

УДК 616.89-056.34:615.86:336.581.2 "363"]-021.351.-048.34  
DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7317886>

*В. В. Огоренко, Р. М. Тимофєєв, А. В. Шорніков*

## ОПТИМІЗАЦІЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Дніпровський державний медичний університет

В. В. Огоренко ORCID 0000-0003-0549-4292  
Р. М. Тимофєєв ORCID 0000-0001-8091-9735  
А. В. Шорніков ORCID 0000-0001-8196-9128

**Summary.** Ogorenko V. V., Timofeev R. M., Shornikov A. V. **PSYCHIATRIC AID OPTIMIZATION WITH LIMITED FINANCIAL RESOURCES.** - *Dnipro State Medical University; e-mail:* The article examines issues of optimizing the provision of psychiatric care to the population of Ukraine under the conditions of limited resources as a result of both the COVID-19 pandemic and military actions. The purpose : to offer specific organizational steps that will allow more effective use of limited available resources in providing psychiatric care to the country's population. 12 steps of an organizational nature are proposed, which do not require significant additional funding but can improve the efficiency of using limited resources. The above recommendations can be implemented by orders of the Ministry of Health, orders of the hospital, distributed through thematic improvement courses or professional schools at the departments of postgraduate education of institutions of higher medical education. It is proposed to take the development of evidence-based medicine and economic expediency as the basis of the changes. It is proposed to use drugs (within the framework of state programs) and examination methods with proven high efficiency, to limit hospitalization to psychiatric hospitals for urgent indications or the need for an inpatient examination. It is also possible to abandon routine research methods by organizing them at the primary level of care. The recommended measures have a scientific basis, but are preliminary and require professional discussion of all interested parties: mental health care organizers, scientists, psychiatrists, and representatives of patient communities and organizations.

**Key words:** psychiatry, reimbursement, organization of care, COVID-19, military actions.

**Реферат.** Огоренко В. В., Тимофєєв Р. М., Шорніков А. В. **ОПТИМІЗАЦІЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.** В статті розглядаються питання оптимізації надання психіатричної допомоги населенню України в умовах обмежених ресурсів внаслідок як пандемії COVID-19, так і воєнного стану. Мета: запропонувати певні організаційні кроки, які дозволять ефективніше використовувати наявні обмежені ресурси в наданні психіатричної допомоги населенню країни. Запропоновано 12 кроків організаційного характеру, які не потребують суттєвого додаткового фінансування, проте можуть покращити ефективність використання обмежених ресурсів. Наведені рекомендації можуть бути імплементовані наказами Міністерства охорони здоров'я, наказами по лікарні, розповсюджені через курси тематичного вдосконалення або фахові школи на кафедрах післядипломної освіти закладів вищої медичної освіти. В основі змін пропонується взяти напрацювання доказової медицини та економічну доцільність. Пропонується використовувати препарати (в рамках державних програм) та методи обстеження лише з доведеною високою ефективністю

обмежувати госпіталізацію до психіатричних стаціонарів лише невідкладними показаннями або необхідністю проведення стаціонарної експертизи. Також можливо відмовитися від рутинних методів дослідження, організуючи їх проведення на первинному рівні надання допомоги. Рекомендовані заходи мають наукове обґрунтування, але несуть попередній характер та вимагають фахової дискусії усіх зацікавлених сторін: організаторів охорони психічного здоров'я, науковців, лікарів-психіатрів та представників пацієнтських спільнот та організацій.

**Ключові слова:** психіатрія, реімбурсація, організація допомоги, COVID-19, війна.

**Актуальність.** Оптимізація надання психіатричної допомоги вже багато років є одним з головних питань у психіатричній спільноті. «Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» серед проблем, які потребують вирішення виділяє відсутність системи профілактики психічних розладів, відсутність системного впровадження галузевих та міжгалузевих стандартів у сфері охорони психічного здоров'я; надмірну зосередженість допомоги у сфері психічного здоров'я у спеціалізованих закладах охорони здоров'я, обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки у сфері психічного здоров'я та надання допомоги особам з проблемами психічного здоров'я, а також відсутність ефективного адміністрування та моніторингу у сфері охорони психічного здоров'я [1].

Особливого значення ці проблеми набули під час пандемії COVID-19 та під час воєнного стану, коли нові зміни, викликані локдаунами та іншими обмеженнями, підкреслили проблемні моменти у наданні психіатричної допомоги. Серед основних проблем у організації психіатричної допомоги під час локдауну виділяють: соціальне дистанціювання та ізоляцію, стигматизацію, надмірне навантаження на медичних працівників.

Метою роботи було, виходячи з виявлених проблем надання психіатричної допомоги, запропонувати певні кроки, які не потребуватимуть значних фінансових зусиль від системи охорони здоров'я, проте разом з тим покращать якість і доступність допомоги, дозволять ефективніше використовувати наявні обмежені ресурси.

**Результати та їх обговорення.** Для оптимізації надання психіатричної допомоги в умовах фінансових обмежень ми пропонуємо наступні 12 кроків:

1. Для країн з перехідною економікою, до яких належить і Україна, оптимальною стратегією в сфері охорони здоров'я є профілактика захворювань, а не їх лікування. З усіх можливих видів психопрофілактики лікар-психіатр може вплинути лише на вторинну (рання діагностика та лікування з метою зменшення ускладнень хвороби та її хроніфікації). На нашу думку основним заходом вторинної профілактики, окрім раннього виявлення, є призначення психотропних препаратів в адекватній дозі та на необхідний час лікування даної патології згідно з протоколів та клінічних настанов.

2. Не використовувати або дуже обережно використовувати для скринінгу різні психометричні шкали (наприклад PHQ-9 або MMSE) та дані інструментальних та лабораторних методів дослідження, в зв'язку з тим, що шкали не мають 100% чутливості та специфічності, і згідно з теоремою Байєса (дивись вкладку 1) [2], прогностична цінність тесту

**Теорема Байєса.**

Післятестова імовірність захворювання: при позитивному результаті тесту/шкали —  $PIX = \frac{\text{пре} \times \text{чут}}{\text{пре} \times \text{чут} + (1 - \text{чут}) \times (1 - \text{спец})}$ ; при негативному результаті тесту/шкали —

$PIX = \frac{\text{пре} \times (1 - \text{чут})}{\text{пре} \times (1 - \text{чут}) + [(1 - \text{пре}) \times (1 - \text{спец})}$ , де: «PIX» — післятестова імовірність захворювання; «пре» — передтестова імовірність хвороби; «чут» — чутливість тесту/шкали; «спец» — специфічність тесту/шкали.

Рис. 1. Теорема Байєса

буде дуже сильно залежить від претестової імовірності захворювання (розповсюдженості захворювання).

Можемо проілюструвати цю тезу на прикладі використання шкали MMSE (дивись табл. 1) для скринінгу депресії в різних вікових групах при взятті точки відсічі для шкали MMSE 23 бали та нижче, з урахуванням розповсюдженості деменції в різних вікових групах в Східній Європі [3].

Таблиця 1.

Захворюваність (%) на деменцію літніх осіб, що проживають на території Східної Європи, залежно від віку

Вік, років	ПД при «+» результаті тесту, %	ПД при «-» результаті тесту, %
60-64	37	1,3
65-69	42	1,9
70-74	64	4,7
75-79	81,9	8
80-84	86	16,7
85+	93,5	44
Усі за 60 років	76	8,3

Примітка: ПД «+» — післятестова ймовірність деменції при позитивному результаті; ПД «-» — післятестова ймовірність деменції при негативному результаті

З цієї таблиці ми можемо побачити, що виходячи з отриманих даних, післятестова імовірність деменції залежить від віку пацієнта. Більшість хибнопозитивних результатів отримано у віковій групі 60-64 роки, а більшість хибнонегативних – в групі 85+. Оптимальне прогностичне значення шкали спостерігається у віковій групі 75-79 років.

З цього слідує, що використання шкали MMSE для скринінгу деменції без урахування вікових груп, призводить або до гіпердіагностики та надмірного використання і так обмежених коштів, або до гіподіагностики та появи ускладнень або хроніфікації хвороби, що також буде коштувати державі дуже дорого. В клінічних протоколах слід вказувати післятестову імовірність захворювання при позитивному та негативному результаті тесту, та вказувати цільові групи в яких бажано використовувати вказані методики.

3. Віддавати перевагу амбулаторному лікуванню, як більш економному. Госпіталізація в психіатричні стаціонари повинна проводитися тільки в особливих випадках. Наприклад показами для госпіталізації можуть бути: психічний розлад внаслідок якого хворий представляє загрозу для себе або для оточуючих, не може підтримувати життєдіяльність на необхідному рівні, у хворого відсутній комплаєнс щодо прийому ліків (відсутність критики до захворювання), експертні питання (наприклад військова або трудова експертиза), з обов'язковим зазначенням причини госпіталізації в історії хвороби.

4. Оптимізація списку гарантованих державою ліків які використовуються для лікування психічних розладів в амбулаторних та стаціонарних умовах. Наприклад можна використовувати наступний перелік психотропних ліків як для амбулаторного так й для стаціонарного лікування: рісперідон, галоперідол, клозапін, модітен-депо, флуоксетін, кломипрамін, амітриптилін, карбамазепін, вальпроева кислота, літій, діазепам, буспірон, налтрексон, дисульфірам, метадон, тригексифініділ, амантадин, донепезил, мемантин та нікотинний пластир. Цей список ліків частково збігається з переліком зразкових основних лікарських препаратів ВООЗ [4]. Призначення інших ліків на прохання хворого або в зв'язку з іншою необхідністю за кошти пацієнта.

5. Викорінення поліпрогмазії як при амбулаторному так й при стаціонарному (особливо) лікуванні. Усі психотропні препарати мають приблизно, за рідким виключенням, однакову ефективність (при призначенні в адекватному дозуванні), а відрізняються тільки профілем ускладнень та ціною. Призначення декількох препаратів в більш низьких дозах нічого не додає в ефективності, але збільшує ризики розвитку побічних ефектів та ускладнень, що в свою чергу призводить до призначення додаткових ліків та обстежень.

Більшість психотропних препаратів метаболізуються в системі цитохромів P 450 у печінці. Деякі психотропні препарати посилюють мікросомальне окислення (наприклад барбітурати, карбамазепін, нейролептики, діазепам, ТЦА), деякі інгібують окислення в системі цитохромів (наприклад вальпроєва кислота) що може призводити до появи побічних ефектів або неефективності лікування. З метою запобігання конкурентного інгібування ферментів печінки та появи побічної дії при сумісному призначенні психотропних препаратів не можна застосовувати препарати, які метаболізуються одним сімейством ізоферментів цитохрому P-450 (таблиця 2) [5].

Таблиця 2.

Метаболізм деяких психотропних ліків

P-450IA2	P-450IC19	P-450IC9\10	P-450ID6	P-450IIA4
Клозапін, галоперідол			Клозапін, галоперідол, рісперідон, тіоридазин, флупентиксол	
Амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін, флувоксамін	Амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін, флувоксамін, моклобемід, флуоксетин	моклобемід, флуоксетин	Амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін, моклобемід, флуоксетин, міансерін, тразодон, сертралін, пароксетин, венлафаксин	Амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін, флувоксамін, флуоксетин
	Діазепам			Діазепам
	Дифенін			Карбамазепін
	Фенобарбітал			

6. Для лікування хворих з психіатричною патологією призначати (по можливості) препарати з класом доказів I та рівнем доказовості A (табл. 3). [6]

Таблиця 3.

Градація доказів щодо корисності втручання

Клас доказів	
I	Є докази того, що втручання беззаперечно діє або є загальне погодження, що втручання є дієвим
II a	Переважають докази на користь втручання
II b	Користь втручання недостатньо переконливо підтверджено
III	Є докази, що втручання не є ефективним, або завдає шкоду
Рівні доказовості	
A	Джерелом доказів є декілька рандомізованих та контрольованих клінічних досліджень
B	Джерелом доказів є поодинокі рандомізовані та контрольовані дослідження або тільки контрольовані дослідження
C	Думка експертів або результати дослідження серії випадків

Наприклад для лікування алкогольної залежності бажано використати лікування налтрексоном (клас доказовості A) а не дисульфірамом (клас доказовості B) або акампросатом (клас доказовості C). [7] Також необхідно зазначати клас доказів та рівні доказовості в клінічних протоколах та настановах, щоб лікар наочно бачив більш дієві препарати або методики лікування.

7. Відмова від паління. Психічні розлади є факторами ризику паління, тому дуже багато психічно хворих палять. Відмова від паління не тільки покращить фізичне здоров'я та знизить ризик серцево-судинних захворювань. Через те, що тютюновий дим індукує цитохром Р-450ІА2 печінки, прискорюється метаболізм багатьох психотропних препаратів, що призводить до зниження їх концентрації в плазмі крові та зменшення фармакологічної ефективності. В подальшому це потребує збільшення дози цим хворим і, як наслідок, підвищує вартість лікування [8]. Тому лікування тютюнопаління повинно обов'язково проводитися серед психічно хворих.

8. Коригування побічних ефектів (по можливості) зниженням дози або зміною препарату, а не призначенням препаратів-кореторів. Наприклад, призначення тригексифенідилу при появі неврологічних побічних ефектів внаслідок прийому нейролептиків не є правильною стратегією, оскільки центральні холінолітики знижують ефект від прийому нейролептиків. Тому більш доцільно було би знизити дозу, а не призначити додаткове лікування, яке тільки збільшує вартість лікування, нічого не додаючи до ефективності. Ми можемо рекомендувати наступний алгоритм (дивись рис. 2).

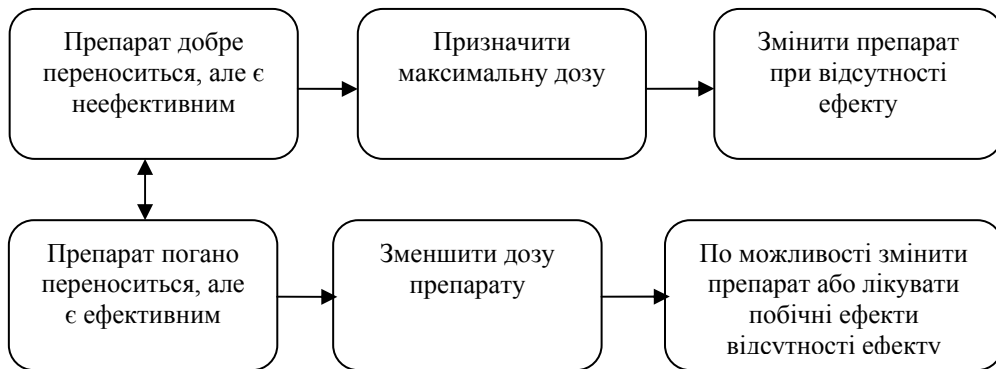


Рис. 2. Алгоритм зміни психотропних препаратів

9. Відмінити обов'язкові клінічні обстеження, наприклад загальний аналіз крові (ЗАК), загальний аналіз сечі (ЗАС), дослідження калу на яйця гельмінтів тощо, та дозволити більш гнучке призначення лабораторних та інструментальних досліджень. Рутинне обстеження зазвичай рідко щось виявляє, а через наявність хибнопозитивних та хибнонегативних результатів, а також через те, що деякі люди мають клінічно незначні відхилення від норми, може привести до додаткових обстежень та непотрібних консультацій, що підвищує суттєво вартість лікування. Треба прив'язати обов'язкові додаткові дослідження до того препарату який призначається хворому, і який має суттєвий негативний вплив на певні органи чи системи. Наприклад при призначенні рисперидона більш актуальним та економічно обґрунтованим є призначення виявлення рівня глюкози у крові та ЕКГ (інтервал QT), ніж ЗАК та ЗАС, а при лікуванні карбамазепіном, більш розумним є призначенні ЗАК та БАК, ніж ЕКГ та вимірювання рівня глюкози.

10. Не призначати багато тестів або лабораторних досліджень в зв'язку з збільшенням хибно позитивних результатів. Більшість тестів які використовуються у медицині є кількісним і мають деякий інтервал значень яких характерний для здорових людей. За загальною згодою, в медицині «нормальний інтервал» охоплює 95 % населення, а 2,5 % здорового населення будуть мати показники більше, та 2,5 % менше «нормального інтервалу» і при цьому вони не будуть хворими. Таким чином при тестуванні або лабораторному дослідженні здорової людини існує 5% імовірність, що його показники будуть виходити за межу «нормального інтервалу», а якщо ви проводите 2 аналізи або тести, то імовірність відхилень збільшується вже до 10 % і так далі [2], що в кінцевому випадку підвищує ціну лікування внаслідок призначень додаткових методів дослідження та непотрібних консультацій суміжних спеціалістів.

11. Використання експериментально-психологічного дослідження не усім хворим, а лише за показами, коли неможливо клінічно виявити порушення характерні для

шизофренії, органічних психічних розладах, олігофренії, розладів особистості або при проведенні експертиз (наприклад для оцінки рівня розумової недостатності). Недоцільно проводити експериментально-психологічне дослідження хворого при шизофренії, якщо розлади мислення можна виявити під час бесіди, тож в цьому випадку додаткове параклінічне дослідження нічого не додає до діагнозу але потребує додаткових коштів.

12. Не призначати одночасно психофармакотерапію та психотерапію. При багатьох психічних розладах де застосовується психотерапія, одночасне застосування ліків з психотерапією є не більш ефективним ніж застосування окремо психофармакотерапії або психотерапії, а ціна лікування значно збільшується.

**Висновок.** Вказані вище заходи можуть бути з легкістю виконані та не потребують додаткового фінансування та можуть бути реалізовані наказами МОЗ або наказами по лікарні та підвищенням рівня лікарів на курсах тематичного удосконалення. Вказані заходи є науково обґрунтованими, але носять попередній характер та потребують дискусії усіх зацікавлених сторін.

#### **Література/References:**

1. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. Український вісник психоневрології. 2018. Vol. 26, No. 1. С. 127–130.

2. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 1: / за ред. С. Г. Ралстон, Я. Д. Пенман, М. В. Дж. Стрекен, Р. П. Гобсон. Київ: Медицина, 2020. 258с.

3. Спіріна, І. Д., Тимофєєв, Р. М., Шорніков, А. В. Оптимізація скринінгу і діагностики деменції у літніх пацієнтів з урахуванням післятестової ймовірності захворювання. Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, №4. С. 79–81.

4. World Health Organization Model List of Essential Medicines – 22nd List, 2021: Geneva: World Health Organization, 2021. 66с.

5. Малин, Д. И. Побочное действие психотропных средств: Москва: Вузовская книга, 2000. 208с.

6. Москаленко, В. Ф., Булах, І. Є., Пузанов, О. Г. Методологія доказової медицини: Київ: Медицина, 2014. 200с.

7. Клінічні рекомендації з надання медичної допомоги пацієнтам з неврологічними, психічними та поведінковими розладами: / за ред. П.В. Волошина, І.В. Лінського, Н.О. Марути та ін. Харків: Видавець Строков Д.В., 2021. 376с.

8. Остапєць, М. О. Вплив тютюнопаління на біотрансформацію лікарських засобів. 2019.

#### **References**

1. The concept of development of mental health care in Ukraine for the period until 2030. Ukrainian Herald of Psychoneurology. 2018. Vol. 26, No. 1. С. 127–130.

2. Medicine according to Davidson: principles and practice: 23rd edition: in 3 volumes. Volume 1: / edited by S. G. Ralston, J. D. Penman, M. W. J. Strecken, R. P. Hobson. Kyiv: Medicine, 2020. 258с.

3. Spirina, I.D., Timofeev, R.M., Shornikov, A.V. Optimization of screening and diagnosis of dementia in elderly patients taking into account the post-test probability of the disease. Ukrainian Herald of Psychoneurology. 2018. Vol. 26, No. 4. С. 79–81.

4. World Health Organization Model List of Essential Medicines – 22nd List, 2021: Geneva: World Health Organization, 2021. 66с.

5. Malyn, D. I. Side effect of psychotropic drugs: Moscow: University book, 2000. 208с.

6. Moskalenko, V.F., Bulak, I.E., Puzanov, O.G. Methodology of evidence-based medicine: Kyiv: Medicine, 2014. 200с.

7. Clinical recommendations for providing medical care to patients with neurological, mental and behavioral disorders: / edited by P.V. Voloshina, I.V. Lynskoho, N.O. Maruty and others. Kharkiv: Publisher Strokov D.V., 2021. 376с.

8. Ostapets, M.O. The effect of smoking on the biotransformation of medicinal products. 2019.

Робота надійшла в редакцію 17.07.2022 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування