или России. Существует четкая система получения международного сертификата качества.

Выделяются следующие компоненты программы:

- программа так называемого «упорядоченного рабочего дня»;
- программа трудоустройства;
- образовательная программа;
- досуговая программа;
- жилищная программа;
- ведение случая (социальное сопровождение члена КД).

Участие в программе добровольное (пациенты не обязаны приходить в нее каждый день в определенные часы. Наоборот, каждый член КД сам выбирает способ и степень своего участия в программе. Не существует никаких договоров, расписаний или правил, которые принуждали бы членов КД участвовать в его программе) и носит пожизненный характер (т.е. каждый член КД может вернуться в программу после его отсутствия любой продолжительности).

Деятельность клуба:

- носит развивающий характер;
- разнообразна;
- упорядочена и структурирована;
- осмысленна и понятна участнику программы, который ее выполняет.

Вся деятельность в КД направлена на поддержание его функционирования, она возникает исключительно

«Мы не одиноки»

В 1948 г. небольшая группа людей, которые были недавно выписаны из психиатрической больницы штата Нью-Йорк, объединились, чтобы создать группу, ставшую известной как «We are not alone» (WANA) – «Мы не одиноки». Начав как группа самопомощи, WANA позже развилась в очень успешное и инновационное сообщество с программой, заключавшейся в том, чтобы помочь людям с психическими заболеваниями восстановить утраченные жизненные навыки и стремления, которые они потеряли за время болезни. С помощью добровольцев WANA приобрела отдельное здание и в начале 1950-го г. была официально открыта организация «Fountain House». Это и был первый клубный дом. Его программа стала шаблоном для модели психосоциальной реабилитации «клубный дом», которая в настоящее время принята в 28 странах по всему миру и является на сегодняшний день одним из самых эффективных доказанных методов оказания помощи душевнобольным.

в самом КД в связи с его деятельностью. Не проводится никакая работа для посторонних лиц и организаций.

Работа, выполняемая членами в КД, не оплачивается. Ее задача – помочь членам программы восстановить чувство собственной значимости, уверенность в своих силах, способность ставить определенные цели и достигать их. Сотрудники и члены программы взаимодействуют друг с другом как коллеги и партнеры по совместной деятельности, а не как «пациенты» и «специалисты» или «клиенты» и «провайдеры услуг». Сотрудники и члены имеют равные права и обязанности и несут совместную ответственность за работу КД. Взаимоотношение участников имеет определяющее значение и является главным критерием сертификации. Эти особые взаимоотношения нельзя подделать. Они возникают, когда члены клуба начинают понимать, что они действительно нужны, и начинают воспринимать клуб как свой.

КД не создает ни в КД, ни при нем, ни надомным способом никаких рабочих мест. Но он дает возможность вернуться к оплачиваемой занятости через систему так называемых Промежуточных рабочих мест (ПРМ), Рабочих мест с поддержкой и Независимых рабочих мест (НРМ).

Промежуточные рабочие места – рабочие места, получаемые не индивидуальным членом КД, а КД как реабилитационной программой и используемые в реабилитационных целях.

Они имеют следующие особенности:

- ПРМ находится непосредственно в организации работодателя;
- работа члена КД оплачивается непосредственно самим работодателем по обычным расценкам;
- ПРМ – это работа на неполный рабочий день, обычно от 15 до 20 часов в неделю;
- работа члена КД на одном ПРМ ограничена 6–9 месяцами;
- должностные обязанности не должны требовать специальной подготовки с тем, чтобы любой член КД мог выйти на работу на таком ПРМ;
- КД, а не работодатель выбирает, кто будет работать на данном ПРМ;
- обучение работе на ПРМ проводит сотрудник КД, а не представитель работодателя;
- КД гарантирует замену одного члена КД на дру-



**РАБОТА, ВЫПОЛНЯЕМАЯ ЧЛЕНАМИ В КД,
НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ. ЕЕ ЗАДАЧА – ПОМОЧЬ ЧЛЕНАМ
ПРОГРАММЫ ВОССТАНОВИТЬ ЧУВСТВО СОБСТВЕННОЙ
ЗНАЧИМОСТИ, УВЕРЕННОСТЬ В СВОИХ СИЛАХ,
СПОСОБНОСТЬ СТАВИТЬ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ЦЕЛИ
И ДОСТИГАТЬ ИХ.**

гого, если по каким-то причинам работодатель считает это целесообразным;

- в случае невыхода члена КД на работу КД гарантирует его подмену либо другим членом КД, знающим эту работу, либо сотрудником программы.

Независимые рабочие места

Это рабочие места, найденные самим участником программы или с помощью Клубного Дома на свободном рынке труда. Они не ограничены по времени работы. Клубный Дом оказывает минимальную поддержку

работающим на НРМ, главным образом, социальное сопровождение и досуг.

Члены Русского Дома работали в компании Nestle и МГУ, некоторые уже имеют постоянную работу.

Образовательная программа

Когда Клубный Дом развивает свои собственные образовательные программы в рамках упорядоченного рабочего дня, сами члены КД в существенной степени участвуют в преподавании и обучении других членов КД в рамках такой программы. В Русском Доме проводятся курсы изучения английского языка и компьютерные классы.

Члены Клубного Дома участвуют во всех решениях относительно программы, принимаемых на всех уровнях. Они также принимают участие в выработке стратегии и направлений дальнейшего развития программы. Это касается и проведения досуга. Организованы поездки в города России и Европы. Участники программы не



ПРОГРАММА «КЛУБНЫЙ ДОМ» НАПРАВЛЕНА НА УКРЕПЛЕНИЕ И АКТИВИЗАЦИЮ ЗДОРОВЫХ И БОЛЕЕ СОХРАННЫХ СТОРОН ПСИХИКИ УЧАСТНИКА, СИЛЬНЫХ СТОРОН ЕГО ЛИЧНОСТИ), ЧЕМ ПРИНЦИПИАЛЬНО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ, ГДЕ ДЕЛАЕТСЯ АКЦЕНТ НА ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ, РАБОТЕ С ПРОБЛЕМОЙ БОЛЬНОГО.

оставляют друг друга в беде и оказывают посильную финансовую, юридическую, бытовую помощь, решают возникающие конфликтные ситуации.



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

Обеспечивает, аналитической и экспертной информацией по вопросам развития здравоохранения органы исполнительной власти города Москвы и руководителей медицинских организаций различных форм собственности



ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ

ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА, К.Ф.Н.:

“ Мы видим своей задачей всесторонний и объективный анализ различных процессов в сфере здравоохранения, включая, в том числе, и предотвращение различных рисков в отрасли.

- РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ПЕРСОНАЛА
- ОБЪЕДИНЕНИЕ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ И ПРИКЛАДНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ПРАКТИКОЙ МОСКОВСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ИНФОРМАЦИОННОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

www.niiozmm.org
+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30

ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ БРИГАДА

Практический опыт в различных странах показал, что любая деинституционализация психиатрической службы требует определенной системы обеспечения преемственности амбулаторного и стационарного звена (менеджмента случая, *case management*), позволяющей организовать индивидуализированную помощь, основанную на потребностях пациента, используя «настойчивый подход», подразумевающий постоянное вовлечение и мотивирование больных.

Такой подход не допускает развития трансинституционализации, когда отсутствие адекватного в этих условиях кейс-менеджмента привело, по мнению многих экспертов, к серьезным ошибкам реформирования психиатрической службы.

Данная модель решает следующие задачи: выявление и ранжирование потребностей больных, планирование на этой основе всестороннего обслуживания, мониторинг результатов и обеспечение дальнейшего поддерживающего лечения.

Можно выделить три вида *case management*, исходя из уровня деинституционализации.

В Соединенных Штатах Америки как стране с наиболее выраженным уровнем деинституционализации, представлена брокерская модель *case management*. В данной модели «брокер» – это человек, который не имеет ни медицинского, ни социального образования, который выполняет функцию администратора для выписавшегося из психиатрического стационара пациента. Он контактирует со специалистами для получения сведений о потребностях пациента и затем направляет пациента в соответствующие службы. Причем, его задача – быть диспетчером-логистом ввиду огромного количества в США разрозненных социальных служб, а сориентироваться в них сам пациент не может ни по своему состоянию, ни имея на это специальных компетенций. И ключевая цель брокера – обеспечить доступность



**Станислав
СТАРОДУБЦЕВ,**
врач-психиатр,
организационно-мето-
дический и консульта-
тивный отдел по психиа-
трии ПКБ №4
им. П.Б. Ганнушкина
Департамента здравоохранения города Москвы

Таблица. Матрица ответственности участников полипрофессиональной бригады

Функциональная роль	Должность в отделении круглосуточного стационара	Должность в полустационаре (ДС, ОИОП, МРО)	Должность на участке ПНД	Примечание
Руководитель ППБ	Заведующий отделением	Заведующий отделением	Участковый врач-психиатр	Руководит решениями ППБ, инициирует внеплановое заседание ППБ, «последнее слово» в принятии решения маршрута пациента
Координатор	Медсестра с функциональными обязанностями медсестры-координатора	Медсестра с функциональными обязанностями медсестры-координатора	Участковая медсестра	Секретарь ППБ, координирует плановую работу ППБ (подбор пациента, координация решений ППБ, внутренняя логистика пациентов)
Лечащий врач (ведущий случая)	Лечащий врач стационара	Лечащий врач полустационара	Участковый врач	Ответственное лицо в лечении пациента (биологическая терапия), протоколирует решение ППБ
Специалист ППБ	Медицинский психолог/врач-психотерапевт	Медицинский психолог/врач-психотерапевт	Медицинский психолог/врач-психотерапевт	Функциональная диагностика пациента для ППБ, достижение консенсуса в принятии решения ППБ, исполнение решения ППБ в рамках своей компетенции
Специалист ППБ	Специалист по социальной работе, выездная социальная медсестра	Специалист по социальной работе (соц.работник)	Специалист по социальной работе (соц.работник)	Функциональная диагностика пациента для ППБ, достижение консенсуса в принятии решения ППБ, исполнение решения ППБ в рамках своей компетенции
Консультант ППБ	Внешний эксперт, в том числе из другого ведомства (врач, юрист, специалист по социальной работе и др.). Эксперты НИИ	Внешний эксперт, в том числе из другого ведомства (врач, юрист, специалист по социальной работе и др.). Эксперты НИИ	Внешний эксперт, в том числе из другого ведомства (врач, юрист, специалист по социальной работе и др.). Эксперты НИИ	Приглашаются при необходимости для решения сложных случаев в рамках междисциплинарного взаимодействия. Анализ деятельности ППБ «по структуре», мониторинг и анализ динамики принятия решения ППБ
Куратор ППБ	Зам. главного врача по клинико-экспертной работе, зам. главного врача по мед. части	Зам. главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, зам. главного врача по мед. части	Заведующий диспансерным отделением, зам. главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, зам. главного врача по мед. части	Привлечение в сложных неразрешимых на уровне отделения случаях, при конфликтах интересов. Оценка результативности ППБ с точки зрения целевых показателей учреждения. Анализ деятельности ППБ «по содержанию»

и помочь разобраться в этих службах, обеспечить координацию центров психического здоровья и агентств помощи пациентам. Данная модель имеет свои плюсы, но эволюционно в США стал развиваться так называемый care management, когда этот брокер становился социальным специалистом и уже сам непосредственно участвовал в процессе реабилитации пациентов, а не был просто логистом-администратором.

Дальнейшее развитие модель получила в Великобритании в виде так называемого ассертивного («настойчивого») лечения, ассертивной полипрофессиональной бригады (ППБ) специалистов. Данная модель основывается на том, что помощь осуществляется полипрофессиональной (мультидисциплинарной) бригадой, практикующей интенсивное лечение в сообществе, то есть непосредственно на дому у пациента. Она предназначена для тех пациентов, которые должны были по всем клиническим критериям находиться в стационаре. Такая ассертивная бригада реально удерживала пациента в сообществе и была достаточно эффективной. Она обеспечила снижение повторной госпитализации на 60% и высокий уровень комплаентности – до 80%. Она оказывала весь спектр воздействий, начиная от неотложной помощи, заканчивая трудоустройством.

В континентальной Европе также стали появляться полипрофессиональные бригады (ППБ), которые были разными по формату в зависимости от уровня институционализации. Существуют различные типы бригад, в зависимости от типа менеджмента в этой бригаде, например управляемые бригады, когда решение принимает одно ответственное лицо, или бригады с демократическим стилем, когда решение принималось на базе консенсуса. Существуют командные модели ППБ – управляемые команды, когда коллегиальное решение принимается «ядром» команды. Нужно признать, что в таких бригадах приходится решать организационные и

коммуникативные проблемы, и в первую очередь – это конфликты интересов участников ППБ, так как психологи – носители одной парадигмы, психиатры – другой, они зачастую по-разному видят цели и задачи терапевтического процесса.

Следует отметить также тренд на дифференциацию мультидисциплинарного взаимодействия – появились так называемые целевые полипрофессиональные бригады, например, в рамках детской психиатрии, геронтопсихиатрии, или междисциплинарные полипрофессиональные бригады в рамках взаимодействия с другими немедицинскими социальными учреждениями.

В модельном решении организации психиатрической помощи Москвы предлагается использование полипрофессионального взаимодействия на всех этапах ее оказания.

Этапы полипрофессионального взаимодействия специалистов

Работа ППБ выполняется на всех этапах оказания психиатрической помощи, во всех стационарных и амбулаторных подразделениях.

Состав ППБ: зав. отделением – руководитель бригады (участковый врач на участке ПНД), лечащий врач, медицинский психолог, специалист по соц. работе (соц. работник, медицинская выездная социальная медсестра), врач-психотерапевт (при необходимости), старшая медсестра отделения (участковая медсестра на участке), медсестра-координатор. Состав ППБ при необходимости может расширяться.

Выбор пациента для представления на ППБ определяется сложностью случая и обеспечением необходимыми ресурсами (в первую очередь – кадровыми).

ППБ во всех условиях оказания психиатрической помощи представлена следующими этапами.



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

Осуществляет комплексные научные исследования в области создания стандартов качества управления ресурсами в системе здравоохранения и в деятельности медицинских организаций



СЕРГЕЙ БУДАРИН

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА МЕТОДОЛОГИИ ПРОВЕДЕНИЯ АУДИТА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

« Система контроля должна быть комплексной и охватывать все аспекты деятельности медицинской организации, способствовать своевременному принятию управленческих решений.

- РАЗРАБОТКА НАУЧНЫХ И МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ПРОВЕДЕНИЮ АУДИТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- ОЦЕНКА УРОВНЯ И ДОСТУПНОСТИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, РАЦИОНАЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАТЕРИАЛЬНЫХ И АДМИНИСТРАТИВНЫХ РЕСУРСОВ
- СОЗДАНИЕ ВНУТРЕННИХ СИСТЕМ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И РЕСУРСАМИ НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ

www.niiozmm.org

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

Большая Татарская, 30

Этапы работы ППБ

■ 1-й этап работы – информационный.

Каждый из специалистов бригады знакомится с поступающим пациентом и собирает информацию, необходимую ему для установления проблем и возможных путей их разрешения.

■ 2-й этап – диагностический.

В ходе совместного заседания формулируется многоосевой функциональный диагноз, который включает в себя клиническую, психологическую и социальную составляющую. Формируется комплексное заключение, и назначаются мероприятия, необходимые для разрешения проблем пациента. Принятие решения в тактике ведения случая осуществляется достижением консенсуса. Право принятия окончательного решения тактики определяется руководителем ППБ. Лечащий врач несет юридическую ответственность за клиническое ведение пациента. Для решения сложных случаев привлекается консультант ППБ (эксперты из научно-исследовательских институтов, других ведомств).

■ 3-й этап – планирование.

Координатор ППБ под контролем руководителя ППБ разрабатывает план реализации мероприятий в соответствии с их важностью, срочностью и имеющимися ресурсами (расписание занятий, наличие свободных мест, занятость родственников и прочее).

■ 4-й этап – реализация составленного плана.

Координатор ППБ под управлением руководителя ППБ контролирует своевременность выполнения всех намеченных мероприятий и вносит своевременные коррективы при изменении ситуации.

Решение медико-биологических, психологических и социальных проблем, диагностированных в ходе полипрофессионального обсуждения, осуществляется квалифицированными, специально обученными специалистами (специалистами ППБ) в ходе непосредственной работы с больным и его ближайшим окружением.

Реализация составленного плана осуществляется в виде индивидуальных и групповых занятий, формирования психотерапевтического сообщества в рамках терапии средой, осуществления инструментальной социальной поддержки.

■ 5-й этап – оценка результатов.

При очередной встрече специалистов полипрофессиональной бригады обсуждаются результаты работы с больным. При необходимости проводится коррекция плана лечения, реабилитации и социального маршрута.

Оценка результата работы проводится как членами ППБ, так и ведущими своих групповых и индивидуальных занятий. Консультант-супервизор ППБ проводит мониторинг и анализ динамики принятия решений ППБ, анализ деятельности ППБ «по структуре». Куратор ППБ привлекается в сложных, неразрешимых на уровне отделения случаях, при конфликтах интересов. Куратор ППБ оценивает результативность ППБ с точки зрения целевых показателей учреждения.

Таким образом, выстраивается система управления качеством психиатрической помощи, реализуя модель непрерывного улучшения процессов – цикл Деминга–Шухарда (цикл PDCA) – Планируй-Делай-Проверяй-Улучшай.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Осуществляет научно-практические разработки в области внедрения систем менеджмента качества (СМК) в сфере здравоохранения



АЛЕКСАНДР ЦИБИН

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ:

“ Эффективное функционирование системы здравоохранения невозможно без повсеместного внедрения принципа стандартизации и полноценного контроля за его соблюдением в повседневной работе врача.

- ПОДГОТОВКА К ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- ПРОВЕДЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХ СЕМИНАРОВ И ТРЕНИНГОВ ПО РАБОТЕ С СМК ДЛЯ ВРАЧЕЙ И РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- МЕТОДИЧЕСКАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ВНЕДРЕНИИ СМК

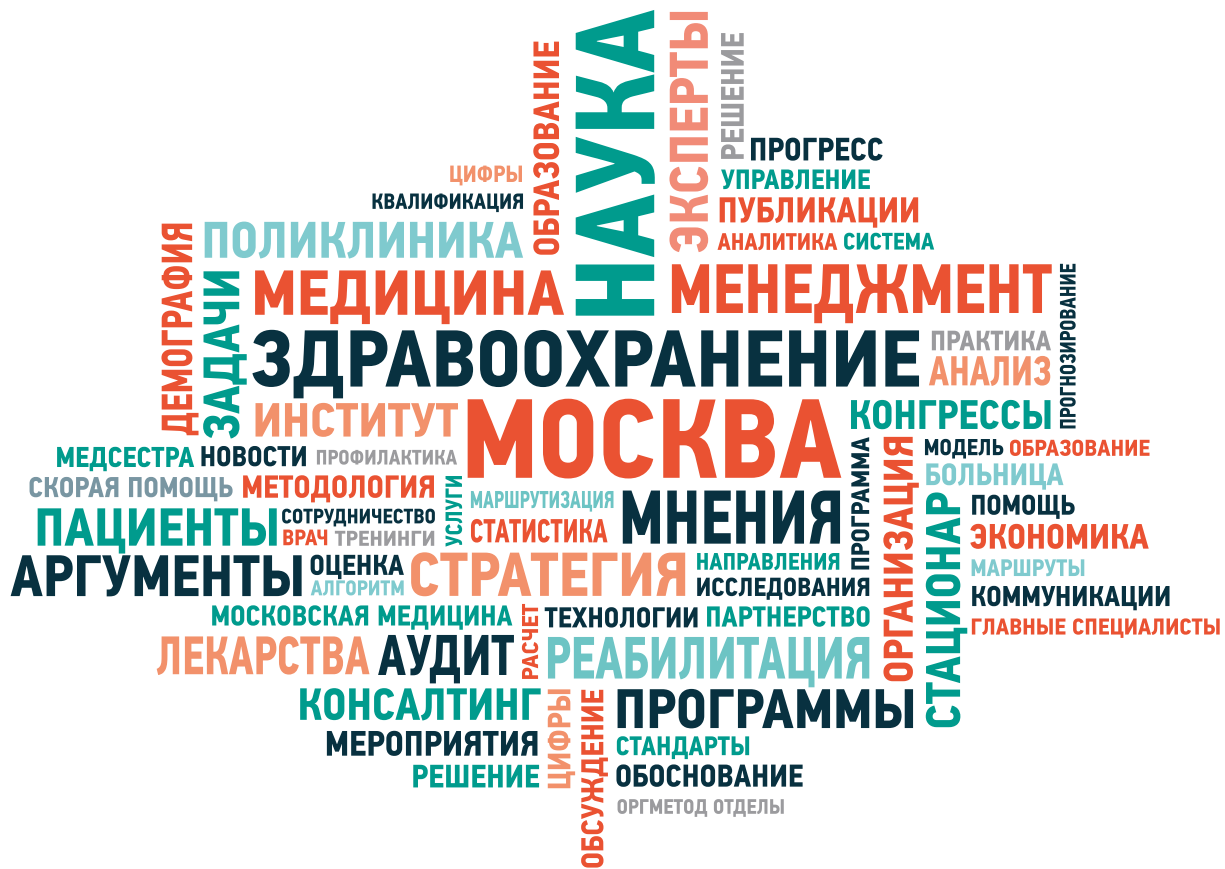
www.niiozmm.org

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

Большая Татарская, 30



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

+7 (495) 951-20-54
 niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

www.niiozmm.org

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Задачами современного подхода к лечению психических расстройств является не только купирование симптомов заболевания, но и мероприятия, направленные на максимально возможное личностное и социальное восстановление пациентов (концепция «recovery»).



Ольга КАРПЕНКО,
заведующая
оргметодотделом
ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ»

При активном участии пациента

Одно из определений «recovery» как цели лечения сформулировано Anthony W.: «Это способ жить удовлетворяющей, полной надежды и приносящей пользу другим жизнью, даже при наличии ограничений, вызванных болезнью; этот способ жить включает также разработку нового смысла и цели в жизни человека по мере того, как он перерастает катастрофическое влияние психической болезни» (цит. по Гуровичу И.Я. и соавт., 2008). В данной парадигме психиатрической помощи сам пациент и его окружение становятся активными участниками лечебного процесса, совместно со специалистами участвуют в выработке конечных целей лечения и путей их достижения.

В настоящее время разрабатываются и исследуются различные модели оказания комплексной лекарственной и психосоциальной помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра. Наиболее перспективным представляется подход, основанный на работе команды специалистов («скоординированная специализированная помощь»), в ходе которого, наряду с подбором лекарственной терапии, оказывается индивидуальная психотерапия, направленная на обучение совладанию с болезненной симптоматикой и выработку оптимальных поведенческих стратегий, проводится работа с ближайшим окружением пациента, направленная на создание адекватных представлений о болезни и обучение методам поддержки и коммуникации с заболевшим членом семьи, а также поддержка пациентов в трудоустройстве и учебе. Все мероприятия проводятся при активном участии пациента в принятии решений. Было доказано, что для пациентов с первым психотическим эпизодом такая индивидуализированная, специализированная, направленная на восстановление помощь оправдывает более высокие расходы на ее оказание.

Формирование представлений

Одним из первых и основных мероприятий по реабилитации при психозах является психообразование пациентов. Эффективность применения психообразовательных технологий при расстройствах шизофренического спектра относится к уровню убедительности рекомендаций А (эффективность доказана в ходе рандомизированных контролируемых исследований). Целью

Модуль из пяти занятий по следующим темам:

- «Психическое заболевание. Причины. Механизмы. Развитие»;
- «Распознавание ранних признаков обострения болезни»;
- «Лекарственная терапия»;
- «Способы совладания с болезненной симптоматикой»;
- «Преемственность (этапы) психиатрической помощи».

психообразования является формирование у пациентов и их родственников представлений о психическом заболевании, его проявлениях и возможностях лечения. Формирование адекватной внутренней картины болезни делает возможным дальнейший процесс реабилитации и позволяет пациенту становиться полноценным участником лечения.

Важно как можно раньше интегрировать реабилитационные мероприятия в процесс лечения. На опыте организации психосоциальной работы на базе ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ» была показана эффективность присоединения психообразовательных мероприятий на этапе стационарного лечения, сразу после купирования наиболее острых проявлений психоза.

Занятия проводятся в открытых группах для пациентов, соответствующих критериям первого психотического эпизода (длительность заболевания не более 5 лет, не более

3 психотических приступов в анамнезе). Пациенты включаются в занятия, как правило, на второй неделе госпитализации, количество участников в группе 7–13 человек, группы смешанные. Занятия проводятся в интерактивной форме парой специалистов – психотерапевт и клинический психолог – три раза в неделю, таким образом, полный цикл тем охватывается за 1,5 недели.

В результате занятий и по мере купирования симптоматики под воздействием медикаментозного лечения пациенты начинают более осознанно подходить к процессу своего лечения, становятся полноценными активными участниками лечебного процесса. Интерактивность занятий и адресация к потребностям пациентов делает эти мероприятия популярными среди пациентов, провоцирует формирование общей реабилитационной среды внутри больницы.

Не менее важным аспектом психообразовательных мероприятий является включение в процесс реабилитации членов семьи. Родственники пациентов с первым психотическим эпизодом приглашаются на психообразовательные занятия, которые проводятся раз в неделю.

Опыт организации психореабилитационных мероприятий на базе ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ» доказывает возможность включения психотерапевтических мероприятий на раннем этапе лечения в условиях скоромощного психиатрического стационара и эффективность данных мероприятий в повышении осознанности пациентов в отношении своего заболевания и возможностей лечения.

Основные цели занятий:

- информирование пациентов о психическом заболевании;
- формирование общего представления о целях и возможностях лечения психических расстройств;
- обучение основам самонаблюдения за своим состоянием;
- уменьшение эмоционального напряжения в связи с госпитализацией;
- формирование комплаенса, доверия к лечащему персоналу и системе психиатрической помощи в целом;
- оказание психосоциальной поддержки;
- знакомство с групповыми формами работы для продолжения данного вида психотерапии на амбулаторном этапе.

Темы занятий с родственниками:

- «Что такое психиатрический диагноз? Симптомы психических расстройств. Шизофрения: проявления заболевания, возможности лечения, последствия заболевания»;
- «Современные подходы к лечению психических расстройств. Возможности лекарственной терапии»;
- «Этапы лечения психического расстройства: стационар, дневной стационар, диспансерные службы. Как правильно организовать врачебное наблюдение за пациентом?»;
- «Юридические аспекты. Социальные вопросы»;
- «Жизнь семьи в условиях психической болезни. Как правильно общаться с заболевшим родственником?».

КОГДА НЕ ТРЕБУЕТСЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Лечение психических заболеваний зачастую занимает длительное время. Но пациент не должен постоянно находиться в стационаре, так как может произойти социальная дезадаптация - утрата способности приспосабливаться к окружающей среде, утрата связи с обществом



Дмитрий САВЕЛЬЕВ,
и.о. главного врача
Психиатрической клинической больницы
№3 им. В.А. Гиляровского

Современные методы терапии позволяют оставлять человека в стационаре только на самый необходимый период времени – в остром состоянии, все остальное время пациент не должен отрываться от социума, работы, семьи, друзей. На сегодняшний день в рамках реформирования психиатрической помощи в г. Москве активно развивается сеть стационарзамещающих форм оказания помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами. Помимо диспансерного наблюдения, больным предлагается лечение в дневном стационаре, пациенты, нуждающиеся в активном наблюдении, в том числе и на дому, могут обслуживаться врачами-психиатрами отделения интенсивного оказания психиатрической помощи.

Значительная роль в этой работе отводится оказанию выездной неотложной психиатрической помощи. Речь идет о тех ситуациях, когда отмечается ухудшение состояния наших пациентов, но выраженность изменений не достигает степени, требующей экстренного реагирования и вызова бригады скорой помощи. В большинстве случаев речь не идет о драматических изменениях в состоянии, госпитализации можно избежать, и выезд бригады скорой помощи не нужен. К примеру, у человека возникает беспричинное беспокойство, страхи, повышенная тревожность, депрессия или паника. У пожилых людей часто появляется спутанность сознания в вечерние часы. Именно в этих ситуациях необходимо участие врачей психиатрического отделения неотложной помощи.

Состояния, при которых нужна неотложная психиатрическая помощь:

- если человек дезориентирован, не узнает родственников, проявляет агрессию к ним, говорит о несуществующей в реальности угрозе, видит несуществующих людей, предметы, разговаривает с ними, не спит по ночам, утратил элементарные бытовые навыки, отказывается от пищи;
- если человек испытывает выраженную тревогу, страх, панику, которые сопровождаются учащенным сердцебиением, чувством нехватки воздуха, повышением артериального давления, страхом смерти и т.д.;
- если человек длительное время находится в угнетенном состоянии, замкнут, погружен в себя, либо, наоборот, находится в приподнятом настроении, сексуально расторможен, легко обходится без сна и пищи;
- если известно, что человек страдает хроническим психическим расстройством и у него начинается обострение заболевания, которое может проявляться отказом от посещения врача и приема лекарств, нарастанием беспричинной тревоги, беспокойства, агрессией, галлюцинациями, бредовыми высказываниями, неадекватным поведением;
- если человек принимает антипсихотические препараты и у него появилась неусидчивость, скованность, беспокойство, судороги мышц.

У пациентов, страдающих хроническими формами психических расстройств, также имеются «предвестники» обострений, чаще всего обострение начинается с тревоги, страхов, бессонницы, беспричинного беспокойства, чувства враждебности окружающего мира. Своевременное вмешательство врачей-психиатров, оказание такому пациенту неотложной помощи также помогут избежать госпитализации в стационар.

Бригада неотложной помощи, состоящая из врача-психиатра, санитаря и водителя, оснащена необходимым медицинским оборудованием и укладкой, включающей в себя широкий спектр современных психотропных препаратов. Прибытие бригады на вызов происходит максимум в течение двух часов. Врачи общаются с пациентом, выписывают лекарство и дают рекомендации, а затем передают информацию об изменении его состояния участковым психиатрам. Также бригада при необходимости выезжает к пациенту и на следующий день после первого вызова и отслеживает выполнение рекомендаций, которые давали при первом визите.

Если состояние больного требует госпитализации в стационар, бригада неотложной психиатрической помощи может осуществить ее самостоятельно с оформлением всех необходимых документов и транспортировкой больного в больницу.

Если же вызов экстренный, когда состояние пациента может повлечь опасность для него самого или окружающих, то по таким случаям работают психиатрические бригады Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова.

Первое психиатрическое отделение неотложной помощи в Москве было открыто в 2013 г. на базе ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского, вначале бригады работали только в дневное время. Однако в дальнейшем, учитывая высокую востребованность у населения данного вида помощи, отделение перешло на круглосуточный режим работы.

Работа выездной службы психиатрического отделения неотложной помощи на 20% снизила показатель госпитализации в круглосуточный стационар в центре и на востоке столицы, то есть в зоне своей ответственности. Также существенно сократилось число выездов психиатрических бригад станции скорой помощи.

Эти позитивные изменения были проанализированы, и встал вопрос о расширении деятельности службы неотложной психиатрической помощи на весь город с 2017 г. Сейчас на неотложных вызовах в Восточном и Центральном районах столицы в круглосуточном режиме работают три бригады ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского, с декабря 2016 г. к ним добавились еще три бригады в ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина для работы в Северном и Северо-Западном административных округах. В ближайшее время такая служба заработает при ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева, а затем и по всей Москве.

На сегодняшний день вызвать бригаду психиатрического отделения неотложной помощи жители Москвы могут по телефонам: 8 (499) 268-79-52 и 8 (499) 268-07-65 ПКБ №3 (ВАО, ЦАО), 8(495) 963-10-77 и 8(495) 963-02-55 ПКБ №4 (САО, СЗАО, СВАО).

ЮЛИЯ БЕРСЕНЕВА: РИСК ПЕРВИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ СРЕДИ ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ СНИЖАЕТСЯ

В последнее время в средствах массовой информации часто поднимается тема психиатрии. В погоне за сенсацией журналисты не гнушаются убеждать читателей в том, что число психически ненормальных людей растет, и от них можно ожидать всего, чего угодно, в том числе совершения общественно-опасных деяний. Заместитель главного врача по судебно-психиатрической экспертизе Психиатрической клинической больницы №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы Юлия БЕРСЕНЕВА уверена, что такие заявления не имеют ничего общего с реальной ситуацией.



Юлия БЕРСЕНЕВА,
заместитель главного
врача по судебно-пси-
хиатрической экспер-
тизе Психиатрической
клинической больницы
№1 им. Н.А. Алексеева
Департамента здра-
воохранения города
Москвы

- Юлия Александровна, есть ли статистика количества опасных деяний, совершаемых психически нездоровыми лицами?

- Прежде всего, считаю необходимым отметить, что суждение о том, что психически больные представляют особую опасность и более склонны к совершению противоправного деяния в сравнении с остальными гражданами, однозначно является ошибочным. За последние десятилетия проведено большое количество исследований, посвященных этому вопросу, как в нашей стране, так и за рубежом. Ученые доказали, что сами по себе клинические проявления болезни не являются единственным и важнейшим фактором, определяющим повышение риска совершения общественно-опасного действия (ООД). Психически больного пациента к совершению ООД приводит ряд факторов. Это и употребление психоактивных веществ (алкоголь, наркотические вещества), уровень социальной адаптации (наличие своего жилья, работы, семьи), особенности окружения. Если говорить о цифрах, то по данным статистики за последние десятилетия значимых изменений нет, и эти данные стабильны. Из числа лиц, совершивших правонарушения, лишь 1% составляют больные с психическими нарушениями, достигающими степени невменяемости.

Данные цифры наглядно показывают, что психиатрическая служба, помимо оказания различных видов лечебно-реабилитационной помощи, выполняет важную функцию защиты населения от ООД лиц с психическими расстройствами.

На сегодняшний день порядок предупреждения опасных действий лиц с психическими расстройствами можно разделить на меры первичной и вторичной профилактики. Первичная, основополагающая, профилактика заключается в раннем выявлении, квалифицированном оказании специализированной помощи, в том числе своевременной госпитализации и лечении лиц с психическими расстройствами. Центр тяжести такой работы ложится, прежде всего, на внебольничные амбулаторные подразделения общепсихиатрической службы – это психоневрологические диспансеры. Вторичная профилактика, т. е. предупреждение повторных ООД больными с социально опасным поведением, осуществляется путем исполнения принудительных мер медицинского характера, а также реализации комплекса специфических медицинских мероприятий, направленных на предупреждение повторного ООД как стационарными, так и внебольничными подразделениями психиатрической службы.

Мы видим, что роль амбулаторной службы велика. Длительное пребывание больного в психиатрическом стационаре приводит к его десоциализации, находясь годами в специальном учреждении, после выписки ему сложно вернуться к нормальному функционированию, утрачиваются элементарные навыки социального и бытового поведения, что значительно повышает риск повторных ООД.

Когда мы говорим о профилактике общественно-опасных деяний людей с психическими расстройствами, имеет значение не столько факт получения лекарственной терапии, сколько уровень их социального функционирования. Если люди с психическими расстройствами интегрированы в общество, умеют жить и функционировать в текущих условиях, риск совершения ими общественно-опасных деяний снижается. В то же время длительное нахождение в стационаре сказывается негативно на их способности к относительно полноценному социальному функционированию, ведь мир меняется стремительно.

Поэтому в судебной психиатрии, как и в общей, акцент сейчас сделан на амбулаторное звено психиатрической помощи. Больной, который живет в социуме полноценно, и его социальные вопросы решены, как правило, не находится в группе риска. Если он трудоустроен, имеет силы и возможности себя обслуживать, сохраняет социальные связи, риск совершения общественно опасных деяний значительно снижается.

- А в каком случае дело доходит до принудительного лечения?

– Принудительное лечение назначается судом лицам, которые совершили какие-либо общественно-опасные деяния в состоянии невменяемости. Существует несколько видов

принудительного лечения, одно из них – амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра по месту жительства. Как правило, это завершающий этап принудительных мер медицинского характера после стационарного лечения.

Сегодня усилия направлены на развитие амбулаторной сети, в том числе создание полипрофессиональных бригад, которые будут курировать таких пациентов, в том числе решать их социальные проблемы.

- Получается, за психически нездоровым пациентом следит не только участковый психиатр?

– Действительно, наиболее эффективен так называемый бригадный метод работы, когда пациент окружен вниманием сразу нескольких специалистов: участкового психиатра, социального работника и психолога. Комплексный подход, предусматривающий полипрофессиональное взаимодействие, позволяет максимально решить проблемы адаптации пациента в обществе после прекращения его стационарного лечения. Отдельно нужно сказать, что когда пациент находится на принудительном лечении, он под постоянным наблюдением психиатра, который оценивает его психическое состояние, в том числе степень общественной опасности. Если состояние пациента меняется в сторону ухудшения, именно эта служба принимает решение о его переводе на стационарное принудительное лечение.

- Какие сейчас применяются методы оценки общественной опасности?

– Прогностический аспект совершения общественно опасных действий лицами, страдающими психическими расстройствами, относится к наиболее актуальным проблемам психиатрии с учетом его социального значения, поэтому разработкой такого занимаются специалисты многих государств. В нашей стране для прогноза риска опасного поведения традиционно используется комплексный подход – это анализ клинических характеристик, социальных условий жизни больного, психопатологического механизма ранее совершенного ООД, а также тяжесть и вероятность прогнозируемого опасного действия.

- Какие проблемы, на ваш взгляд, мешают развитию психиатрии?

– Основная проблема – кадровый вопрос. Работа психиатра сложная, сопряженная с определенным риском и степенью опасности, требует большой отдачи. На психиатра возложена большая социальная ответственность, он должен знать и уметь прогнозировать возможные последствия течения того или иного заболевания, тем самым предупреждая опасные действия лиц с психическими расстройствами. В последнее время утрачен престиж работы врача, молодые специалисты неохотно выбирают этот сложный путь, это проблема, над которой нужно работать.

ПОСТГОСПИТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОБЪЕДИНЕНИИ ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ»

Медицинская служба «Городское отделение «Телефон доверия» создана 35 лет назад и все эти годы оказывает медико-психологическую помощь населению города Москвы. Основная цель работы – формирование психологической культуры и укрепление психического здоровья населения, создание атмосферы психологической защищенности, снижение психологического дискомфорта, уровня агрессии, включая аутоагрессию и суицидальные намерения, выработка позитивных реальных планов на будущее. Основными задачами отделения «Телефон доверия» является оказание консультативной медико-психологической помощи лицам при острых кризисных состояниях с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий



Дмитрий САВЕЛЬЕВ,
и.о. главного врача
ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ»



Лариса КУЗНЕЦОВА, руко-
водитель городского отде-
ления медицинской службы
«Телефон доверия»



Марина ПАК, заместитель
главного врача по меди-
цинской части филиала
№3 ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ»

С начала реорганизации психиатрических учреждений Департамента здравоохранения г. Москвы (сентябрь 2012 г.) и присоединения психоневрологических диспансеров (ранее самостоятельных юридических организаций) к городским психиатрическим больницам на правах филиалов и формирования территориальных объединений появились реальные условия для рационального взаимодействия, преемственности в ведении пациентов между стационаром и амбулаторной службой, что позволило улучшить качество оказания психиатрической помощи в ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ».

Введение единой медицинской информационной системы в больнице позволило врачам стационара и врачам амбулаторной службы своевременно получать всю необходимую информацию о пациенте для решения медицинских вопросов. По минованию медицинских показаний для прохождения лечения в условиях круглосуточного стационара лечащий врач по согласованию с врачами-психиатрами амбулаторной службы и в соответствии с медицинскими и социальными показаниями направляет пациента для формирования стойкой ремиссии и закрепления полученных результатов лечения в круглосуточном стационаре в стационары с дневным пребыванием в филиалах: дневной стационар (ДС), отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП), медико-реабилитационное отделение (МРО) или переводит на амбулаторное лечение – под наблюдение участкового психиатра. С целью дальнейшего развития работы по данному направлению, обеспечения контроля за качеством лечебных, организационных и реабилитационных процессов возникла необходимость введения постгоспитального мониторинга в ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ».

Руководителем учреждения было принято решение о расширении функций отделения «Телефон доверия». Был разработан и утвержден локальный нормативный документ – Положение «О порядке проведения опроса пациентов (родственников пациентов), выписанных из стационара ГБУЗ ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского», разработана «Карта опроса пациента, выписанного из ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ», содержащая в том числе вопросы, касающиеся маршрутизации пациента после выписки из круглосуточного стационара.

Перед началом введения постгоспитального мониторинга был проведен обучающий инструктаж сотрудников, участвующих в опросе пациентов, после которого врачи-психиатры отделения «Телефон доверия»

и клинические психологи, имеющие большой опыт работы с лицами, страдающими психическими расстройствами, были допущены к проведению опросов. Процедура «Опрос пациентов, выписанных из ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ» осуществляется в строгом соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Законом города Москвы от 17.03.2010 г. № 7 «Об охране здоровья граждан в городе Москве», Положением об отделении «Телефон доверия», а также иными нормативными правовыми актами. Целью проведения опроса является получение обратной связи от пациентов, выписанных из стационара, или от их родственников, для дальнейшего совершенствования организации и качества оказания психиатрической помощи, обеспечения доступности и преемственности на всех ее этапах, осуществления контроля администрацией ГБУЗ «ПКБ № 3 ДЗМ» за качеством лечебных, организационных и реабилитационных мероприятий.

Опрос пациентов или их родственников проводится в соответствии с реестром прикрепленного населения муниципальных округов для медицинского обслуживания к ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ», утвержденным приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 17.04.2013 г. №365 «О совершенствовании оказания психиатрической помощи населению». Опросу подлежат все пациенты, выписанные из ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ», нуждающиеся в дальнейшем лечении и/или наблюдении у врача-психиатра, кроме пациентов наркологического профиля.

По регламенту, опрос пациентов проводится в три этапа: после выписки из круглосуточного стационара в течение первой недели, через месяц и спустя 3 месяца после выписки. Опрос включает определение своевременности посещения пациентом участкового врача-психиатра либо врачей стационаров с дневным пребыванием, соблюдение назначенной поддерживающей терапии, а в случаях отказа от продолжения лечения в амбулаторных условиях – выяснение причины отказа. Опыт работы по проведению постгоспитального мониторинга в нашей больнице показал, что причинами отказа пациента, кроме некомплаентности к лечению, могут быть: отсутствие взаимопонимания или недоверие к участковому врачу-психиатру, невозможность пациента самому посетить участкового врача-психиатра ПНД

в силу психического или соматического заболевания и другие причины. По результатам мониторинга маршрутизации пациента в пределах территориального объединения в случае выявления проблем с дальнейшим лечением сведения незамедлительно передаются специалистами отделения «Телефон доверия» заведующему отделением, который оперативно доводит данную информацию до участкового врача-психиатра с целью решения вопросов по дальнейшему оказанию медицинской помощи пациенту. Контроль над работой сотрудников отделения и качеством проводимых опросов, взаимодействия амбулаторной и стационарной службы по данному направлению возложен на заведующего отделением «Телефон доверия». Анализ полученных сведений по обратной связи проводится еженедельно, отчеты предоставляются руководству больницы, информация о результатах опроса доводится до всех врачей-психиатров на еженедельной внутрибольничной конференции. Заместители главного врача по медицинской части осуществляют контроль за исполнением врачами-психиатрами вверенных филиалов лечебных, организационных, реабилитационных мероприятий, заявленных при проведении Процедуры опроса пациентов, выписанных из стационара. Специалисты отделения «Телефон доверия» – врачи-психиатры и медицинские психологи выстраивают доверительный диалог с пациентами и их родственниками, что дает возможность ориентироваться на потребности пациентов, получать сведения о качестве оказанных медицинских услуг в нашем медицинском учреждении. При постгоспитальном мониторинге беседы специалистов отделения «Телефон доверия» носят психотерапевтическую направленность с элементами психотерапевтической интервенции с целью убеждения пациента в необходимости продолжения лечения и наблюдения у врача-психиатра с целью уменьшения рисков ухудшения состояния пациентов и повторной госпитализации в круглосуточный стационар. Руководителем учреждения внимательно анализируются предложения, пожелания пациентов об улучшении оказания медицинской помощи. По результатам анализа проводится соответствующая

работа, принимаются меры и организационного порядка. Например, учитывая пожелания пациентов и их родственников, установлен кофейный автомат, кулеры для воды, отремонтирован и функционирует туалет на территории больницы, установлены скамейки возле пропускного пункта, где посетители могут посидеть в ожидании времени посещения, и т.п. Опрос пациентов и их родственников проводится с их согласия, и если вначале это вызывало настороженность и вопросы с их стороны, то в дальнейшем, с развитием работы в данном направлении, возникли понимание, доверие и благодарность к работе самой службы и учреждению.

За неполных 2 года проведения постгоспитального мониторинга (с марта 2015 г. по 31.12.2016 г.) в ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ» в опросе участвовали: в 2015 г. – 2255 чел. (64%), в 2016 г. – 2734 чел. (85%) от числа пролеченных пациентов в круглосуточном стационаре, проживающих в зоне обслуживания ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ».

Внедрение в практику постгоспитального мониторинга позволило улучшить рациональное взаимодействие, преемственность в работе стационарной и амбулаторной службы, что привело к снижению повторных госпитализаций находящихся под наблюдением амбулаторной службы пациентов в три раза (с 607 в 2015 г. до 199 в 2016 г.) и, как следствие, улучшению социального функционирования пациентов. При введении постгоспитального мониторинга многие сложности и проблемы при оказании психиатрической помощи пациенту были своевременно разрешены. Уменьшилось количество жалоб и обращений граждан на качество оказания медицинской помощи в учреждении.

Анализируя опыт работы по постгоспитальному мониторингу, можно уверенно сказать о целесообразности и необходимости продолжения данной работы и сделать вывод о ее медицинской и социальной эффективности, а также о существовании преемственности и взаимодействия между врачами стационарного и амбулаторного звена, способствующих повышению качества оказания медицинской помощи пациентам в ГБУЗ «ПКБ №3 ДЗМ».

ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРНОГО МОДУЛЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКУЮ АМБУЛАТОРНУЮ СЛУЖБУ

В Европейской декларации по охране психического здоровья, принятой в 2005 году, среди приоритетных задач – способствование более широкому осознанию важности психического благополучия; борьба со стигматизацией; разработка и внедрение комплексных интегрированных систем охраны психического здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья.



Лариса БУРЫГИНА,
заместитель главного
врача по амбулаторно-поликлинической
работе
Психиатрической
клинической больницы
№1 им. Н.А. Алексеева
Департамента здравоохранения города
Москвы

Основные задачи современной системы психиатрической помощи должны быть сопоставимы с рекомендациями ВОЗ. Приведем лишь некоторые.

1. Оказание психиатрической помощи в рамках учреждений общего медицинского профиля должно стать важным направлением, которое обеспечивает большую доступность этой помощи, ее комплексный характер, с наименьшим стигматизирующим влиянием.
2. Психиатрическое просвещение населения должно стать важной составляющей нашего взаимодействия.
3. Лечение больных в амбулаторных условиях, в обществе, по сравнению со стационарным, имеет несомненные преимущества и потому в психиатрической практике должно стать основным. Это лечение должно включать не только применение медикаментозных препаратов, но и социореабилитационные мероприятия.

Психические нарушения – одна из наиболее распространенных среди пациентов общесоматической сети форм патологии (60% контингента территориальной поликлиники) чаще всего страдают сосудистыми поражениями ЦНС, аффективными нарушениями, тревожно-фобическими, истерическими и другими невротическими расстройствами при незначительной частоте случаев эндогенных психических заболеваний. Данная категория пациентов нуждается в своевременной психиатрической помощи в различных ее формах: психологической, психотерапевтической, психофармакологической (назначение антидепрессантов, транквилизаторов, малых нейролептиков) и т.д. Полноценная, включающая своевременную диагностику и адекватную терапию (исключающая вероятность передозировок при взаимодействии с соматотропными препаратами), специализированная помощь контингенту больных общесоматической сети с психическими нарушениями, обеспечивающая восстановление работоспособности и социально-бытовую реабилитацию, наиболее эффективно будет осуществлена в условиях интеграции, в соответствии

Статистические данные по населению района Бутово:

Южное Бутово:

Под диспансерным наблюдением состоят – 1746.

Обращаются за консультативной помощью – 913.

Северное Бутово:

Под диспансерным наблюдением состоят – 367.

Обращаются за консультативной помощью – 288.

Всего: Д-1810 К-1201.

с разработанными формами помощи психиатрической службы. Департамент здравоохранения города Москвы, понимая необходимость децентрализации психиатрической помощи в огромном мегаполисе, планирует создание в 2017 г. на базе

ГБУЗ «КДЦ 121 ДЗМ» филиал №6 для населения районов Северное и Южное Бутово (которое составляет более 300 тысяч) в качестве пилотного проекта «диспансерный модуль» со стационарзамещающими службами: это будет отделение филиала ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» «Психоневрологический диспансер №13» с диспансерным участковым отделением, дневным стационаром, отделением интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационным отделением, что приблизит население не только к психологической, психотерапевтической, психиатрической службе с полипрофессиональными бригадными формами работы с пациентом, но и обеспечит своевременной соматической помощью.

Основные задачи объединения на 2017–2018 гг.

1. Оказание разных видов медицинской помощи для наиболее полного удовлетворения потребностей всех нуждающихся в ней.

Оказанием медицинской помощи, в бригадной форме, совместно с психиатрами, займются врачи-терапевты и другие узкие специалисты. Интеграция с общесоматической амбулаторной службой позволит значительно увеличить объем диагностической, соматической и консультативной помощи психически больным, которую они недополучают в психиатрических учреждениях. По рекомендациям участковых психиатров пациенты будут направляться на необходимые обследования, на консультации к специалистам узкого профиля. Участковые медсестры и соцработники диспансерного отделения помогут осуществить запись в ЕМИАС и своевременно напомнить больному о посещении. Находясь на лечении в дневном стационаре, пациентам будет оказана необходимая плановая консультация узких специалистов, проведены лабораторные, инструментальные и т.д. обследования.

А) Создать оптимальные условия для выявления и лечения психических заболеваний в условиях амбулаторного модуля. Благодаря функционированию модели «интегрированной медицины», обеспечивающей взаимодействие и преемственность между психиатрической и общесоматической службами, создаются наиболее благоприятные условия для выявления и лечения психических расстройств.

Психические расстройства невротического, пограничного и субпсихотического уровня предполагают 2 варианта проведения лечебно-организационных мероприятий:

■ направление врачом-интернистом поликлиники в диспансерное отделение к психологу, психотерапевту, в психиатрический кабинет для дальнейшего обследования (лечения) у психиатра или психотерапевта; с предварительным лабораторным, нейрофизиологическим, инструментальным и др. параклиническими обследованиями;

■ осуществление врачом-интернистом лечебных мероприятий самостоятельно (при расстройствах невротического уровня, агрипнии, субклинических депрессивных состояниях и др.) при систематических консультациях психиатра.

Б) Профилактическая работа.

Совместная разработка и внедрение информационных программ в виде стендов, брошюр и т.д. для населения, к примеру: «расстройство пищевого поведения», «модный образ студентов – здоровый образ жизни!», «здоровая семья!», «депрессии разного возраста», «служба психиатрического обследования» и т.д. Данная форма помощи ориентирована не только на выявление, диагностику, лечение и реабилитацию традиционных контингентов психически больных, но и отвечает широкому кругу задач охраны психического здоровья. Информационная навигационная система, размещенная в поликлинике и в психиатрическом модуле, поможет сориентироваться населению в различных ситуациях: оказание экстренной помощи при кризисном и суицидальном поведении; неоценимую помощь оказали бы открытие «телефона доверия»; медико-психологическая и психотерапевтическая помощь при различных состояниях.

2. Психообразовательные программы для медицинского персонала общесоматического профиля, обеспечивающие высокий уровень комплексной медицинской помощи пациентам.

3. Антистигматизационная работа.

Стигматизация психически больных является сложной проблемой, и ее решение должно быть комплексным. Мы на своем уровне попытаемся активизировать деятельность по изменению общественного сознания узкой направленности, хотя бы на уровне района, поликлиники, властных структур района, СМИ, с затрагиванием эмоционального уровня, механизмов эмпатии, для повышения общего уровня толерантности общества к психически больным, к психиатрии и к проблеме психического здоровья населения.

АНДРЕЙ ТЯЖЕЛЬНИКОВ: НОВЫЙ ФОРМАТ ПОЗВОЛИТ ВОЗВРАЩАТЬ ПАЦИЕНТОВ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ В ОБЩЕСТВО

В конце января в районе Южное Бутово на базе консультативно-диагностической поликлиники №121 открылось отделение психоневрологического диспансера №13, а вместе с ним – дневной стационар на 50 мест. Теперь качественную психиатрическую помощь рядом с домом в случае необходимости может получить любой из трехсот тысяч пациентов, приписанных к КДП №121. О значимости этого события и нюансах совместной работы поликлиники и филиала рассказывает главный врач КДП №121, главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи Департамента здравоохранения Москвы Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ.

- Андрей Александрович, кому принадлежит инициатива создания такого отделения, и почему площадкой выбрали именно городскую поликлинику №121 в Южном Бутово?

– Это была инициатива главного внештатного специалиста психиатра столичного Департамента здравоохранения Георгия Петровича Костюка. Район Южное Бутово был выбран неслучайно. Дело в том, что на карте психоневрологической помощи Москвы много белых пятен – удаленность профильных диспансеров от мест проживания людей достаточно высока. Порой пациенту, чтобы проконсультроваться с врачом или пройти освидетельствование для получения справки, приходилось ехать за двадцать километров от дома.

В результате анализа сложившейся ситуации было принято решение о повышении доступности амбулаторной психиатрической помощи столицы за счет



Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ,
главный внештатный
специалист по первич-
ной медико-санитар-
ной помощи
Департамента здраво-
охранения Москвы

организации соответствующих филиалов в амбулаторно-поликлинических отделениях. На самом деле, это очень актуальный вопрос. Люди, страдающие психическими расстройствами, порой нуждаются в лечении также и соматических заболеваний, а обычным пациентам, посещающим поликлиники, зачастую необходима помощь психологов, психотерапевтов, а иногда и психиатров.

Кстати, за время работы в новом формате мы успели проанализировать состав населения, прикрепленного к психоневрологическому диспансеру. Выяснилось, что большинство посещают нашу поликлинику и получают здесь общесоматическую помощь. А та часть пациентов, которые обычно не приходят в поликлинику, находятся в зоне риска с точки зрения развития у них соматических заболеваний. Да, они наблюдаются у психотерапевта или психиатра, однако мониторинг общего состояния их здоровья не ведется. И это, конечно, плохо. Благодаря новому формату работы они смогут получать всю помощь в одном учреждении.

- Пришлось ли вам столкнуться с какими-либо сложностями при открытии данного отделения?

– Признаться, да. Одной из ключевых сложностей можно назвать такое явление, как стигматизация – настороженное, если не сказать предвзятое отношение не только других пациентов, но и медицинского персонала к психиатрическим больным или пациентам, страдающим психическими заболеваниями. Существует, например, стереотип, что таким пациентам нужны отдельный вход и отдельный лифт. При этом очевидно: качественно оказанная психиатрическая помощь предполагает, что пациент с психическим расстройством становится нормальным и достаточно стабильным человеком, к которому следует относиться спокойно, без боязни неприятных сюрпризов с его стороны. Более того – получение помощи в условиях подобного поликлинического учреждения погружает людей с психическими заболеваниями в общество, улучшает течение их заболевания и дает возможность относиться к ним самим более толерантно.

Так что, если говорить о сложностях, самая главная – не в технической интеграции психоневрологической помощи в общеполитклиническую деятельность,

а в преодолении стереотипа относительно «особенных» пациентов.

- Вам удалось разрушить этот стереотип?

– Полагаю, мы на правильном пути. На базе нашего учреждения проводится серьезная информационная работа. Так, 7 апреля, во Всемирный день здоровья, посвященный в этом году проблемам депрессии, для пациентов на территории поликлиники были организованы лекции, посвященные данной теме. Мы информировали всех посетителей о возможностях непосредственно этого отделения, перспективах, которые оно открывает для населения.

- Андрей Александрович, а что дает поликлинике, врачам открытие этого филиала?

– Если у пациента какое-либо заболевание развивается не по понятным физиологическим причинам, и у доктора есть предположения относительно возможных психологических нарушений, он, понимая, что в непосредственной близости от его рабочего места есть квалифицированная помощь психотерапевта, психолога, может обратиться к коллегам за содействием. Кроме того, не секрет, что само направление в психоневрологический диспансер вызывает у многих людей стрессовое состояние. Здесь же врач может рекомендовать им посетить отделение, которое находится на другом этаже поликлиники. С появлением филиала наши сотрудники приобрели методологическую поддержку, что позволяет им лучше ориентироваться в проблемах, связанных с психическими расстройствами. Мы регулярно проводим информационные мероприятия для терапевтов и врачей-специалистов, чтобы они понимали, на какую помощь для своих пациентов теперь могут рассчитывать.

- Нужно ли масштабировать этот проект, открывать подобные отделения в других поликлиниках?

– Уверен, многие учреждения и территории заинтересованы в том, чтобы у них появилось такое отделение не только в связи с их большой удаленностью, но и действительно высокой востребованностью такого вида помощи. Полагаю, что в будущем подобные отделения могут открыться во многих поликлинических учреждениях Москвы.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С МЯГКИМ КОГНИТИВНЫМ СНИЖЕНИЕМ

С января 2016 года в Москве открылся и работает медико-реабилитационный центр «Клиника памяти», куда обращаются пожилые люди с легкими когнитивными (интеллектуальными) нарушениями.



Виктор САВИЛОВ,
заведующий медико-реабилитационным центром «Клиника памяти»

Появление такого центра – своего рода уникальный проект, так как пожилым людям с мягким когнитивным расстройством ранее не предлагались программные медико-реабилитационные мероприятия.

Идея создания центра принадлежит Георгию Петровичу Костюку (главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева», д.м.н., профессор, главный внештатный специалист психиатр ДЗМ). Георгий Петрович непосредственно курировал формирование программы для медико-реабилитационного центра.

Известно, что срок продолжительности жизни россиян выходит на европейские стандарты. С увеличением возраста соответственно увеличивается и количество людей с когнитивными нарушениями.

Традиционно существовала одна модель поведения пожилого человека с мягким когнитивным снижением – это обращение в поликлинику.

Теперь появилась возможность получить специализированные рекомендации психолога и психотерапевта в рамках программы когнитивной реабилитации и вернуть ощущение уверенности в своих действиях при сниженных интеллектуальных функциях.

У пожилого человека когнитивные нарушения могут развиваться как вследствие соматической патологии (сосудистые, кардиологические заболевания, последствия черепно-мозговых травм и т.д.), так и в связи с начинающейся болезнью Альцгеймера или другими формами деменций. Фактически для этих людей и была разработана программа когнитивной реабилитации.

При работе над программой когнитивной реабилитации мы не изобретали велосипед.

В основу были положены труды известных отечественных и зарубежных специалистов в области медицины, психологии, нейропсихологии, психотерапии, адаптивной физкультуры. Конечно, привнесли и свои наработки. В итоге, опираясь на традиционные принципы реабилитации при различных патологиях головного мозга, мы сформировали программу восстановления высших психических функций.

Программа реабилитации рассчитана на четыре недели. Это, по нашему мнению, оптимальная продолжительность.

В начале курс пребывания в программе был восемь недель, затем шесть недель, в итоге было решено, что результата можно добиться за месяц. Пациенты за это время не успевают устать.

Сейчас механизм работы программы отлажен, имеется лист ожидания, но у нас нет цели большой очереди, долгое ожидание может негативно сказаться на мотивации к участию в программе когнитивной реабилитации.

Сегодня большинство пациентов клиники – это жители ЦАО, ВАО, ЮВАО, но есть и те, кто готов каждый день приезжать в клинику из отдаленных районов города и даже области.

Работа ведется в небольших группах по 6–7 человек. В целом клиника рассчитана на пребывание 40–50 человек в формате дневного стационара.

Принцип работы – тот же, что и в отделении дневного пребывания. Работу младшего и среднего медперсонала курирует старшая медсестра. Пациентов клиники ведут врачи-психиатры. При необходимости пациентов консультируют терапевт и невролог. А реабилитационную работу осуществляют психологи, нейропсихологи, психотерапевты. Также в реабилитационной программе участвуют специалист по социальной работе, социальный работник и специалист по адаптивной физической культуре.

Прежде чем попасть в программу, каждый из ее потенциальных участников проходит специализированное обследование у врача и психолога. Пациентам, которым необходимо качественно другое лечение, предлагаем обратиться в профильные учреждения – с ними нужно работать в других условиях.

Самая сложная – первая неделя пребывания пациентов в клинике. Попадая в центр, они относятся к происходящему настороженно и даже скептически, но вскоре, увидев результат от занятий, начинают посещать «Клинику памяти» с заметным энтузиазмом.

Пациенты приходят в Клинику памяти с различными проблемами, накопленными в процессе жизни. Одна из значимых проблем – это сложившиеся стереотипы поведения и представления о себе, стремление активно руководить жизнью семьи, что оборачивается необоснованными претензиями к детям, внукам, а это приводит к конфликтам.

Семья, не готовая к такому напору, отстраняется от пожилого человека, неосознанно делегируя функцию общения и его эмоциональной поддержки из семьи куда-то вовне, обычно к врачу.

Другая проблема – в поисках поддержки, эмоционального сочувствия одинокие пенсионеры нередко становятся жертвами мошенников. Отсюда необратимые последствия: например переписанная на другого человека квартира, приобретенные за баснословную сумму «чудо-таблетки» или кредитный договор с банком на приобретение аппарата для очистки воды.

При этом складывается парадоксальная ситуация: с возрастными изменениями когнитивных функций не готова заниматься как терапевтическая служба, так и психиатрическая (к психиатрам обращаются уже когда дементный процесс значительно утяжеляется). В итоге получается, что с возрастными изменениями памяти, внимания, характера приходится справляться родным. Многие приходят к нам с иждивенческой позицией, но интересно наше наблюдение – участие в программе, групповая динамика в процессе ежедневных занятий зачастую изменяет их настрой. Пациенты, попадая в клинику, часто удивляются тому, какая здесь благожелательная среда, несмотря на некоторую строгость, присутствующую на занятиях, – мы ведь фактически заставляем их работать над собой, но при этом они чувствуют нашу заботу и внимание. Задача специалистов «Клиники памяти» – разобраться в проблеме пациента и постараться восстановить утраченный ресурс.

Участники нашей программы стараются качественно выполнять домашние задания: «Сын и внуки не смогли с заданием справиться, а я смогла». Тщательно выполненные занятия, составляющие нашу программу, способствуют переживанию гордости и формированию уверенности в собственных действиях.

В течение четырех недель мы проводим занятия с повышающим коэффициентом сложности, что позволяет нашим подопечным подойти к итоговому занятию хорошо подготовленными.

Нейропсихологическая коррекция мышления, памяти, внимания помогает пациентам адекватнее

относиться к своему возрасту и возможностям, они начинают получать удовольствие от своего возраста, понимать, что они – не обуза для детей и внуков, а их поддержка.

В программу мы включили цикл занятий когнитивной психодрамы.

На примере литературных, художественных, музыкальных произведений у пациентов формируются новые стратегии их поведения, происходит переосмысление своей роли, меняется взгляд на происходящие события.

К примеру, анализируя «Сказку о золотой рыбке», мы уделяем внимание роли старухи: почему она так третирует «бедного старика». Каждый раз, говоря ему: «Посмотри, какая я...» и не услышав в ответ восхищения, она опять куда-то его гонит, словно убеждая себя в собственной значимости – «я могу, я хочу». Разбирая роль и «жертвенное поведение старика», анализируем вместе с пациентами смысл его действий, их направленность и результат. Некоторые

после этого признаются, что в повседневной жизни стараются не срывать на детей, а вот их супругу или супруге достается.

Опосредованно, через анализ известных сюжетов, у наших участников формируется умение объективно воспринимать различные жизненные ситуации и собственные действия.

Как показала практика работы нашего центра, пациенты с мягким когнитивным снижением завершают курс медико-психологической реабилитации вдохновленными, получившими импульс для дальнейшего саморазвития, готовыми нести ответственность за поддержание собственного здоровья.

Уверен, что если будут созданы необходимые условия, целесообразно открывать аналогичные центры в других районах Москвы.

Но это непростая задача. Одной из главных проблем считаю формирование команды специалистов, готовых профессионально и с энтузиазмом работать с нашими замечательными пожилыми москвичами.

Структуру программы когнитивной реабилитации составляют взаимодополняющие блоки, направленные на восстановление всех сфер личности (интеллектуальной, эмоциональной, поведенческой) в целом.

Основной, занимающий более половины объема – блок активизации корковых функций – это комплексы занятий нейрокогнитивной реабилитации, восстановления высших психических функций, тренировки модальностей запоминания и воспроизведения информации. Блок, структурирующий иерархию мотивов и ценностей личности, – это тренинги социальных и коммуникативных навыков, ресурсоориентированная психотерапия и арт-терапия. Блок формирования навыков саморегуляции и поддержания оптимального тонуса коры – задачи этой составляющей реабилитационной программы реализуются с помощью телесноориентированной психотерапии, психообразования пациентов, терапии творческим самовыражением, адаптивной физкультурой.

Темы занятий, входящих в основной блок реабилитационной программы, отражают принципы взаимодействия функциональных структур головного мозга и выстроены таким образом, что все уровни и локальные системы получают соответствующее стимулирующее воздействие.

Пациенты выполняют упражнения, которые воздействуют на базовые виды гнозиса и праксиса. Особое внимание уделяется тренировке речевых, транскортикальных функций, пространственным отношениям, навыкам контроля поведения участников. Активизируются все виды мышления – от наглядно-действенного до абстрактно-логического. В перерывах между занятиями предусмотрены специальные разминки, способствующие расширению объема, концентрации и переключению внимания.



Дильяра ЕФРЕМОВА,
клинический психолог,
к.п.н.



Эти работы – итог занятия по восстановлению пространственных и квазипространственных отношений. Необходимой составляющей реабилитационного процесса, по моему мнению, является повышение стрессоустойчивости и расширение репертуара стратегий совладающего поведения личности. Эту задачу с успехом решают наши психологи и специалисты по социальной работе на занятиях по формированию социальных и коммуникативных навыков. Во многом благодаря их усилиям участники нашей программы закрепляют новые формы поведения и общения, соответствующие возрасту и ситуации, расстаются

с иждивенческими, регрессивными, «детскими» формами, обретают достоинство и уважение к себе и окружающим.

У нас серьезно поставлена психотерапевтическая работа с тревогой, страхами. Всем известно, что повышенный уровень тревоги снижает эффективность интеллектуального функционирования. Снижение тревоги прямо взаимосвязано с повышением объема внимания и памяти. Мы стремимся к тому, чтобы пациенты научились в своей повседневной жизни распознавать первые симптомы бессонницы, своих хронических заболеваний, панических атак и противостоять им.

Справедливость закона Джеймса-Ланге, подтвержденная Л.С. Выготским, о том, что каждая эмоциональная реакция находит свое мышечное (телесное) отражение, хорошо прослеживается на наших занятиях. Радость, удовлетворение, гордость имеют объективную основу в виде выполненных заданий. Эти базовые чувства, поддерживая психический уровень функционирования личности, повышают ее соматическую устойчивость. Посещаемость нашего отделения составляет 90%, отмечается отсутствие жалоб на обострение хронических заболеваний. Пациенты сообщают о забытом и вновь осознанном ощущении «спокойной бодрости», «хорошем настроении».



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

**Формирует
научно обоснованные
методики оценки
демографических
показателей
и их влияния
на здравоохранение**



СЕРГЕЙ ТИМОНИН

ЭКСПЕРТ ОТДЕЛА ДЕМОГРАФИИ, К.Г.Н.:

“ Анализ и прогнозирование демографических процессов является важным инструментом, позволяющим объективно оценивать состояние здоровья населения и в определенной степени эффективность деятельности системы здравоохранения.

- АНАЛИЗ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МОСКВЕ
- ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫХ МЕТОДИК ОЦЕНКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ ВЗВЕШЕННЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ
- ПРОВЕДЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ И АНАЛИТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ДЕМОГРАФИИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
- ОЦЕНКА ВЗАИМНОГО ВЛИЯНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

www.niiozmm.org

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

Большая Татарская, 30

В ТЕСНОЙ СВЯЗКЕ

Важная составляющая ведения психиатрических пациентов - работа социальных служб города. Специализированные учреждения Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы - психоневрологические интернаты применяют в своей работе современные методики и подходы в области социальной реабилитации людей различных возрастных групп, имеющих инвалидность.

**Государственное бюджетное учреждение
города Москвы Психоневрологический интернат №16 Департамента
труда и социальной защиты населения города Москвы**

Адрес: г. Москва, ул. Садовники, д. 15.

Профиль учреждения – оказание комплексных медико-социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам 1-й и 2-й групп старше 18 лет, страдающим психическими расстройствами, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию, нуждающимся в постоянном постороннем уходе.

В учреждении предусмотрены пятидневная, временная (до 6 месяцев) и постоянная формы проживания. Работают 3 медико-социальных отделения на 660 мест; 2 отделения милосердия на 50 мест. Отделения дифференцируются по возрастному, нозологическому составу и уровням социальной активности больных.

Ежегодно для получателей социальных услуг в интернате проводится до 40 культурно-массовых мероприятий (концерты, спектакли, тематические, музыкальные, танцевальные вечера и т.д.). Количество воспитанников, занятых в культурно-массовых и спортивно-оздоровительных мероприятиях, в месяц составляет 76% (550 чел.) из числа всех проживающих, не имеющих медицинских противопоказаний.

У получателей социальных услуг есть возможность проявить свои творческие способности. Для этого в интернате работают творческие мастерские, студии, классы и кружки: творческая мастерская «Арт-терапия», театральная студия «Калейдоскоп», класс допрофессиональной подготовки и комплексного обучения, класс компьютерной подготовки, танцевальная студия «Движение», музыкальная гостиная, музыкальная студия «Наполним музыкой сердца», кружок «Окружающий мир», кружок «Делаем сами своими руками», клубы «Домовенок», «Иголочка», «Умелые руки», «Соленое тесто».

Интернат неоднократно участвовал в Московском фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны».

Для реализации основной цели стратегии развития ГБУ ПНИ №16 – обеспечения доступности и повышения эффективности и качества предоставляемых услуг в сфере социального обслуживания в учреждении разработаны и реализуются программы по социализации и адаптации получателей социальных услуг, направленные на повышение уровня их реабилитационного потенциала. Сейчас в интернате применяются программы «Социально-бытовая и трудовая адаптация (СБИТА)», «Преемственность», «Территория здоровья», «Социальный туризм», «Библиотерапия», «Духовная реабилитация», «Сопровождаемое трудоустройство», «Сопровождаемое проживание», «День не зря».

Так, с целью социальной адаптации (социализации) молодых людей с особенностями развития (расстройство аутистического спектра) с 2014 г. и по настоящее время совместно с Региональной благотворительной организацией «Центр лечебной педагогики» и Благотворительным некоммерческим фондом «Жизненный путь» реализуется программа «День не зря». Ее задачи – это повышение уровня социализации, развитие коммуникативных навыков, структурирование поведения, вовлечение в активную деятельность, укрепление здоровья.

Два раза в неделю, с 11 до 15 часов, сотрудники интерната (психолог, инструктор адаптивной физкультуры, воспитатель, культурный организатор) и волонтеры Центра лечебной педагогики и фонда «Жизненный путь» работают с молодыми людьми с аутизмом.

Данная работа включает обучение социально-бытовым навыкам (приготовление пищи, уборка), арт-терапию, занятия в компьютерном классе, обучение навыкам взаимодействия с другими людьми, адаптивную физкультуру. Получатели социальных услуг интерната и участники проекта регулярно проводят совместный досуг, посещают музеи, контактный зоопарк.

В результате анализа прослеживается положительная динамика процесса адаптации людей с аутизмом: снижение агрессивности поведения, улучшение психического и физического состояния, расширение круга общения, вовлечение в новые виды деятельности и как итог – социализация в общество. Включение получателей социальных услуг ПНИ №16 в реализацию программы в качестве помощников способствовало формированию у них положительного эмоционального отношения к людям, нуждающимся в большей степени, чем они, в помощи и поддержке.

**Государственное бюджетное учреждение
города Москвы Пансионат для ветеранов труда №31 Департамента
труда и социальной защиты населения города Москвы**

Адрес: г. Москва, ул. Островитянова, д. 16, корп. 5.

Пансионат является государственным стационарным учреждением социального обслуживания, предназначенным для постоянного или временного (сроком

до 6 месяцев) проживания граждан пожилого возраста и инвалидов 1 и 2 групп в возрасте старше 18 лет, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе, оказания им комплексной медико-социальной помощи, а также для обслуживания на дому одиноких и одиноко проживающих инвалидов 1-й и 2-й групп.

Количество мест – 560, в том числе в отделениях милосердия – 350 мест, в социально-медицинском (геронтологическом) – 210 мест.

Отдел социального, психологического и культурно-массового обслуживания обеспечивает занятость клиентов, организацию активного досуга и поддержание социально-психологического комфорта ветеранов. В пансионате оказываются различные виды психологической помощи, в том числе в период адаптации клиентов к новым условиям проживания – психотерапия средой, психологический анализ и психотерапия (немедицинская), психологическая диагностика и реабилитация, нейропсихологическая коррекция.

В пансионате используется ряд эффективных методик в области социальной реабилитации людей пожилого возраста или имеющих инвалидность. Окупационная терапия (лечение занятием) предусматривает деятельность, направленную на реабилитацию лиц, нуждающихся в помощи по уходу, проведении досуга и выполнении посильной трудовой или общественной деятельности. Целью терапии является расширение независимости и автономности человека в повседневной жизни. В результате применения данного метода в пансионате для ветеранов труда (ПВТ) улучшается морально-психологический климат; у получателей социальных услуг снижается уровень тревоги и агрессии, частота возникновения депрессивных состояний; пожилые люди ощущают чувство покоя и безопасности; в отдельных случаях уменьшается количество применяемых лекарственных препаратов. Включение пожилого человека в активную жизнь с распланированным днем служит положительным фактором успешной адаптации к жизни в стационарном учреждении. По результатам исследований психологической службы ПВТ №31, положительное влияние оказало внедрение в учреждении дополнительных платных услуг по социальным ценам. У получателей социальных услуг учреждения значительно повысилась самооценка, они стали чувствовать себя самодостаточными людьми и с удовольствием посещают парикмахерский салон, кабинеты маникюра и педикюра.

**Государственное автономное учреждение
города Москвы Реабилитационный центр «Текстильщики»
Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы**

Адрес: г. Москва, ул. 1-я Текстильщиков, д. 6а; ул. Новомарьинская, д. 3, корп. 4 (отделение дневного стационара с временным проживанием).

Учреждение работает по инновационной модели построения персонифицированного многокомпонентного реабилитационного процесса инвалида для достижения результата – максимальной независимости человека с инвалидностью и его интеграции в общество.

При полной загрузке Центр может принять от 120 до 150 человек в день при длительности курсов реабилитации от 14 до 90 дней (в зависимости от тяжести ограничений жизнедеятельности).

В реабилитационном центре реализуется инновационная технология управления процессом реабилитации инвалидов с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности «Интеграционный консультант», которая заключается в индивидуальном непрерывном социальном сопровождении лиц, имеющих тяжелые ограничения

жизнедеятельности, и членов их семьи. В рамках реализации проекта внедряется новый, универсальный механизм включения тяжелых инвалидов в жизнь общества. Специально подготовленные специалисты и интеграционные консультанты решают весь спектр вопросов по социальному обеспечению и адаптации в интересах лица, нуждающегося в сопровождении. Они помогают людям с инвалидностью оформить пособия, льготы, заполнить бланки заявлений, получить путевки в оздоровительные учреждения, решить правовые вопросы; взаимодействуют в интересах своих подопечных с бюро медико-социальной экспертизы, государственными и иными структурами; формируют у инвалидов установку на возможную самостоятельную жизнедеятельность; работают с семьями инвалидов и детей-инвалидов. При этом к уровню профессиональной компетентности привлекаемых специалистов предъявляются высокие требования.

В реабилитационном центре «Текстильщики» реализуется программа социально-средовой и социально-бытовой адаптации детей с тяжелыми нарушениями развития «Адаптивная педагогика». Это система абилитации детей с тяжелыми двигательными и ментальными нарушениями, основной целью которой является создание условий, стимулирующих активную жизнедеятельность ребенка и позволяющих максимально эффективно использовать его индивидуальные возможности в процессе развития. Программа помогает детям с инвалидностью овладевать базовыми навыками самообслуживания, развивает личность ребенка с учетом его индивидуальных психофизических особенностей и внутренних ресурсов.

Работа осуществляется в совместных детско-родительских группах в составе от 6 до 10 человек, возраст детей от 4 до 14 лет. Занятия одновременно проводят три специалиста (социальный педагог, психолог и специалист по реабилитации), которые обладают междисциплинарными знаниями и профессиональными компетенциями на стыке специальной педагогики, психологии, социальной работы и медицины. Все занятия включают в себя упражнения, направленные на развитие двигательных функций и ориентировки в пространстве; развитие познавательной деятельности, творческих способностей и мотивационного компонента; формирование социально-бытовых навыков; развитие социально приемлемых способов коммуникации. На протяжении всего курса вместе с ребенком в занятиях участвует взрослый родственник, который обучается данной методике и по окончании курса может продолжать заниматься с ребенком в домашних условиях. Абилитация проходит с использованием специальной многофункциональной деревянной мебели.

За 3,5 года курс реабилитации по программе адаптивной педагогики в Центре прошли 320 детей-инвалидов в возрасте от 4 до 14 лет. В результате реализации программы положительная динамика отмечалась более чем у 75% детей, что позволяет говорить о перспективах данной программы в комплексном реабилитационном процессе.

В настоящее время в Центре апробируется модифицированная программа «Адаптивная педагогика» для детей раннего возраста, учитывающая возрастные особенности и абилитационные потребности детей от 1,5 до 4 лет.

**Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение
города Москвы «Школа-интернат №1 для обучения и реабилитации
слепых» Департамента труда и социальной
защиты населения города Москвы**

Адрес: г. Москва, ул. 3-я Мытищинская, д. 5.

Школа является уникальным образовательным учреждением, где обучаются дети с тяжелой патологией зрения, преимущественно с тотальной слепотой. Основной целью работы учреждения является обучение и реабилитация слепых детей в возрасте от 3 до 18 лет (незрячие дети, а также дети с остаточным зрением (0,04 и ниже) и более высокой остротой зрения (0,08) при наличии сложных сочетаний нарушений зрительных функций, с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте). На данный момент в школе обучаются 284 ученика и воспитанника, в том числе 48 человек – индивидуально в домашних условиях.

В процессе обучения используются такие уникальные направления реабилитационной работы, как обучение незрячих детей с применением современных компьютерных технологий пространственной ориентировке, навыкам социально-бытового обслуживания и самообслуживания; социокультурная реабилитация; обучение детей работе в технике «Пластилиновая живопись»; социально-трудовая реабилитация выпускников.

Большое внимание уделяется обучению незрячих детей пространственной ориентировке. При проведении занятий активно используются тактильные карты, схемы, приборы (например, прибор «Ориентир»). Обучающиеся и воспитанники учатся передвигаться при помощи белой трости на улице, в метро, что делает их более независимыми и уверенными в себе.

На занятиях по социально-бытовой ориентировке детей обучают навыкам, позволяющим им стать более самостоятельными в быту: шить, готовить, самостоятельно совершать покупки, распоряжаться деньгами, пользоваться объектами социальной инфраструктуры города.

В школе проводится социокультурная реабилитация. Обучающиеся регулярно выезжают на экскурсии, выставки, концерты, в театры. В рамках реализации социальных проектов школа ведет активное сотрудничество с Дарвиновским музеем, музеем занимательных наук «Экспериментаниум», Центром океанографии и морской биологии «Москвариум» и др.

С 2017 г. в школе открыта группа трудовой реабилитации (ГТР) для выпускников вспомогательных классов, где обучают изготовлению изделий из дерева. Кроме того, обучающиеся ГТР посещают занятия по информатике, социально-бытовому обслуживанию, ориентации, на занятиях по социальной реабилитации изучают инфраструктуру города.

**Государственное автономное учреждение
города Москвы Научно-практический центр медико-социальной реабилитации инвалидов имени Л.И. Швецовой Департамента труда
и социальной защиты населения города Москвы**

Адрес: г. Москва, ул. Лодочная, д. 15, корп. 2.

Учреждение оказывает услуги по медико-социальной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Пациенты центра – это жители города Москвы в возрасте от 1,5 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности в результате травм опорно-двигательного аппарата, последствий черепно-мозговых травм, детского церебрального паралича, нарушений мозгового кровообращения, имеющих дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника и крупных суставов, сколиозы, состояния после операций на позвоночнике и спинном мозге, крупных суставах (в том числе после эндопротезирования) с благоприятным реабилитационным прогнозом.

Одним из направлений деятельности Центра является осуществление научно-методической деятельности на базе учреждения с сотрудниками научно-исследовательских институтов и кафедр медицинских вузов для разработки и внедрения научно-обоснованных методов медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

Совместно с кафедрой реабилитологии и физиотерапии ФДПО ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ разработан способ реабилитации пациентов после травм и поражений поясничного отдела позвоночника. Это изобретение направлено на повышение эффективности восстановительного лечения больных с вялым нижним моно- или парапарезом; сокращение сроков реабилитации, улучшение функционального результата; обеспечение адекватной опороспособности нижних конечностей, оптимизацию функциональных свойств ослабленных мышц. Применяется одномоментное осуществление на-кожной электростимуляции мышц нижних конечностей, синхронизированное с физиологически правильной ходьбой за счет использования локомоторной терапии на комплексе «Локомат».

Способ реабилитации пациента с нарушением постурального баланса представляет собой методику восстановления статического и динамического равновесия у пациентов с нарушением постурального баланса после острых нарушений мозгового кровообращения. Методика создана на основе сочетанного применения лечебной гимнастики и тренировочного курса с использованием системы «BalanceTutor». Результатом применения является улучшение координации, статического и динамического равновесия пациентов, нормализация и гармонизация функции мышц конечностей и корпуса, запуск механизма восстановления нарушенного после заболевания стереотипа ходьбы, что позволяет моделировать правильный двигательный акт.

С февраля 2017 г. начата реабилитация пациентов с нарушениями функции нижних конечностей (с парапарезами и параплегиями) вследствие заболеваний позвоночника и спинного мозга, после позвоночно-спинальных травм и операций с включением в реабилитационную программу курса тренировок на инновационном оборудовании – экзоскелете «ЭкзоАтлет».

В центре проводится реабилитация пациентов с нарушением функции верхней конечности после ОНМК, черепно-мозговых травм, травм шейного отдела спинного мозга, травм плечевого сплетения, дегенеративно-дистрофических заболеваний шейного отдела позвоночника, после оперативных вмешательств. Реабилитационный курс состоит из занятий, направленных на восстановление верхней конечности – адаптацию паретичной руки к выполнению повседневных бытовых задач, профилактику контрактур, трофических нарушений, снижение спастичности и дополнительно занятий по восстановлению функции кисти – восстановлению мелкой моторики. Используется роботизированный комплекс с биологической обратной связью «ReoGo», который дает возможность проводить реабилитацию пациентов не только с паретичной верхней конечностью, но и с пlegией в ней, позволяет использовать активные, активно-пассивные и пассивные программы.

В отделении медико-социальной реабилитации детей используются:

■ «Система для локомоторной терапии» (СЛТ);

КОБ С – уникальная многофункциональная система для биомеханической диагностики и коррекции нарушений движений, в том числе повседневных навыков с биологической обратной связью;

- аппарат «Корвит» – имитатор подошвенной опорной нагрузки, позволяющий вернуться к нормальному ритму жизни пациентам после тяжелых заболеваний;
- тренажер для иппотерапии «Fortis»;
- реабилитационный комплекс для функциональной терапии верхней конечности «ПАБЛО»;
- безмаркерная система, обеспечивающая полное сенсорное погружение (акустическое и визуальное) в виртуальную реальность без инвазивных устройств «NIRVANA».

В ГАУ НПЦ МСР имени Л.И. Швецовой разработаны и оформлены методические рекомендации «Разработка организационной модели пролонгированного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей раннего возраста с нарушениями развития, в форме дистанционной реабилитации».

**Государственное автономное учреждение
города Москвы «Научно-практический реабилитационный центр»
Департамента труда и социальной защиты населения города
Москвы**

Адрес: г. Москва, ул. Абрамцевская, д. 15; Московская область, Рузский район, с/п Дороховское (филиалы).

Центр предоставляет услуги по реабилитации лицам, имеющим стойкие ограничения жизнедеятельности. Реализуются программы обучения по подготовке инвалидов профессиям рабочих и должностям служащих, переподготовки рабочих и служащих по дополнительным профессиональным образовательным программам, а также социального обслуживания в стационарной форме людей, страдающих хроническими психическими заболеваниями. На обучение принимаются лица с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 15 лет, имеющие документы об образовании государственного образца, после прохождения приемной медико-социальной комиссии, проживающие в Москве. В процессе обучения на каждого учащегося разрабатывается план профессиональной реабилитации, включающий в себя программу профессиональной подготовки и мероприятия комплексной медицинской и социальной реабилитации.

В основу процесса профессиональной реабилитации в интеграционных мастерских положены специально адаптированные программы профессионального обучения, мероприятия по комплексной реабилитации с учетом особенностей обучающихся. В реабилитационном центре работают мастерские по нескольким направлениям, в том числе мастерская фитодизайна, цветоводства, механизации, зеленого строительства, швейного дела, по ремонту обуви, изготовления изделий из дерева. В мастерских проводят обучение теоретическим основам профессии, первичным практическим навыкам, закрепление практических навыков, изучение основ самостоятельной работы по профессии.

Интеграционные мастерские осуществляют мероприятия по подготовке людей с инвалидностью к участию в трудовой жизни и по возможности включению их в трудовую жизнь общества. Главным результатом работы мастерских является достижение такого состояния инвалида, когда он способен к выполнению социальных функций (трудовая деятельность, обучение, коммуникативная способность, умение организовать свой досуг и свою дальнейшую жизнь).

ПАЦИЕНТО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЯ

Говорить о реабилитации как о некоей совокупности методик не совсем правильно. Реабилитация сегодня – это подход к организации психиатрической помощи, та идеология, на которой психиатрическая помощь должна строиться и строится. Это важно понимать потому, что организация помощи психиатрическим пациентам – проблема межсекторальная. И главная задача – социальная интеграция пациентов.



Аркадий ШМИЛОВИЧ,
заместитель главного врача по медицинской части ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы

Объективная реальность

Распространенность психических расстройств сегодня чрезвычайно высока. По статистике ВОЗ, каждый десятый гражданин планеты страдает серьезным психическим расстройством, и еще каждый десятый – пограничными расстройствами. При такой ситуации и распространенности заболеваний чрезвычайно важную роль играет психопросвещение в обществе. Именно это ключевая область приложения усилий как во всем мире, так и в Москве.

Второе важное обстоятельство – из числа всех наблюдаемых в системе здравоохранения пациентов в любой момент только 5% находятся на стационарном лечении, 95% живут в социуме. Это говорит о том, что основной упор в современной психиатрии делается на внебольничные методы оказания помощи пациентам.

Много говорится сегодня о сокращении коечного фонда специализированных стационаров и в этой связи – о сокращении объемов психиатрической помощи. Это принципиально неверная причинно-следственная связь. Объем помощи не сокращается, она трансформируется во внебольничные формы ведения пациента. И это не искусственно выбранное направление, а общемировой тренд, обусловленный объективным положением дел в психиатрии и развитием этого направления медицины.

Да, исторически психиатрия развивалась через создание специализированных больниц. Было такое время, когда вообще не существовало внебольничной службы, во всем мире работали громадные психиатрические стационары по пять-десять тысяч коек, и в России, и в Англии, и в других странах Европы и в США. Но именно в России впервые в мире в 20-е годы прошлого столетия был сделан шаг к созданию сети амбулаторных психиатрических учреждений – появились психоневрологические диспансеры, первые дневные стационары, первые ночные полустационары. Появились не только лечебно-трудовые мастерские, но и лечебно-трудовые профилактории, где люди могли и работать, и отдыхать. Это была революция. Появилась возможность выявлять психические расстройства на самых ранних стадиях. На современном же этапе развития лекарственной терапии есть и возможность не только своевременно выявить психическое расстройство, но и эффективно купировать его. Чаще всего достаточно от нескольких дней до двух-четырех недель лечения, чтобы то психическое расстройство, которое не позволяет пациенту находиться в обществе, было купировано. Сейчас нет таких расстройств, которые приводили бы к тому, чтобы пациенты проводили всю свою жизнь или значительную часть ее в психиатрических больницах.

Но надо понимать, что серьезные психические расстройства, даже если удалось купировать их острую стадию, приводят к социальной дезадаптации пациента. Он не всегда может после стационарного лечения вернуться к полноценной самостоятельной жизни. Отсюда высок процент инвалидизации людей с психическими расстройствами. Сегодня в Москве около 60 тысяч инвалидов вследствие психических заболеваний, но мы знаем, что еще столько же являются инвалидами по существу, хотя не имеют соответствующего заключения. Ведь медико-социальная экспертиза проводится только в том случае, если человек пишет соответствующее заявление, а многие наши пациенты отказываются проходить освидетельствование для определения группы инвалидности по самым разным причинам. Некоторые не понимают, что они больны настолько, что нуждаются в инвалидизации, некоторые надеются все-таки как-то устроиться в жизни и боятся, что группа инвалидности сможет стать для этого препятствием. Поэтому число нетрудоспособных пациентов – тех, кто нуждается в социальной адаптации, сегодня достаточно высоко – порядка 120 тысяч человек в Москве и

около 3 млн в России. Это примерно в два раза больше, нежели инвалидов по другим нозологиям. Более того, у многих пациентов возникает синдром возвращающихся дверей, когда из-за дезадаптации они все чаще и чаще возвращаются в стационар, чем еще больше усугубляется их состояние.

Учитывая эти обстоятельства, сегодня фактически идет речь о смене идеологии психиатрической помощи.

Не лекарством единым

Это тем более актуально, что, к большому сожалению, с определенного времени, когда в клинической практике появились первые психотропные препараты, подходы к лечению стали односторонне биологические. И когда мы видели действие современных препаратов, а в то время возможности лечения заболевания изменились принципиально, социальная составляющая лечения и восстановления пациента ушла на второй план. К счастью, в последние годы это положение стало меняться. Сегодня ведется работа над разработкой комплексных реабилитационных программ, которые содержат в себе все компоненты воздействия на стоящие перед пациентом проблемы. А перед нашими пациентами, особенно если речь идет об инвалидах, стоят проблемы во всех сферах жизнедеятельности – в образовательной, профессиональной, семейной и досуговой сферах.

Односторонность применения лекарственной терапии подобна ситуации, когда перед пациентом открыта только одна дверь – в специализированный стационар. Закрыты двери в образование, в профессию, в семью, в возможность творческой реализации. Это неправильно. Поэтому реабилитационная технология предполагает, что для каждого нашего пациента должны быть открыты все возможности. И в такого рода программах нет первостепенных или второстепенных элементов, все проблемы пациента равнозначно важны. Другое дело, что на разных этапах реабилитации те или иные воздействия могут занимать больший удельный вес. Поступил человек в стационар в остром психотическом состоянии, – конечно, больший удельный вес занимают биологические методы лечения, состояние его быстро улучшается, и биологические методы начинают дополняться другими методами восстановления утраченных пациентом функций.

Именно в этом направлении сегодня начинает развиваться столичная психиатрия. В системе оказания помощи психиатрическим пациентам акцент

смещается на внебольничные формы его ведения. Увеличивается количество психологов, специалистов по социальной работе, специалистов по арт-терапии. Этот процесс нужно множить дальше. Сегодня как раз ключевая задача состоит в том, чтобы помощь в стационаре была подхвачена внебольничными реабилитационно-ориентированными структурами службы.

В режиме диалога

Не последнюю роль в реализации такого подхода играет так называемая общественная психиатрия. Во всем мире развивается общественное движение в психиатрии самых различных направлений деятельности. У нас, например, работает региональная общественная организация профессионалов «Клуб психиатров». Активны общественные организации, объединяющие пациентов и их семьи. Такими являются, например, общественные организации «Мы вместе» и «Семья и психическое здоровье». Их деятельность направлена на дополнение психиатрической помощи общественными инициативами. Это очень важно, потому что реабилитационный процесс максимально эффективен тогда, когда сам пациент, члены его семьи являются равноценными партнерами в нем.

Правильно найти свою нишу таким организациям непросто, и не всегда это происходит. С другой стороны, и профессиональное сообщество психиатров зачастую недооценивает возможности общественных организаций. Поэтому крайне важно активно взаимодействовать профессиональному медицинскому и пациентскому сообществам для поиска возможных точек соприкосновения и приложения совместных усилий. Именно это сейчас начинает происходить в Москве. Идет процесс взаимодействия. Общественные организации выступают инициаторами многих важных в реабилитационном плане проектов, которые позволяют продемонстрировать возможности душевнобольных в различных областях жизни. А это очень важно, так как профессионалы часто недооценивают эти возможности и с удивлением открывают новое для себя. Особенно те специалисты, которые работают в стационарах с пациентами, находящимися в острой стадии заболевания.

Важно и то, что такого рода инициативы меняют отношение в обществе к психиатрической проблематике и самим пациентам. Здесь помощь общественных организаций неопределима, так как они имеют больше

возможностей для реализации нестандартных форматов работы.

Например, Клуб психиатров уже 11 лет выпускает газету «Психиатрия – нить Ариадны», которая ежемесячно издается тиражом более 20 тысяч экземпляров. Газета доставляется адресно во все психиатрические организации Москвы и распространяется в 20 регионах России, а также периодическим дайджестом на английском языке отправляется в те страны, с которыми мы сотрудничаем в наших социальных проектах. Это площадка, на которой могут и встречаются и профессионалы, и пациенты, и члены их семей, и те люди, которые хотят сотрудничать в сфере психического здоровья. Мы сотрудничаем с рядом благотворительных фондов и общественных организаций, не относящихся к психиатрии, но которые также хотят быть полезными в общем деле. Примечательно, что в подготовке материалов в газету участвуют и сами пациенты. Целый ряд рубрик создается ими. Она стала для многих пациентов и семей настольным средством массовой информации, где можно ознакомиться с передовым отечественным и зарубежным реабилитационным опытом.

Такого рода просветительская работа необходима, так как мифов в отношении психиатрии и наших пациентов в общественном сознании превеликое множество.

Около десяти лет назад Научный центр психического здоровья Российской академии наук провел исследование того, что пишут в СМИ о психиатрии и какой образ психиатрического пациента складывается в общественном сознании на основе публикаций. Выяснилось, что в 80% случаев душевнобольной представлен как насильник, в 60% случаев – как человек с непредсказуемым поведением, в 40% случаев – как какой-то чудак. 10% СМИ, когда речь шла о психиатрии, высказывали «гениальную» мысль о том, что душевнобольных нужно изолировать. Это при том, что, как я уже сказал, 95% этих пациентов живут в социуме. То есть налицо отсутствие реального понимания ситуации. Мы по мере сил стараемся это положение дел менять.

Есть и другие интересные инициативы и проекты.

В интернете работает радио «Зазеркалье», где уже более двух лет в прямом эфире каждую субботу с 15 до 16 часов идет передача, в которой участвуют исключительно душевнобольные. Это очень интересные и образованные люди, они обсуждают актуальные темы, и не только касающиеся психиатрии и имеющейся у них патологии: это и искусство, и отношения,

и путешествия. Этот формат работает не только у нас в стране. Похожее радио действует в Испании, именно этот проект и стал прообразом нашего «Зазеркалья». Началось все в Аргентине, а потом распространилось в Европе. На прошлом нашем Четвертом фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны» присутствовали представители радиостанций из 14 стран.

Этот фестиваль разработан РОО «Клуб психиатров» и проходит в формате бьеннале под патронатом департаментов здравоохранения и социальной защиты населения города Москвы. В фестивале принимают участие все психиатрические учреждения города Москвы и многих регионов России. В прошлом году он прошел уже в четвертый раз и охватил своей программой около 7000 участников. Программа предусматривает не только творческие номинации, но и мероприятия для профессионалов, в частности научно-практическую конференцию «Арт-терапия в психиатрической практике», психогигиенический форум студентов московских вузов, круглый стол в Совете Федерации РФ.

Очень интересен и еще один проект, который мы переносим на нашу почву. Речь об Абилимпиксе – международном проекте в формате чемпионатов по профессиональному мастерству среди людей с инвалидностью. В этом году у нас пройдут уже 3-й Московский и Национальный чемпионаты. Задействованы более 60 регионов России, в том числе и Москва. Введены 64 профессиональные компетенции. Чемпионат демонстрирует уникальные профессиональные возможности людей с инвалидностью. Их часто называют неправильно «люди с ограниченными возможностями», забывая слово «здоровье». Но подобного рода фестивали и инициативы

показывают, что это люди как раз с неограниченными возможностями в целом ряде областей. Именно поэтому ключевая задача психиатрической службы – максимально полно восстановить реабилитационную инфраструктуру психиатрических подразделений.

По другим критериям

Сегодня в Москве меняются подходы к определению эффективности работы не только психиатрических учреждений, но и каждого, кто работает в психиатрии. Это очень важный момент: если критерии эффективности психиатрической помощи будут правильно сформированы, а в их основу будет заложена реабилитационная идеология с конечной целью улучшения реального качества жизни и социальной интеграции людей с психическими расстройствами, то само существование психиатрической помощи изменится. Вектор реорганизации психиатрической службы направлен в эту сторону. Отдельное направление деятельности – изменение подходов работы психоневрологических интернатов. В этом направлении также делается немало сегодня. Есть и важные законодательные изменения. В России в полном объеме ратифицирована конвенция ООН по правам инвалидов и законодательно решен один из моментов этой конвенции – введена норма ограниченной дееспособности, когда суд точно ограничивает дееспособность человека в каком-то вопросе. Это принципиальный момент для определения социального статуса многих психиатрических пациентов. И главное – в основу развития психиатрической помощи закладываются реабилитационные принципы, что как итог работает на максимально возможную интеграцию психиатрических пациентов в социум.



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

**Проводит экспертную
оценку разрабатываемых
нормативных актов
в системе здравоохранения**



ВАДИМ АНДРУСОВ

ГЛАВНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ОТДЕЛА ИССЛЕДОВАНИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

« Наш институт способен стать ответственной организацией – разработчиком профессиональных стандартов в сфере здравоохранения

- ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ИХ ПРОЕКТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ
- ПРОВЕДЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХ СЕМИНАРОВ ПО РАЗРАБОТКЕ И ПРИМЕНЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

www.niiozmm.org

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,

Большая Татарская, 30

НЕ ТАКОЙ УЖ РЕДКИЙ СЛУЧАЙ

На общегородской клинико-анатомической конференции, прошедшей 27 февраля 2017 года, был рассмотрен случай пациентки с диагнозом «нервная анорексия».

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Поликлиника

С докладом о ведении пациентки в амбулаторно-поликлиническом учреждении выступила заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ДГП №10 ДЗМ Ирина Успенская:

– Вашему вниманию предоставляется история девушки, пациентки 2001 года рождения. Ученица 9-го класса, инвалидности не имеет. Поступила под наблюдение нашей поликлиники в августе 2004 года в возрасте 3,5 лет. Девочка родилась и находилась в Мексике с 2001 года по 2004, а также с 2010 по февраль 2013 года. Профилактические прививки проведены в соответствии с национальным календарем.

Анамнез:

- ОРВИ 2 раза в год, острый тонзиллит;
- нарушение осанки;
- вторичная аменорея;
- диффузные изменения щитовидной железы;
- S-образный грудно-поясничный левосторонний сколиоз;
- хронический гастрит, гастродуоденит, вторичная панкреатопатия;
- ВСД по гипотоническому типу.

Травм и операций не было. Состояла на диспансерном учете у врача-гастроэнтеролога, врача-ортопеда.

Леонид Печатников попросил уточнить, на каком этапе был выявлен ряд обозначенных в анамнезе заболеваний, на что последовал ответ:

– Нарушение осанки было у пациентки до того, как мы получили ее в состоянии заболевания. Аменорея, диффузные изменения щитовидной железы связаны с основной проблемой пациентки. Сколиоз перешел во вторую стадию в течение развития заболевания.

Осмотр гастроэнтеролога 30 января 2015 года.

Рост 160 см, вес 39 кг.

Диагноз: хронический запор, дискинезия желчевыводящих путей, психогенная анорексия.

Рекомендовано УЗИ органов брюшной полости, общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма.

В назначениях: диета №5, панкреатическая, «Дюфалак», клизма «Микролакс» или очистительная клизма с раствором гипертоническим, при отсутствии самостоятельного стула более 2 суток, «Хофитол», «Элькар», «Креон», «Витрум юниор». Наблюдение в динамике. И повторная явка через месяц.

Консультация невролога обязательна.

Осмотр врача-гастроэнтеролога повторный 11 марта 2015 года.

Рост 160 см, вес 39 кг.

На фоне назначенной терапии улучшения со стороны стула наблюдаются. Сохраняется снижение аппетита. Диагноз: хронический запор, дискинезия желчевыводящих путей, психогенная анорексия, вторичная панкреатопатия. Назначено лечение: диета №5, панкреатическая, ферменты, поливитамины, препараты, улучшающие моторику кишечника. И еще одна явка через месяц.

Осмотр врача-невролога 9 апреля 2015 года.

Жалоб самостоятельных нет. Артериальное давление 70 на 50 мм рт. ст. Отмечено, что с декабря 2014 г. по март 2015 г. девочка решила похудеть с 50 кг до 39 кг. К психиатру не обращалась. Препараты психиатрические не принимает.

Диагноз: синдром вегетативной дистонии по гипотоническому типу. Рекомендована консультация и продолжение лечения у гастроэнтеролога, а также консультация психиатра.

Диспансеризация 9 апреля 2015 года.

Офтальмолог – здорова.

Невролог – вегетососудистая дистония по гипотоническому типу. Эндокринолог – дефицит веса, вторичная аменорея.

Гинеколог – олигоменорея. Проведено УЗИ органов малого таза: гипоплазия, эндометрия по результатам.

Отоларинголог – здорова.

Кардиолог – гемодинамически значимой патологии нет по данным ЭКГ и Эхо-кардиографии.

Общий анализ крови, общий анализ мочи – без патологии.

УЗИ брюшной полости отмечает паренхиму неоднородную и увеличение размеров поджелудочной железы. Заключение: вторичные изменения

поджелудочной железы, косвенные признаки гастродуоденита.

УЗИ щитовидной железы: уменьшение суммарного объема щитовидной железы. Эхо-кардиография: пролапс митрального клапана (ПМК) 0–1 степени с минимальной регургитацией и регургитация на трикуспидальном клапане 1–2-й степени.

Заключение

Дефицит веса (рост 158 см, вес 37 кг, индекс массы тела 15), вторичная олигоменорея, СВД по гипотоническому типу, ПМК с минимальной регургитацией, пролапс трикуспидального клапана с минимальной регургитацией, гастродуоденит. Наблюдение у врачей-специалистов: психиатра, эндокринолога, гастроэнтеролога, гинеколога

По словам Ирины Успенской, впервые с жалобами на запоры в виде чередований оформленного и неоформленного стула пациентка обратилась в поликлинику к педиатру 24 января 2015 года.

– Ребенок два месяца практически не ест сознательно, с целью снижения веса. Вес при осмотре 40 кг, рост 160 см. Индекс массы тела составил 15,6 килограмм на метр в квадрате, – продолжила заместитель главного врача. – Напомню, что пациентке 14 лет. После осмотра педиатром выставлен диагноз: функциональные нарушения кишечника, астено-невротическое состояние. Пациентке была показана

консультация гастроэнтеролога и невролога.

Далее Ирина Устинова рассказала, что пациентка в период с апреля по май 2015 г. наблюдалась у психиатра частным образом, который направил ее в Морозовскую детскую клиническую больницу. После чего была переведена в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой.

После выписки из Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков пациентка находилась под наблюдением психиатра на коммерческой основе.

Динамическое наблюдение у врачей-специалистов 2015-2016 гг.:

- гинеколог (13.04.16, 14.06.16, 12.09.16) вторичная аменорея. После приема курса терапии цикл был восстановлен;
- эндокринолог (09.04.16, 25.06.16) – диффузное увеличение щитовидной железы. Психогенная анорексия;
- гастроэнтеролог – гастродуоденит. Психогенная анорексия. Динамика веса – 52 кг к апрелю 2016 г.;
- ортопед – S-образный грудно-поясничный сколиоз II степени.

Таблица 1. Результаты исследований 28.04.2017 г.		
Наименование	Результат	Норма
Гликозилированный гемоглобин, %	5	4,8–5,9
Антитела к ТПО, ме/мл	1,6	0–9
Антитела к ТГ, ме/мл	0	0–4
Биохимия крови		
Общий белок, г/л	77,5	66–87
Холестерин, мм/л	5,22	3,4–5,2
Щелочная фосфатаза, ед/л	108	10–329
Глюкоза, ммоль/л	4,31	3,5–6,1
Кальций общий, ммоль/л	2,46	2,2–2,65
Кальций ионизированный, ммоль/л	1,03	0,9–1,38
Фосфор, ммоль/л	1,82	0,87–1,45
Гормоны		
Тиреотропный гормон, мме/л	2,22	0,4–4
Свободный тироксин, пмоль/л	11,51	10,5–23,2
Прогестерон, нмоль/л	1,65	1,05–3,82
Фолликулостимулирующий гормон, мме/мл	5,25	3,85–8,78
Лютеинизирующий гормон, мме/мл	3,22	2,12–10,89
Тестостерон, нмоль/л	1,2	0,2–4,4
Пролактин, мме/мл	127	40,28–530
Эстрадиол, пмоль/л	223,662	71,6–529,2
Инсулин, пмоль/л	105	14,4– 210
Кортизол, нмоль/л	218,26	185–624

Осмотр врача-гастроэнтеролога 12.09.2016 г.

Жалобы на боли в эпигастрии, после еды, тошноту, иногда рвоту, снижение веса на 6 кг за летний период. Вес 46 кг. ИМТ 17,9.

УЗИ брюшной полости.

Заключение – Эхо-признаки вторичных изменений поджелудочной железы. Копрограмма – растительная клетчатка перевариваемая – значительно, неперевариваемая – умеренно. Крахмал немного, внутриклеточный. ЭГДС – гастродуоденит.

Назначена терапия:

- диета 5П;
- креон 10000 мЕ по 1 капс. 3 раза в день 2 нед;
- бускопан 1 табл. 2 раза в день 1 нед, затем только при болях в животе;

– дюфалак 10 мл 1 раз утром 1 месяц.

Явка через месяц.

Осмотр врача-гастроэнтеролога 13.10.2016 г.

Вес 46 кг. Динамика незначительная. Стул 2 раза в неделю, тип 2.

Тест на хеликобактер – отрицательный.

Диагноз: хронический гастрит, гастродуоденит, психогенная анорексия.

Рекомендовано: консультация психиатра.

Осмотр врача-гастроэнтеролога 03.11.2016 г.

Положительной динамики не отмечено. Рекомендована повторная госпитализация в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков.

– Как было указано пациентом, в связи с отсутствием желаний наблюдаться в государственном учреждении и возможной стигматизации, – уточнила Ирина Устинова.

– 10 и 21 ноября 2016 года врачу-гастроэнтерологу и участковой медицинской сестре не удалось получить информацию от родителей ребенка по поводу госпитализации, – продолжила Ирина Успенская. – Со слов отца, пациентка наблюдалась у частного психотерапевта. Также известно, что 11 января 2017 года на дом к пациентке был вызван частный психотерапевт, который через службу СМП направил ребенка в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу.

После выступления докладчика Леонид Печатников попросил уточнить:

– Кто же был основным врачом, кто отвечал за тактику ведения и координировал деятельность всех специалистов поликлиники?

– Основным врачом в данной ситуации, конечно, должен быть педиатр, но, учитывая, что пациентка приходила в динамике наблюдения к гастроэнтерологу, в основном гастроэнтеролог и вел вместе с гинекологом борьбу за восстановление функций, которые были нарушены. Основные функции ведущего специалиста выполнял гастроэнтеролог, настойчиво рекомендуя консультацию у психиатра.

– А вы так и не знаете, где наблюдалась девочка у психиатра? – задал еще один вопрос Леонид Печатников.

– К сожалению, нет, – ответила Ирина Успенская. – Родители не хотят называть специалиста. Как объяснил нам отец пациентки – это частный психотерапевт, которому ребенок очень доверял.

– То есть до момента поступления в ГКБ №6 амбулаторно у наших городских психиатров пациентка не наблюдалась? – спросил в завершение диалога Леонид Печатников.

– Как мы знаем после сообщения наших коллег из Научно-практического центра им. Г.Е. Сухаревой, пациентка велась диспансерно по той программе, которая должна быть предусмотрена для таких детей с анорексией, – добавила Ирина Успенская.

– После того, как ребенок побывал в Центре Сухаревой, девочка прибавила, как я понимаю, 12–13 кг. И после этого мы не знаем, принимала ли она лекарства, выписанные психиатром? – уточнил Леонид Печатников.

– Да, – последовал ответ.

Стационар

Первый раз госпитализация пациентки в МДГКБ состоялась 13.04.2015 г. Пациентка была доставлена в стационар бригадой СМП и проходила лечение в отделении педиатрии до 14.05.2015 г.

Предварительный диагноз: анорексия. Масса тела при поступлении 33 кг, ИМТ 13,39. УЗИ ОБП: признаки очаговых изменений паренхимы печени, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы; значительное скопление свободной жидкости в проекции малого таза, эхографически нельзя исключить сегментарную кистозную дисплазию верхнего полюса правой почки. ФЭГДС: гастродуоденит – выраженное обострение Нр+. Дуодено-гастральный рефлюкс. Эхо-КГ, ЭКГ, рентген ОГК – без особенностей.

– Биохимический анализ крови без какой бы то ни было выраженной патологии, – уточнил ведущий ОРИТ Морозовской ДГКБ ДЗМ Андрей

Диагноз основной

F50.0 Нервная анорексия. Синдром сверхценной дисморфофобии. Депрессивный синдром.

Осложнения

Белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени. Хронический гастродуоденит Нр+, дуодено-гастральный рефлюкс. Функциональная кардиопатия. Реактивный перикардит. Синдром вегетативной лабильности. Сколиоз. Аменорея 2-й степени на фоне снижения веса.

Объективный анамнез

Семья полная, психопатологическая наследственность отрицается. Раннее развитие по возрасту.

Дебют заболевания в возрасте 13 лет (2014 г.) с длительных периодов сниженного настроения с подавленностью, замкнутостью, постепенной утратой привычных контактов, интересов и увлечений.

С января 2015 г. ограничивала себя в еде, следовала диетам, вела учет калорийности, могла отказаться от твердой пищи на 2–3 дня. К концу февраля 2015 г. потеряла 8–10 кг массы тела (изначальный вес 48–50 кг).

При попытке контроля со стороны родителей прятала и выбрасывала еду, скрывала вес от родителей, не позволяла себя взвешивать, отказывалась от обращения к врачу.

В апреле 2015 г. после осмотра педиатром во время школьной диспансеризации рекомендована госпитализация в Морозовскую ДГКБ (масса тела 33 кг).

В Морозовской ДГКБ находилась на лечении с 13.04.2015 г. по 14.05.2015 г.

По консультации врача-психиатра выездной бригады ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ» (24.04.2015 г.) рекомендована госпитализация в психиатрический стационар.

Субъективный анамнез

Госпитализацию объясняет «низким весом», говорит, что «худела, так как не нравилась фигура, была толстой, не нравились живот и ноги».

Добивалась цели «весить 45 кг», но процесс похудения «так увлек», что каждый раз «выставляла новые критерии».

Ограничительное поведение сопровождалось изменением настроения — «стала раздражительной, менее общительной, старалась спрятаться от всех, выходила одна гулять, чтобы отвлечься от своих мыслей».

Один раз в неделю голодала, выпивала литр воды, часто выбрасывала продукты, считала калории и ежедневно взвешивалась, вела пищевой дневник.

Состояние при поступлении

Температура 36,5 °С. ЧСС 64 уд/мин.

АД 110/70 мм рт.ст.

Рост 158 см. Масса тела 34,050 г. ИМТ 13,6.

Телосложение астеническое. Кифосколиотическая осанка. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Тургор снижен. Кожные покровы смуглые, сухие, гипертрихоз. Видимых отеков нет. Менструации прекратились в январе 2015 г.

Анализ крови общий — снижение уровня гемоглобина до 115 г/л, лейкоцитов до $3,7 \times 10^9$ /л.

Анализ крови биохимический — снижение уровня креатинина до 43 г/л, щелочной фосфатазы — до 21,5 ммоль/л, повышение уровня железа до 21,5 ммоль/л.

ЭКГ — умеренная синусовая брадикардия, небольшая аритмия с ЧСС 61–68/мин. Вертикальная ЭОС. Снижение процессов реполяризации в миокарде желудочков. В ортостазе — нет прироста ЧСС — асимпатикотоническая реактивность.

Консультация кардиолога — функциональная кардиопатия. Реактивный перикардит.

Контакт формальный, в беседе не заинтересована. В

начале держится напряженно, скованно, по ходу беседы несколько оживляется. Настроение тоскливое, мимика грустная, эмоционально лабильна, особенно подавленной становится при разговоре на субъективно неприятные темы, такие как режим питания. Причины отказа от еды не раскрывает. Утверждает, что питается полноценно. Подтверждает, что не удовлетворена своим внешним видом и физическим состоянием. Интеллектуально сохранна, критика к состоянию и поведению формальная, частичная. На момент осмотра острой психотической симптоматики, суицидальных проявлений не выявлено.

Первичная диагностика кризисного психолога — в рамках адаптационного этапа проведено исследование актуального психического состояния. Выявлен высокий уровень тревожности и напряженности.

Патопсихологическое обследование — на фоне выраженных колебаний внимания и работоспособности выявляется снижение уровня обобщения с актуализацией конкретно-ситуационных связей у девочки с чертами неуверенности, личностной незрелости, ранимости, сенситивности на фоне эмоциональной лабильности.

Обследования

В соответствии с «Протоколом (алгоритмом) ведения пациентов с нервной анорексией в условиях стационара»:

- лабораторная диагностика (ОАК, ОАМ, БАК);
- функциональная диагностика;
- ЭКГ, ЭЭГ, УЗДГ сосудов головы, УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря, УЗИ

щитовидной железы;

- консультация психотерапевта;
- консультация психолога;
- консультация невролога;
- консультация окулиста;
- консультация отоларинголога;
- импедансометрия;
- остеометрия.

Лечение

В соответствии с «Протоколом (алгоритмом) ведения пациентов с нервной анорексией в условиях стационара»:

- лечебно-охранительный режим;
- лечебное питание;
- психокоррекционные занятия, индивидуальная и семейная психотерапия;
- фармакотерапия:
- Алимемазина тартрат до 15 мг в сутки;

- Флувоксамин до 200 мг в сутки;

- Рисперидон до 1,5 мг в сутки.

По назначению педиатра Морозовской ДГКБ:

- Домперидон до 30 мг в сутки;
- Креон до 30 000 ЕД в сутки;
- Фолиевая кислота до 3 мг в сутки;
- Лактулоза до 40 мл в сутки;
- Левокарнитин до 1,5 мг в сутки;
- Инозин до 0,6 мг в сутки;
- Нейромультивит по 1 таб. × 2 раза.

Эффективность терапии

1. Улучшение клинико-лабораторных показателей: повышение уровня гемоглобина до 142 г/л; повышение уровня лейкоцитов до $4,1 \times 10^9$ /л; нормализация уровня железа – 18,9 ммоль/л; нормализация уровня креатинина – 67,9 мкмоль/л; улучшение показателей сердечно-сосудистой деятельности.

2. Положительная динамика массы тела.

3. Стабилизация аффективного фона.

За период наблюдения состояние пациентки с положительной динамикой. На фоне коррекционных

мероприятий достигнуто отчетливое снижение уровня тревоги, стабилизация настроения, повышение активности и эмоциональной выразительности.

4. Динамика пищевого поведения.

К моменту выписки питается достаточно, основные блюда съедает. Высказывает частичную критику к пищевому поведению в прошлом. Критично отзывается о других пациентках с анорексией, считает их «слишком худыми».

В лечебных отпусках пищевой режим соблюдает, съедает все предложенное. Повышенной физической активности не отмечено.

Рекомендации при выписке (24.07.2015 г.)

Наблюдение психиатра по месту жительства.

Индивидуальная, семейная, групповая психотерапия.

Прием поддерживающей терапии:

- Алимемазин 5 мг × 3 р/д;
- Флувоксамин 100 мг × 2 р/д;
- Рисперидон 0,5 мг утро, 10 мг вечер;

- Лактулоза (Дюфалак) 20 мл × 2 р/д (утро, вечер) ;
- Инозин (Рибоксин) по 1 таб. × 3 р/д (до 15.08.2015 г.);
- Фолиевая кислота по 1 таб. × 3 р/д (до 01.09.2015 г.);
- Контроль ОАК, БАК, ЭКГ, Эхо-КГ 1 р/мес.

Контроль приема пищи. Наблюдение гинеколога, консультация кардиолога, гастроэнтеролога по м/ж. Ограничение физических нагрузок 5–6 месяцев.

Госпитализация при ухудшении состояния.

Посещения консультативного амбулаторного отделения ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

Прием врача-психиатра: 20.11.2015, 11.12.2015, 19.01.2016, 03.11.2016.

Динамика состояния к 19.01.2016:

- восстановление менструального цикла;
- масса тела 55 кг;
- относительная стабильность настроения и сохранение социальной активности, недовольна внешним

видом, но ест удовлетворительно.

Динамика состояния к 03.11.2016:

- отсутствие менструаций с лета 2016;
- масса тела 41 кг;
- неустойчивость настроения, раздражительность, тревога;
- ограничивает себя в еде, жалуется на неприятные ощущения и беспокойство при приеме пищи, при этом своим внешним видом довольна.

Харькин. – Общий анализ крови также без выраженной патологии. Ребенку выставлен диагноз: вторичная кардиопатия, миокардиодистрофия, дисфункция синусового узла, реактивный перикардит, малый выпот, НК нулевой степени, хронический гастродуоденит в стадии обострения. Дисфункция билиарного тракта. Назначенное лечение:

- стол 15 + Пептамен 100–150 мл × 3 р/д, Креон;
- Оликлиномель 1 л №8;
- витамины;
- Омепразол, Де-Нол;
- Дюфалак 10 мл × 3 р/д;
- Карсил 1 капс. × 2 р/д.

После чего, по словам Андрея Харькина, пациентка с улучшением и прибавкой в весе 2,2 кг была переведена в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой.

В НПЦ пациентка находилась на лечении с 14 мая по 24 июля 2015 года.

После консультации 3 ноября 2016 г. в связи с ухудшением состояния пациентке рекомендована госпитализация в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» и для оценки состояния ЖКТ рекомендовано проведение ФЭГДС в Морозовской ДГКБ.

Уточняющий вопрос задала директор Научно-практического психоневрологического центра им. З.П. Соловьева ДЗМ Алла Гехт:

– На протяжении всего обсуждения мы не слышали, было ли это только ограничение приема пищи или вызывались искусственно рвоты. Потому что второй вариант существенно увеличивает электролитные нарушения, и это уже совершенно другая ситуация, она требует, соответственно, другого подхода.

– За то время, пока пациентка была у нас в стационаре, ее пищевое поведение ограничивалось исключительно ограничением в еде, – попытался прояснить ситуацию заместитель директора по психосоциальной реабилитации НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ Петр Безменов. – Но, со слов отца, на определенном

этапе, до того, как пациентка обратилась за помощью, у нее были рвоты. Сказать, как часто, он затруднялся. Но, тем не менее, он об этом упоминал как об этапе.

Второй раз в Морозовскую ДГКБ пациентка попала 12 января 2017 г.

– В стационар она была доставлена бригадой СМП по направлению частного психотерапевта после очередного визита к нему, в связи с плохим самочувствием и продолжающимся снижением массы тела, – продолжил свой доклад Андрей Харькин. – При поступлении пациентка жаловалась на слабость, вялость, отмечала снижение массы тела. По ее словам (родителей с ней не было) она снова стала ограничивать себя в еде. Наблюдалась у частного психотерапевта, специфического лечения не получала.

По словам Андрея Харькина, через сутки после поступления пациентки в больницу появился ее отец. С его слов зафиксировано, что за последние 4 месяца пациентка похудела с 51 кг до 31 кг (при росте 161 см, ИМТ 11,11). В сентябре вызывала рвоту. Ест маленькими порциями. Склонность к запорам. Самостоятельный прием 1 пакетика магния сульфата, после чего пятикратный жидкий стул. Принимает кудесан, панкреатин, триптофан. Последние 3 дня на вопросы отвечает заторможенно. Не лихорадит. Пациентка была госпитализирована в отделение педиатрии.

В период нахождения в отделении педиатрии с 12 по 16 января 2017 г. пациентке было сделано следующее:

- стол 15 (по Повзнеру) + пептамен 100 мл 3 р/д внутрь;
- очистительная клизма 1 р/д при отсутствии стула;
- Омепразол 20 мг 2 р/д в/в капельно;
- Урсофальк 250 мг 1 р/д внутрь вечером;
- витамины В₁ и В₆ по 1,0 мл через день в/м;
- Креон 10000 1 капс. 3 р/д;
- ежедневное взвешивание;
- инфузионная терапия глюкозо-электролитными

Динамика состояния пациентки

17.01.2017 г.

В сознании, эффективное самостоятельное дыхание. Появление петехиальной сыпи (83 тыс/мкл тромбоцитов по Фоно, склонность к лейкопении – 4,3 тыс/мкл: аплазия кроветворения на фоне кахексии; миелотоксичность антидепрессантов?).

Попытки энтерального кормления – сброс по зонду.

Катетеризация VSD. Нутрифлекс.

С целью гемостаза – викасол, дицинон, транексам.

В 23.40 – генерализованные тонико-клонические судороги, купированы в/в реланиумом. Перевод на ИВЛ.

18.01.2017 г.

Нейрохирург: показаний к нейрохирургической помощи не выявлено.

Невролог: дифференциальную диагностику следует проводить с дисциркуляторной энцефалопатией. Очаговая неврологическая симптоматика не соответствует выявленному на МРТ в режиме DWI очагу. Рекомендовано: консультация гематолога, продолжить инфузионную терапию, продолжить нейротрофическую терапию: левокарнитин, мексидол; динамическое наблюдение.

Кожный геморрагический синдром без нарастания. Не лихорадит.

19.01.2017 г.

В сознании. Не лихорадит. Перевод на ВВЛ.

КМП в связи с двухростковой цитопенией (Hb 102 г/л, лейкоциты 1,3 тыс/мкл, тромбоциты 22 тыс/мкл).

К терапии: витамин B6, фолиевая кислота, витамин B1.

Миелограмма

■ Всего клеток нейтрофильного ряда 0% (52,7–68,9)

■ Всего клеток эозинофильного ряда 0% (0,30–4,00)

■ Всего клеток базофильного ряда 0% (0,0–0,6)

■ Всего клеток эритроидного ряда 0% (14,5–26,5)

Комментарий: костный мозг опустошен. В мазках пунктата скопления стромального синтиция – цитостатическая болезнь? Аплазия другого генеза? Единичные нейтрофильные миелоциты, сегментоядерные лимфоциты.

20-22.01.2017 г.

В сознании, экстубация 20.01.17, эффективное самостоятельное дыхание.

Цефтриаксон.

Периодически субфебрилитет.

Омепразол, дицинон, викасол.

Попытки дробного зондового кормления.

Нутрифлекс, витамины.

23.01.2017 г.

Контроль МРТ: убедительных МР-признаков НМК нет. Умеренно выраженные признаки дистрофии ГМ.

Смена АБ-терапии на меропенем 60 мг/кг/сут (клинический фармаколог) в связи с нарастанием лейкопении до 1,1–0,9 тыс/мкл, ПСТ >0,5 нг/мл.

К вечеру – нарастание одышки, лактат-ацидоза (рН 7,07, рСО₂ 40 мм рт. ст., лактат 10 ммоль/л), анемии (до 49 г/л).

23–24.01.2017 г.

Интубация трахеи, перевод на ИВЛ.

Дополнительный сосудистый доступ: катетеризация VFD.

В связи с развитием артериальной гипотензии (до 40/20 мм рт. ст.) – допамин, затем – норадреналин до 2 мкг/кг/мин, адреналин до 0,5 мкг/кг/мин.

Бикарбонат натрия.

Гемотрансфузия.

По назогастральному зонду – неизменная кровь в объеме 2 л.

24.09.2015 г.

Трансфузия эритроцитарной массы, тромбоконцентрата, СЗП; протромплекс, FVIIa, транексам.

Увеличение дозы адреналина до 1,5 мкг/кг/мин, норадреналина – до 3 мкг/кг/мин.

Модификация АБ-терапии: увеличение дозы меропенема до 120 мг/кг/сут, линезолид 30 мг/кг/сут; флуконазол; пентаглобин.

ФЭГДС (дважды): геморрагический гастрит кардиального фундального и антрального отделов желудка. Геморрагический эзофагит в н/з пищевода. Состоявшееся кровотечение FII. Данных за активное кровотечение в пищеварительный тракт на момент осмотра нет.

Изменение схемы введения омепразола на постоянную инфузию.

Объем кровопотери – 3500 мл (масса тела 31 кг).

25.01.2017 г.

ИВЛ, катехоламины.

Продолжающееся ЖКК (1500 мл).

Заместительная терапия препаратами крови, FVIIa.

ФЭГДС: Геморрагический пангастрит. Геморрагический эзофагит. Состоявшееся кровотечение FIII. Остановка кровотечения с помощью полисахаридной гемостатической системы EndoClot.

Нарастание кожного геморрагического синдрома.

Носовое кровотечение; установлены тампоны Merocel.

26–27.01.2017 г.

Кома 1–2.

ИВЛ, катехоламины.

Транексам, переливание тромбоцитов, плазмотрансфузия.

Дальнейшее нарастание кожно-геморрагического синдрома (сливное геморрагическое пропитывание).

Прогрессия метаболического ацидоза, гипотензии, ДН.

Общий анализ крови

- Лейкоциты 6,57 тыс/мкл
- Гемоглобин 131,0 г/л
- Гематокрит 36,7%
- Тромбоциты 155 тыс/мкл

Подсчет лейкоцитарной формулы

- Палочкоядерные 3%
- Сегментоядерные 58%
- Лимфоциты 33%
- Моноциты 6%
- СОЭ 5 мм/ч

растворами.

Утром 16 января в связи с брадикардией, брадипноэ, угнетенным сознанием пациентка была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

При поступлении в ОРИТ были зафиксированы следующие показатели:

- ОАК: лейкоциты 5,0 тыс/мкл, гемоглобин 141 г/л, тр/ц 10 (по Фоноио – 83) тыс/мкл;
- КЩС рН 7,31, рСО₂ 52 мм рт.ст., рО₂ 57 мм рт.ст., глюкоза 0,6 ммоль/л;
- коагулограмма: ПТИ 47,0, МНО 1,77, ПТВ 19,4 сек, ФГ 1,54 г/л.

Пациентке проводилась инфузия глюкозо-электролитных растворов, ЭП – Пептамен по 100 мл; Омепразол в/в.

В 8.00 28 января 2017 г. была зафиксирована смерть пациентки.

Патологоанатомический диагноз

Результаты патологоанатомического вскрытия озвучил заведующий патологоанатомическим отделением Морозовской ДГКБ ДЗМ Алексей Кисляков:

– Смерть пациентки с нервной анорексией, проявлявшейся тяжелой белково-энергетической недостаточностью и осложнившейся выраженным геморрагическим синдромом, инфекцией желудочно-кишечного тракта и органов дыхания, наступила вследствие отека и набухания вещества головного мозга с вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.

Выступления рецензентов

Первым из рецензентов слово было предоставлено главному внештатному специалисту детскому психиатру Департамента здравоохранения города Москвы Анне Портновой.

Она напомнила собравшимся, что нервная анорексия – заболевание с высокими рисками. У девочек-подростков его распространенность – 1,5%, смертность – 7–15%, риск суицида – 1:5, коморбидность с другими психическими расстройствами – 50–60%. Специалист особо уделила внимание недостаточному объему психотерапевтической помощи в период ремиссии, отметив нерегулярный прием лекарств и посещение психиатра:

– Пациентка почти за 3 месяца наблюдения в поликлинике при продолжающейся потере веса не

Таблица 2. Результаты анализов при поступлении в отделение педиатрии Морозовской ДГКБ.			
Параметр	Результат	Норма	
Общий белок	71	65–85	
Альбумин	45	35,0–52,0	
Глюкоза	2,81	3,30–5,60	
Билирубин общий	15,9	0,0–21,0	
Мочевина	21	2,8–7,2	
Креатинин	85	58–96	
Холестерин	9,2	2,3–5,2	
Кальций ион	1,03	1,10–1,25	
Калий	4,1	3,5–5,5	
Натрий	140	135–150	
СРБ	0,0018	0,0000–0,0050	
Щф	46	47–119	
АЛТ	111	7–34	
АСТ	116	8–45	
ЛДГ	741	110–247	

была направлена на консультацию ни к психиатру, ни к психологу. Между тем раннее начало лечения снижает риск затяжного и неблагоприятного течения болезни.

Должна заметить, что на пути маршрутизации психиатрических больных стоят несколько ограничивающих барьеров.

Во-первых, это закон о психиатрической помощи, который подразумевает исключительно добровольность обращения к психиатру. Во-вторых, это положение о консультативном диспансерном наблюдении.

Обычно детские психиатры звонят или просят медсестру позвонить, уточнить, почему пациент не приходит, и очень часто это вызывает негативное отношение у родственников, которые расценивают это как давление и как фактор преследования со стороны психиатров. По поводу ведения пациентки в стационаре у меня замечаний нет. По поводу ведения в поликлинике... Хотелось бы, чтобы педиатры, видя психогенный характер анорексии, понимали, что здесь поле компетенции психолога и психиатра, и направляли раньше пациентов к специалистам. К сожалению, в данном случае сотрудничества с родителями, которое хотелось бы иметь для положительного результата, достигнуто не было в силу сопротивления девочки и родителей и достаточно позднего обращения их за помощью.

Главный внештатный детский специалист гематолог Департамента здравоохранения города Москвы Константин Кондратчик свое выступление начал с напоминания о том, что основная причина гематологических изменений при анорексии – развитие

депрессии кроветворения, является строго вторичной по отношению к хронической недостаточности питания.

Предрасполагающие факторы развития депрессии кроветворения при анорексии:

■ продолжительность болезни – более 2 лет (длительность и уровень голодания);

■ пол – чаще у лиц женского пола (соотношение Ж/М – 10:1);

■ снижение массы тела более чем на 40%;

■ снижение массы жира более чем на 75%;

■ длительное применение психотропных препаратов.

– В костном мозге наблюдается угнетение всех ростков кроветворения. И костный мозг замещается стромальными элементами и соединительной тканью, – продолжил рецензент. – В то время как при обычных апластических состояниях костный мозг заменяется жировой тканью, но не соединительной. Но самое интересное, при угнетении всех ростков кроветворения функциональная способность костного мозга остается очень высокой. И при восстановлении всех показателей пациентки все кроветворение, как правило, восстанавливается.

В числе терапевтических мероприятий Константин Кондратчик перечислил питание, коррекцию приема минеральных веществ, витаминов, заместительную терапию, если она показана, и посиндромную терапию. Риски при развитии заболевания: анемический синдром, вплоть до развития анемической комы, массивные кровотечения, геморрагический шок, развитие генерализованной инфекции и летальность при аплазии кроветворения и анорексии составляет 20%.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание

Нервная анорексия: дефицит массы тела (28,8 кг, индекс массы тела 11,11), отсутствие жировой клетчатки, атрофия скелетных мышц, субатрофия мышечного слоя тонкой и толстой кишки, дистрофия паренхиматозных органов, гиперплазия мозгового слоя надпочечников, гипоплазия костного мозга.

Осложнения основного заболевания

Микотический некротический эзофагит, гастрит. Двусторонняя полисегментарная деструктивная бронхопневмония. Фибринозно-гнойный плеврит. Выраженный геморрагический синдром: обширные кровоизлияния в слизистую оболочку желудка, в слизистую оболочку тонкой и толстой кишки, легких, селезенке, центральнобулярные некрозы печени и обширное кровоизлияние в левой доле печени; массивные кровоизлияния в просвет тонкой и толстой кишки; многочисленные очаговые кровоизлияния в коже; петехиальные кровоизлияния в эпикарде, фиброзной капсуле почек.

Общее венозное полнокровие. Асцит. Отек легких. Отек вещества головного мозга с вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.

Таблица 3. Динамика ОАК

Дата	Гемоглобин	Лейкоциты/л	Тромбоциты/л
12.01.2017	132 г/л	8,3×10 ⁹	139,0×10 ⁹
16.01.2017	141 г/л	5,0×10 ⁹	10,0×10 ⁹
17.01.2017	159 г/л	4,1×10 ⁹	83×10 ⁹
18.01.2017	124 г/л	2,17×10 ⁹	77×10 ⁹
19.01.2017	102 г/л	1,63×10 ⁹	31×10 ⁹
20.01.2017	95 г/л	2,6×10 ⁹	21,0×10 ⁹
21.01.2017	98 г/л	3,8×10 ⁹	24×10 ⁹
22.01.2017	92 г/л	2,9×10 ⁹	44×10 ⁹
23.01.2017	84 г/л	1,1×10 ⁹	15×10 ⁹
24.01.2017	52 г/л	1,8×10 ⁹	7,0×10 ⁹
26.01.2017	67 г/л	3,9×10 ⁹	11,0×10 ⁹
27.01.2017	88 г/л	3,7×10 ⁹	3,0×10 ⁹
27.01.2017	73 г/л	6,6×10 ⁹	10,0×10 ⁹

Таблица 4. Динамика коагулограммы

Дата	ПТИ	МНО	ПВ	ФГ	АЧТВ
13.01.2017	70%	1,29	14,1 с	1,63 г/л	26,0 с
16.01.2017	57%	1,77	19,4 с	1,54 г/л	27,1 с
17.01.2017	55%	1,54	16,9 с	1,64 г/л	29,0 с
18.01.2017	66%	1,35	14,8 с	2,20 г/л	26,0 с
19.01.2017	72%	1,26	13,8 с	2,50 г/л	32,7 с
20.01.2017	70%	1,29	14,1 с	1,63 г/л	26,0 с
23.01.2017	73%	1,25	13,7 с	7,32 г/л	30,1 с
24.01.2017	35%	2,29	25,0 с	4,05 г/л	45,2 с
25.01.2017	102%	0,99	10,8 с	2,52 г/л	27,0 с
26.01.2017	85%	1,13	12,4 с	3,15 г/л	29,6 с

– Гематологические изменения у данной пациентки обусловлены развитием аплазии кроветворения

Диагноз

Основной: R 63.0 Нервная анорексия.
 Осложнения основного: Тяжелая белково-энергетическая недостаточность. Кахексия 3 степени. Кахектическая аплазия кроветворения.
 Двусторонняя полисегментарная пневмония. ДН 3-й степени. Сепсис. Острый респираторный дистресс-синдром.
 Геморрагический гастрит кардиального фундального и антрального отделов желудка. Геморрагический эзофагит в н/з пищевода. Желудочное кровотечение. Носовое кровотечение. Геморрагический шок.
 Полиорганная недостаточность (церебральная, дыхательная, сердечно-сосудистая, печеночная, почечная). ДВС-синдром. Отек вещества головного мозга.

на фоне длительного голодания, течения тяжелых метаболических расстройств. Это привело к генерализации геморрагического синдрома, нарастанию анемического синдрома, присоединения, в дальнейшем, инфекционного процесса, полиорганной недостаточности, что является практически некурабельным случаем, – резюмировал Константин Кондратчик.

– То есть вы считаете, что все проистекало логично для этого случая? – уточнил Леонид Печатников.
 – В данной ситуации – да, – ответил рецензент.
 После этого Леонид Печатников попросил высказать свою точку зрения на рассматриваемый случай главного внештатного специалиста гематолога Вадима Птушкина:
 – Я вижу здесь две проблемы. Первая – причина лейкопении, тромбоцитопении. Да, при анорексии такие проблемы встречаются. Но столь тяжелое падение лейкоцитов и столь тяжелое снижение

Характерные гематологические изменения у пациентов с анорексией:

- анемия – 30% пациентов;
- нейтропения – 25% пациентов;
- тромбоцитопения – 10% пациентов.

тромбоцитов встречается достаточно редко. Поэтому здесь надо подумать о какой-то второй причине. Возможно, это лекарственная тромбоцитопения и лейкопения, с которой мы встречаемся нередко. Но указаний четких о приеме лекарственных препаратов непосредственно перед этим эпизодом нет. А то, что представляется чрезвычайно важным, это рассмотреть адекватность противомикробной терапии в условиях реанимационного отделения. У пациентки имелась классическая картина

фебрильной нейтропении, которая была выделена еще более 50 лет назад. А именно, снижение числа гранулоцитов менее 500 клеток и какие-то признаки инфекции. Здесь ничего не говорилось о температуре, но были явные клинические признаки проградияльного усиления прогрессирования инфекционного процесса. Первая схема – Цефтриаксон. Сразу должен сказать, что до того момента, пока глубоко не упали лейкоциты, этот препарат является адекватным. Появились признаки прогрессии инфекции, в том числе по биохимическим маркерам. Терапия была изменена на Меропенем, это абсолютно адекватная антибактериальная терапия для фебрильной нейтропении. А дальше продолжили лечить с добавлением препарата на грамм плюс Линезолид.

Таблица 5. Динамика биохимического анализа крови

Дата	Общий белок, г/л	Альбумин, г/л	Билирубин общ., мкмоль/л	Глюкоза, ммоль/л	АЛТ, ЕД/л	АСТ, ЕД/л	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л	ПСТ, нг/мл
12.01.16	71	45	15,9	2,81	111	116	21,4	85	
16.01.16	72	40	27,2	0,6/6,6	231	248	14	82	
18.01.16	60	36,7	23,8	7,0	198	195	10,8	66	<0,5
19.01.16			19,0	9,0	162	144	5,5	45	
20.01.16	57		19,4	7,9	174	183	4,5	143	
21.01.16	57		14,9	9,2	400			34	
22.01.16	51	24	15,9	7,9	758	1219	6,6	34	
23.01.16	48	26,9	16	8,0	933	1150	7,8	43	>0,5
24.01.16	31	14	16	2,9			12,6	110	<10
25.01.16		24	57,9	3,3	2130	4500	15,8	113	
26.01.16	48	26	53,2	6,2	1110	1830	20,1	135	
27.01.16	52	26	41,5	10,5	688	894	25,5	155	

Но еще в 1982 году Филл Пица сделал достаточно интересное исследование, которое никто не решается повторить. Пациентам с фебрильной нейтропенией, то есть тем, у кого лейкоциты были менее 500 клеток и сохранялись признаки инфекции более 72 часов, либо был добавлен эмпирический антигрибковый препарат, либо продолжена та же самая терапия, либо вообще антибактериальная терапия была отменена. В результате в тех группах, где был не добавлен эмпирический антибактериальный препарат, умерли более 50% пациентов. А в той группе, которая получила эмпирический антигрибковый препарат, смертность составила 15%. На сегодняшний день для таких пациентов правилом является эмпирическая противогрибковая терапия. И с этой точки зрения этот случай требует достаточно серьезного осмысления. Мы имеем очень жесткие критерии ведения пациентов с фебрильной нейтропенией. У нас есть достаточно малотоксичные противогрибковые препараты. И поэтому рассматривать назначение этих препаратов необходимо обязательно. И, кроме того, в группе пациентов, у которых есть тяжелое снижение лейкоцитов, назначение колониестимулирующих гранулоцитарных факторов является тоже обязательным.

Следующим выступил главный штатный детский анестезиолог-реаниматолог Иван Острейков:

– Основные замечания у меня по ведению пациентки связаны с подходами назначения инфузионной терапии, с расчетом. Мы рассчитываем из физических потребностей, плюс патологические потери. Но самое основное, какие это физические потребности? Пациентке почти 16 лет, значит, у нее физиологические потребности не 70 миллилитров, как наметили в отделении реанимации, а 50. Второе – парентеральное питание. Была рекомендация его ограничить, и гастроэнтерологи говорят, что питание через рот лучше. Конечно, лучше. Но с такой больной как можно подтвердить, что то, что мы вводим в желудок, усваивается? Парентеральное питание позволяет определить, как глюкоза нарастает, есть ли жир в плазме. Можно посмотреть и определить дозу и подобрать минимальную.

Главный внештатный специалист детский гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы Эльмира Алиева сделала акцент на том, что рассматриваемое заболевание – пограничное между психиатрией и педиатрией:

– Замечаний по ведению больной у меня нет. Но я хочу отметить тот факт, что каждый пациент болеет по-своему. И каждое заболевание протекает у каждого индивидуально. То, что мы видим, – не классическая форма анорексии невроза, с которой у нас много пациентов находятся в гастроэнтерологических отделениях. И даже самых тяжелых иногда мы вытаскиваем. Естественно, здесь многофакторность имела место. Нервная анорексия является не только медицинской, но и социальной проблемой (пик в подростковом возрасте, высокая смертность, отсутствие специализированных реабилитационных центров для детей и подростков). Представленный клинический случай показывает необходимость в мультидисциплинарном подходе и длительной реабилитации данных пациентов.

Главный внештатный специалист по патологической анатомии (детская сеть) Елена Туманова подчеркнула, что нейрогенная анорексия имеет высокий уровень смертности.

– Когда принимают слабительные, мочегонные, причиной смерти часто становится сердечная аритмия – внезапная смерть, – напомнила рецензент. – В первую очередь, за счет электролитных нарушений. А анорексия приводит к метаболическим и гематологическим отклонениям. Гематологические различные – от легкой степени анемии до тяжелой панцитопении. В литературе описано, что при анорексии возникает желтонозая или серозная трансформация костного мозга.

По ее мнению, проведя анализ клинических и морфологических данных, можно говорить о правомерности постановки диагноза «Нервная анорексия». Последним из рецензентов выступил главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы Игорь Колтунов. Он подчеркнул, что в стационарах пациентка лечилась по протоколу (алгоритму) ведения пациентов с нервной анорексией в условиях стационара, разработанному в свое время сотрудниками кафедры питания детей и подростков РМАПО МЗ РФ, врачами Морозовской ДГКБ ДЗМ и НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой.

По мнению Игоря Колтунова, факторами, усугубившими течение заболевания, стали: отсутствие преемственности между амбулаторным и стационарным ведением пациентки и невозможность одно-временной коррекции психических расстройств в полном объеме и тяжелых соматических нарушений в педиатрическом стационаре.

– Качественная медицинская многопрофильная помощь, оказанная пациентке в 2015 г. в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» и ГБУЗ «НЦП ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», нивелировалась из-за отказа родителей от амбулаторного наблюдения в ПНД, – подчеркнул рецензент. – Следствием этого стали обострение заболевания и повторная госпитализация в неотложном состоянии, перешедшем в критическое, с развитием полиорганной недостаточности и фатальным исходом.

В качестве предложения по улучшению профильной медицинской помощи Игорь Колтунов высказал идею организации психосоматического отделения в детском многопрофильном стационаре (в настоящее время такие отделения есть только во «взрослых» стационарах ДЗМ).

Психосоматические и соматопсихиатрические койки буду предназначаться для пациентов, которые в силу выраженности психопатологической симптоматики не могут находиться в общесоматическом отделении, но нуждаются в активном лечении соматических заболеваний и травм, которое не может быть осуществлено в условиях психиатрического стационара.

В многопрофильном стационаре на психосоматических койках могут осуществляться:

– диагностика и лечение острых и хронических соматопсихических расстройств с использованием современных методов и средств;

– консультативная амбулаторная помощь по вопросам профилактики, диагностики и лечения сочетанной психической и соматической патологии с возможностью динамического наблюдения профильных пациентов.

Важное дополнение к обсуждению высказала директор НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой Марина Бибичук:

– На мой взгляд, важно обратить внимание на то, что в данном случае пациентка и ее родители избегали врача-психиатра в том виде, в котором сегодня эта помощь существует. Более того, избегали врача-психиатра не только родители и сам ребенок, но и наши коллеги. Именно поэтому помощь психиатра была предложена поздно. Для меня это означает, что вопросами стигматизации психиатрической помощи в целом нужно заниматься в масштабах города.

Итог обсуждению подвел Леонид Печатников:

– Мы редко обращаемся к психиатрическим случаям. Нас упрекают в том, что мы вообще трогаем психиатрию, у нас в психиатрии все хорошо же, все чудесно. Но у нас не все хорошо с психиатрией. И детской психиатрией надо заниматься в том числе.

Очевидно, что надо продумать, как сделать так, чтобы в наших детских стационарах был консультант-психиатр. И, конечно, необходимо совершенствовать систему диспансерного наблюдения психиатрических пациентов, не только детей, но и взрослых. Мы их выписываем из психиатрических больниц, а затем на амбулаторном этапе не понимаем, соблюдает ли пациент назначения врача. Мы не понимаем, принимают они таблетки, не принимают таблетки. Думаю, объединение психиатрических стационаров и диспансеров надо завершить, чтобы ведение пациента на амбулаторном этапе было в зоне ответственности главного врача больницы.

Если вернуться к пациентке, то мне все-таки до конца не ясен танатогенез в данном случае. Она не умирала, как умирают люди от кахексии, это не совсем типичный случай. Печень вполне благополучная... Тетоасцит. Мне кажется, что здесь на фоне полиорганной недостаточности



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

www.niiozmm.org

КВАЛИФИКАЦИЯ
МЕНЕДЖМЕНТ
НАУКА
МЕДИЦИНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ПОЛИКЛИНИКА
АНАЛИЗ ПАЦИЕНТА
МОСКВА
МЕТОДОЛОГИЯ
МНЕНИЯ
СТРАТЕГИЯ
ПАРТНЕРСТВО
ПРОГНОЗ
ЛЕКАРСТВА
СОТРУДНИЧЕСТВО
ВРАЧ
ТРЕНИНГИ
МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА
МАРШРУТИЗАЦИЯ
СТАТИСТИКА
НАПРАВЛЕНИЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ
РЕШЕНИЕ

мы видим выраженную проблему с поджелудочной железой. И я думаю, что, вероятнее, до этого начались проблемы со щитовидной железой у пациентки. Думаю, что у нее развивался еще и гипотиреоз. Доказательств у меня нет, просто я думаю, что полиорганность, эндокринопатия, как раньше это называли, вероятно, имела место. Конечно, основное заболевание мы не подвергаем сомнению, но нюансы лечения препаратами, которые обладают миелотоксичным действием, нужно учитывать. Теперь понятно, что прерывистые курсы антидепрессантов могут еще больше потенцировать эффект, в том числе и эффект миелотоксичности.

Надо также помнить, что такие случаи не так уж и редки. И нужно делать все возможное, чтобы их предотвращать. Здесь не на руку нам играет «многоведомственность» московского здравоохранения.

Нужно, конечно, выходить на тех врачей, которые ведут пациентов, где бы они ни работали. Это не просто, но надо искать и находить все по истории болезни пациента.

В данном случае, может быть, можно было что-то сделать, если бы частно практикующий психиатр с нами связался до того, как вызвал «03».



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**