



**ЕВРОПА**

**Какими фактическими данными мы  
располагаем об эффективности  
повышения потенциала медицинских  
работников первичного звена в области  
выявления и ведения пациентов с  
депрессией и улучшения результатов их  
лечения?**

Декабрь 2004 г.

## РЕЗЮМЕ

Настоящая работа является сводным докладом Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), посвященным анализу эффективности различных методов повышения потенциала работников первичной медицинской помощи в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения

В настоящее время имеется значительный объем фактических данных о том, что такие подходы, как совместное оказание медицинской помощи, комплексное ведение больных, поэтапная медицинская помощь, позволяют улучшать показатели соблюдения режима лечения и клинические результаты лечения. Клиническое образование медицинского персонала, а также разработка, распространение и использование рекомендаций в отрыве от других подходов, как правило, являются неэффективными стратегиями. Почти повсеместно фактические данные указывают на то, что улучшение результатов, наблюдаемое при осуществлении успешных стратегий, связано с повышением расходов на медицинское обслуживание.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи, в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:

Gilbody S (2004) Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения? What is the evidence on effectiveness of capacity building of primary health care professionals in the detection, management and outcome of depression? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E85243.pdf>, accessed 15 December 2004).

### Ключевые слова

ДЕПРЕССИЯ - диагностика-лечение  
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-  
САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ –  
организация и управление  
МЕДИКО-САНИТАРНЫЙ  
ПЕРСОНАЛ – обучение  
КАЧЕСТВО МЕДИКО-  
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ  
МЕТА-АНАЛИЗ  
МЕТОДЫ В ПОДДЕРЖКУ  
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ  
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: [permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int);  
по поводу получения копий публикаций - по адресу: [publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int);  
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: [pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int).

По обычной почте Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

**©Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.**

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения..

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

## СОДЕРЖАНИЕ

Резюме .....	5
Существо вопроса .....	5
Фактические данные .....	5
Рекомендации в отношении политики .....	5
Введение .....	6
Источники информации, использованные при подготовке данного обзора.....	7
Результаты исследований и другие фактические данные.....	8
Обучение и подготовка работников первичного звена здравоохранения.....	8
Совместное оказание медицинской помощи.....	9
Улучшение качества.....	10
Комплексное ведение больных.....	11
Методические рекомендации .....	12
Поэтапная медицинская помощь .....	12
Профилактика рецидивов депрессии .....	13
Фактические данные: проблемы и противоречия.....	13
Экономическая эффективность действий, направленных на усиление лечебно-профилактической помощи пациентам с депрессией.....	14
Потенциальные социальные последствия.....	16
Обсуждение .....	17
Убедительность фактических данных .....	18
Выводы .....	18
Приложение 1: Организационные и образовательные подходы к улучшению качества медицинской помощи.....	20
Литература .....	22

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

## **Резюме**

### **Существо вопроса**

Депрессия – это распространенная проблема здравоохранения, которой в основном занимаются на уровне первичной медико-санитарной помощи с незначительной или вообще без какой-либо поддержки со стороны вторичного звена здравоохранения. Качество оказываемой помощи зачастую является низким и характеризуется такими проблемами, как низкий уровень распознавания этого состояния, неадекватное назначение лекарственных средств, неадекватный прием назначенных лекарственных средств, а также низкий уровень назначения и использования психологической помощи. Рекомендуемые вмешательства обычно включают следующие: клиническое обучение, разработка и использование методических рекомендаций, организация лечения на основе создания отношений партнерства, скоординированное ведение пациентов, поэтапная помощь.

### **Фактические данные**

В настоящее время имеется значительный объем фактических данных о том, что такие подходы, как организация лечения на основе партнерства, скоординированное ведение пациентов, поэтапная помощь, позволяют улучшать показатели соблюдения режима лечения и клинические исходы. Клиническое образование и использование рекомендаций в отрыве от других подходов, как правило, являются неэффективными стратегиями. Почти повсеместно фактические данные указывают на то, что улучшенные результаты успешных стратегий связаны с повышением расходов на медицинское обслуживание.

### **Рекомендации в отношении политики**

Имеются значительные возможности для улучшения качества и результатов первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в случае депрессии. Для повышения качества медицинской помощи потребуются значительные инвестиции в службы первичной медико-санитарной помощи и реструктуризация функций первичного и вторичного уровней медицинского обслуживания и отношений между ними. Некоторые вмешательства, такие, например, как координируемое сестринское ведение пациентов, может быть относительно малозатратным и легко осуществляться во многих звеньях здравоохранения. Для улучшения результатов медицинской помощи потребуется вложение больших объемов ресурсов в службы первичной медико-санитарной помощи, чем это в настоящее время наблюдается во многих системах здравоохранения.

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

**Автором данного сводного доклада СФДЗ является:**

Dr Simon Gilbody

DPhil MRCPsych, старший лектор

Исследования работы служб по охране психического здоровья

Научный отдел психиатрии

Лидсский Университет

LS2 9JT

United Kingdom

[s.m.gilbody@leeds.ac.uk](mailto:s.m.gilbody@leeds.ac.uk)

tel ++44 113 3431899

fax ++44 113 2433719

## **Введение**

От депрессии страдает 5-10% населения и она является третьей по счету среди наиболее распространенных причин обращений к работникам первичной медико-санитарной помощи (2) и в ближайшем будущем она станет второй ведущей причиной инвалидности в глобальном масштабе (1). Пациенты с депрессией получают лечебно-профилактическую помощь в первичных звеньях здравоохранения, однако, методы выявления, диагностики и затем лечения депрессии и последующего наблюдения за пациентами далеко не всегда соответствуют наилучшей практике (3-5). Так, например, депрессия часто не диагностируется на первичном уровне среди пациентов, обратившихся за помощью по поводу соматических, нежели эмоциональных проблем. Даже когда диагноз депрессии поставлен, во многих случаях антидепрессанты назначаются либо необоснованно, либо в неправильной дозировке. Показатели прекращения лечения весьма высоки, динамическое наблюдение за больными неадекватно, а возможности проведения основанного на фактических данных лечения используются недостаточно. Каждый из этих факторов неблагоприятно сказывается на результатах лечения больных. Именно поэтому улучшение тактики ведения депрессии на первичном уровне здравоохранения является центральным элементом проводимой ВОЗ стратегии охраны психического здоровья (6).

На уровне первичной медицинской помощи расходы, связанные с депрессией, частично обусловлены возрастающим спросом на консультативную, лечебно-профилактическую и иную помощь, непосредственно относящуюся к депрессии. Ситуация часто осложняется еще больше, когда депрессия остается нераспознанной и пациенты обращаются к врачу с соматическими, а не психологическими симптомами (или теми и другими) (7). Больные депрессией часто также имеют и физические нарушения, а неполное или неадекватное лечение депрессии ассоциируется с худшим прогнозом лечения физических нарушений и возрастающим использованием ресурсов (8), в частности в результате большего числа направлений на вторичный уровень (9). Связанное с депрессией экономическое бремя для всего общества включает такие составляющие, как экономические трудности для иждивенцев и лиц, осуществляющих уход, сниженная производительность, а также снижение качества и продолжительности жизни и способности выполнять повседневные функции. Согласно недавно проведенной оценке, связанные с депрессией ежегодные

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

прямые и косвенные расходы составляют 83 млрд. долл. США в Соединенных Штатах Америки (10) и 9 млрд. фунтов стерлингов в Соединенном Королевстве (11), при этом косвенные расходы превышают расходы, связанные непосредственно с лечением, в 20 раз.

Чтобы улучшить диагностику и лечение депрессии на уровне первичной медико-санитарной помощи было предложен целый ряд организационных и образовательных стратегий, направленных на медицинских работников, например:

- образовательные стратегии, направленные на работников первичных звеньев здравоохранения (3);
- руководящие принципы клинической практики и стратегии их реализации (12);
- комплексное ведение больных, предусматривающее усиление роли неврачебного медицинского персонала, например, медсестер (13);
- консультирование, в том числе с образовательной целью, тех врачей общей практики, которые работают в более тесном контакте с клиницистами (14);
- совместное и поэтапное оказание медицинской помощи, основанное на улучшенном и более интегрированном сотрудничестве между первичными и вторичными службами медицинской помощи (13).

Данный сводный доклад представляет собой общий обзор клинической и экономической эффективности этих стратегий, а также анализ их последствий применительно к политике здравоохранения и клинической практике.

## **Источники информации, использованные при подготовке данного обзора**

При подготовке данного обзора был использован ряд высококачественных источников информации с целью поиска фактических данных, относящихся к клинической и экономической эффективности самых различных стратегий, направленных на улучшение организации и оказания первичной медицинской помощи больным депрессией. Так, помимо высококачественных систематических обзоров литературы автором был использован обзор результатов новых научных исследований. В соответствии с рекомендациями Кокрановской группы по эффективной практике и организации медицинской помощи при подготовке данного обзора были использованы результаты рандомизированных контролируемых исследований и контролируемых клинических испытаний, а также результаты анализа прерванных временных рядов (15). Следует отметить, что особое значение при этом придавалось результатам рандомизированных исследований.

При подготовке обзора был проведен поиск по систематическим обзорам и новым первичным исследованиям в следующих информационных источниках и электронных базах данных (за весь период их существования до сентября 2004 г.): Medline, Embase, Cinahl, PsycLIT, EconLIT, Cochrane Library, NHS Economic Evaluations Database (NHS EED), and the Database of Reviews of Effectiveness (DARE). При поиске данных были использованы термины, относящиеся к депрессии, первичной медико-санитарной помощи и стратегиям улучшения качества, основанным на стратегиях, разработанных Кокрановской группой по эффективной практике и организации медицинской помощи

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

(15) и центром анализа и распространения знаний при Национальной службе здравоохранения Соединенного Королевства (16, 17).

## **Результаты исследований и другие фактические данные**

Возрастает понимание того, что депрессия – это хроническая болезнь (13) и что популяционные стратегии, направленные на большое число людей с депрессией, получающих помощь исключительно на первичном уровне, являются наиболее эффективными в плане улучшения их медицинского обслуживания (18). Эти стратегии соответствуют ключевым рекомендациям Всемирной организации здравоохранения о том, что лечение наиболее распространенных проблем психического здоровья должно проводиться на первичном уровне (6).

Приведенные ниже фактические данные основываются главным образом на двух высококачественных систематических обзорах, посвященных ведению депрессии на первичном уровне оказания медицинской помощи (19, 20), а также на результатах дополнительного поиска среди недавно опубликованных исследований. Мы сейчас располагаем значительным объемом научных данных об оптимальных методах организации и оказания первичной медицинской помощи больным депрессией, главным образом в США, в связи с чем следует помнить об ограничениях, связанных с экстраполяцией этих данных. Благодаря проделанной работе были найдены данные о ряде подходов, позволяющих улучшить систему организации и оказания медицинской помощи больным депрессией на первичном уровне. Краткое описание этих подходов приводится ниже, а резюме определений, относящихся к этим подходам, дается в приложении 1.

## **Обучение и подготовка работников первичного звена здравоохранения**

Проведено несколько крупных исследований образовательных стратегий, направленных на улучшение практики ведения больных с депрессией. Первое и наиболее известное из этих исследований было проведено в середине 1980-х годов на шведском острове Готланд. Ситуация с ведением больных депрессией на этом острове была неблагоприятной, и там был зарегистрирован чрезвычайно высокий уровень самоубийств (21, 22). Оценка образовательной стратегии, направленной на всех работающих на острове врачей первичного звена, была проведена с помощью анализа прерванных временных рядов, охватывающих пятилетний период. Согласно результатам оценки, на острове было отмечено улучшение практики медикаментозного лечения депрессии и кратковременное снижение показателей самоубийств по сравнению с остальной Швецией. Следует, однако, помнить, что в этом исследовании была использована относительно слабая эпидемиологическая методология – анализ прерванных временных рядов (23), что его результаты никогда не были воспроизведены и что их следует рассматривать на фоне большого числа методологически более обоснованных оценок образовательных инициатив.



*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

Для улучшения выявления и лечения депрессии был предложен целый ряд образовательных стратегий, основанных на широко различающихся подходах, среди которых можно назвать следующие: распространение письменных методических указаний (24), программы индивидуального обучения (25), непрерывное повышение качества (26, 27), групповое обучение (28), использование лидеров мнений на местном уровне, а также использование более сложных и интенсивных образовательных и обучающих стратегий (29). Было показано, что эти стратегии позволяют добиться определенного улучшения знаний и отношений клиницистов применительно к ведению депрессии (26, 28). С другой стороны, в проведенных исследованиях эффективности этих стратегий применительно к пациентам было выявлено, что с точки зрения выявления депрессии или результатов ее лечения эффект проделанной работы был минимальным или вообще отсутствовал. Так, например, в рамках крупного и хорошо разработанного рандомизированного исследования, проведенного в Соединенном Королевстве, была использована многоаспектная образовательная стратегия, направленная на работников первичного звена здравоохранения, которая проводилась многодисциплинарной группой преподавателей (31) и предусматривала использование видеofilмов, письменных материалов, обучения в рамках небольших групп, а также ролевых игр. Эта стратегия соответствовала образовательным потребностям и была хорошо принята, но какого либо воздействия на показатели выявления депрессии или результаты ее лечения она не оказала.

Общий вывод, который можно сделать на основании анализа научной литературы, сводится к тому, что сами по себе образовательные мероприятия оказывают лишь очень небольшое влияние на лечение депрессии в первичном звене здравоохранения.

## **Совместное оказание медицинской помощи**

Применительно к рассматриваемой теме концепция совместного оказания медицинской помощи основана на допущении, что депрессия – это хроническая болезнь (34) и что поэтому для улучшения и оптимизации ее лечения (35-36) следует применять следующие стратегии: использование вспомогательного персонала в качестве координаторов лечения; активное динамическое наблюдение; обеспечение легкого доступа к специализированной помощи, благодаря таким подходам, как совместное консультирование и наблюдение; оптимизация процесса принятия решений посредством предоставления практических руководств, алгоритмов лечения и компьютеризированного учета назначенных лекарственных средств; а также медико-санитарное просвещение пациентов и сотрудничество с ними.

Концепция совместного оказания медицинской помощи (13) и связанные с нею инициативы по улучшению качества (37, 38) были подвергнуты тщательной оценке. В частности для этой цели было проведено 12 рандомизированных исследований – главным образом в первичном звене здравоохранения США. В ряде исследований были изучены различные сочетания и варианты базовой модели совместного оказания медицинской помощи.

В двух крупных исследованиях (Katon, et al.) (39,40) для улучшения медицинской помощи лицам с диагнозом депрессии был использован популяционный подход (18). Оказание интенсивной медицинской помощи, включающей санитарное просвещение пациентов и

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

совместное оказание медицинской помощи с участием врачей первичного звена, психиатров и психологов, использующих когнитивную поведенческую психотерапию, позволило улучшить показатели соблюдения лечения и выздоровления, а также снизить общие расходы на успешное лечение на одного больного (940-3741 долл. США). Этот эффект снижения расходов был отмечен только применительно к лицам с тяжелой депрессией. Какого либо устойчивого улучшения ведения депрессивных нарушений по завершению периода интенсивной организованной медицинской помощи (41) отмечено не было, что свидетельствует о том, что для обеспечения устойчивости изменений одного лишь клинического обучения медицинского персонала не достаточно.

Дополнительные вмешательства, направленные на лиц с высоким риском рецидива депрессии после купирования острой фазы заболевания, позволили улучшить показатель успешного лечения депрессии по истечении 12 месяцев, а также показатель соблюдения режима лечения (42). Для амбулаторных больных соотношение стоимость-эффективность составило 14 долл. США на один день, свободный от депрессии (43). В более позднем исследовании, проведенном Unutzer et al. (44) было показано, что совместное оказание медицинской помощи может успешно применяться при лечении депрессии у пожилых людей, и что санитарное просвещение пациентов, комплексное ведение больных и психотерапия решения проблем позволили улучшить течение депрессии (по оценке проведенной через 12 месяцев) и степень соблюдения режима лечения.

Хотя огромное большинство примеров совместного оказания медицинской помощи (СОМП) и относятся к системе здравоохранения США, возрастает объем данных о том, что стратегии совместного оказания медицинской помощи могут успешно проводиться и в других странах. Так, например, Araya et al. (45) провели исследование СОМП в условиях Сантьяго, Чили, с использованием вспомогательных работников, не имеющих медицинского образования, которые координировали оказание медицинской помощи, проводили групповое образование и обеспечивали контроль за приемом лекарств и ходом лечения. Этот малозатратный подход оказался приемлемым для пациентов и позволил добиться значительного улучшения результатов лечения по истечении шести месяцев.

## **Улучшение качества**

В двух крупных рандомизированных исследованиях был проанализирован комплексный пакет медицинских услуг, получивших название “улучшение качества“ (46-50) и направленных на улучшение распознавания (благодаря скринингу) и ведения депрессии. Это сложное организационное и образовательное вмешательство включало следующие методы: скрининг больных с помощью вопросников, поддержание обратной связи, клиническое обучение медицинского персонала, привлечение лиц, формирующих общественное мнение, целевые напоминания больным, общая координация лечения медсестринским персоналом (см. ниже) и большая интеграция специализированной медицинской помощи. В качестве критериев улучшения качества служило либо лучшее соблюдение режима лечения, либо более охотное использование когнитивной поведенческой терапии. Оба вмешательства оказались эффективными в плане улучшения как соблюдения режима медикаментозной терапии, так и уменьшения выраженности симптомов депрессии по истечении 6 и 12 месяцев. По истечении 2 лет польза от использования этих подходов исчезла с точки зрения результатов лечения депрессии, но продолжала прослеживаться применительно к соблюдению режима лечения и общим

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

результатам. Стоимость проведения любого из этих вмешательств составила 419-485 долл. США на пациента за два года, а стоимость на SGKЖ (QALY) (сохраненный год качественной жизни) составила 36 434 долл. США для медикаментозной терапии и 21 460 долл. США для когнитивной поведенческой терапии. В последнее время появились данные о более длительном эффекте этих стратегий по истечении пяти лет (51).

## **Комплексное ведение больных**

В ряде успешных исследований для улучшения процесса оказания медицинской помощи в него была внедрена модель комплексного ведения больных, которое чаще всего осуществлялось силами медсестер первичного звена. В некоторых исследованиях работа медсестер была малоинтенсивной и предусматривало только краткое личное консультирование больных по поводу своевременного приема лекарств (52) или их консультирование по телефону (53-55). В других исследованиях комплексное ведение больных, осуществляемое медицинскими сестрами, было ключевым элементом эффективной комплексной стратегии (38, 47, 56, 57). Так, например, в исследовании QuEST медицинские сестры, не имеющие специальной психиатрической подготовки, были обучены методам ведения депрессии и смогли обеспечить такой уровень непрерывной поддержки, контролируемой терапии и диспансерной помощи, который соответствовал хорошо установленным алгоритмам (57, 58). В случаях, когда состояние больных не улучшалось, им предлагалось обратиться за помощью к их лечащему врачу или давалось направление к врачу-специалисту. В одном исследовании комплексное ведение больных медсестринским персоналом осуществлялось исключительно по телефону (53). Этот подход позволил улучшить течение депрессии (по оценке, проведенной через 6 месяцев, не улучшая, однако, показателя соблюдения режима лечения. В рамках этого исследования с больными каждую неделю проводились 10-минутные телефонные разговоры. Логично предположить, что расходы на больного в этом исследовании были низкими, однако, исследователи не представили описания какой-либо экономической его оценки.

Одним из элементов ряда успешных исследований было динамическое наблюдение, осуществляемое неврачебным персоналом (медсестры, патронажные работники или студенты старших курсов, изучающие психологию) для обеспечения того, чтобы больные, которым назначены антидепрессивные средства, действительно их принимали, а также для того, чтобы обсудить любые трудности, с которыми могли столкнуться пациенты (38,42,47,53,55,57,59). В трех исследованиях такое наблюдение было ключевой составляющей в схеме исследования (52,54,55,59). В одном исследовании было показано, что 20-минутный патронажный визит участковой медсестры, главным образом, для обсуждения проводимого лечения, помогал значительно улучшить соблюдение режима лечения. Помимо этого в группе больных с тяжелой депрессией было отмечено улучшение течения заболевания (52). В другом исследовании краткое консультирование по вопросам лекарственной терапии (проведение бесед работниками, получившими 8-часовую первоначальную подготовку в сочетании с 15-30 минутами клинического надзора каждую неделю) способствовало улучшению клинического течения заболевания, а также соблюдению режима лечения (59). Непосредственная дополнительная стоимость этого вмешательства составила 83 долл. США на пациента. В самом последнем исследовании телефонное консультирование и динамическое наблюдение осуществлялось медсестрами, имевшими определенный опыт в области охраны психического здоровья и работающими

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

под надзором психиатра (55). Телефонные координаторы комплексного ведения больных осуществляли мониторинг за процессом и результатами лечения и поддерживали практику самопомощи и самолечения, например, занятия физическими упражнениями и участие в различных общественных мероприятиях. В этом исследовании было отмечено значительное улучшение результатов лечения (по оценке, проведенной через 3 и 6 месяцев), а также более высокая степень удовлетворенности пациентов получаемой медицинской помощью (так через 6 месяцев после начала исследования соответственно 90% и 75% пациентов оценивали ее как хорошую или отличную).

## **Методические рекомендации**

В качестве полезной стратегии повышения качества медицинской помощи и образовательного уровня медработников (12) все чаще пропагандируются методические рекомендации и в большом числе исследований вместе со стратегиями осуществления они использовались как метод поддержки клиницистов в процессе принятия решений. Наиболее часто используемые методические рекомендации – это основанные на принципах доказательной медицины рекомендации, разработанные Агентством США по исследованиям и контролю качества в области медицинского обслуживания (60, 61). Стратегии осуществления методических рекомендаций были весьма разнообразными и зачастую сложными, в том числе активное распространение рекомендаций и клиническое обучение, включающее такие формы, как научные выезды, коллегиальные оценки и использование лидеров мнений. В качестве критерия для оценки качества медицинской помощи по поводу депрессии использовался такой показатель, как соблюдение методических рекомендаций – особенно относящихся к дозировке и продолжительности антидепрессивной терапии (26,27,38–41,47,54,56,57,59,62). Стратегии осуществления методических рекомендаций, как правило, включали ряд схожих организационных элементов. Однако элементы, направленные на улучшение распознавания и лечения депрессии, были успешными только в тех случаях, когда образовательные мероприятия проводились в комплексе со сложными организационными мерами, такими, например, как ведение больных медсестринским персоналом (54, 57), совместное оказание медицинской помощи (63), комплексная программа ведения депрессии (38) или интенсивная программа повышения качества (48).

## **Поэтапная медицинская помощь**

Программы оказания интенсивной медицинской помощи больным с депрессией, например, комплексное ведение больных и совместное оказание медицинской помощи, как правило, позволяют улучшить результаты лечения депрессии. Однако оказание интенсивной медицинской помощи всем больным с депрессией независимо от тяжести их заболевания может оказаться невозможным или экономически неэффективным в условиях ограниченности ресурсов и недостаточности персонала, способного оказывать интенсивные формы психосоциальной помощи. Система оказания поэтапной медицинской помощи может послужить хорошим механизмом обеспечения максимальной отдачи от ограниченных ресурсов (64). При использовании этой модели оказание медицинской помощи начинается на первичном уровне при обеспечении систематического мониторинга, а затем – в случае отсутствия приемлемого результата –

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

интенсивность помощи постепенно увеличивается. Первоначальные и дальнейшие схемы лечения подбираются в соответствии с принятым поэтапным алгоритмом и с учетом состояния пациента. Принцип усиления интенсивности медицинской помощи для больных, состояние которых после проведения первоначального лечения не улучшилось, хорошо известно в системе первичной медицинской помощи. Однако внедрение модели поэтапной медицинской помощи предусматривает систематический мониторинг хода лечения, а также более высокий (чем нынешний) уровень координации между врачами первичного, вторичного и третичного уровней. Больные с более серьезными потребностями и более тяжелым течением заболевания получают наиболее интенсивные формы помощи, такие, например, как совместное оказание медицинской помощи и комплексное ведение больных. Бригада первичной медико-санитарной помощи, консультант-специалист (по мере необходимости) и координатор лечения (по мере необходимости) работают в тесном сотрудничестве с целью оказания такого уровня медицинской помощи, которая необходима для достижения успешного результата. Поэтапная медицинская помощь подбирается индивидуально с учетом предпочтений и улучшения состояния каждого больного (36).

Оценка модели поэтапной медицинской помощи была проведена в двух крупных рандомизированных исследованиях (56, 65), которые показали улучшенные результаты лечения по истечении шести месяцев (56).

### **Профилактика рецидивов депрессии**

Помимо интенсификации лечения депрессии в острой фазе заболевания стратегии повышения качества также использовались для предупреждения рецидивов у лиц с успешно пролеченной депрессией. Этот подход обычно предусматривает, что координаторы лечения обучают больных способам самопомощи и самолечения. Основное внимание в своей работе координаторы лечения уделяют поддерживающей терапии и выявлению психосоциальных стрессоров. Они также регулярно разговаривают с больными по телефону и с помощью специальной компьютерной программы осуществляют мониторинг за теми лекарствами, которые назначаются больному. Согласно результатам рандомизированного исследования, этот подход позволил улучшить показатель соблюдения режима лечения и число дней без депрессии в течении годового периода (42-43).

### **Фактические данные: проблемы и противоречия**

Наибольшее количество противоречивых данных относятся к образовательным стратегиям, направленным на врачей первичного звена. Образовательные стратегии являются, по-видимому, наиболее часто используемым подходом к улучшению качества медицинской помощи во многих системах здравоохранения (например, 66). Часто утверждается, что эти стратегии являются эффективными. В частности, фактические данные в поддержку этого подхода были получены в ряде исследований, проведенных в рамках осуществления на острове Готланд программы обучения врачей первичного звена

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

(67). Однако результаты последующих и эпидемиологически более тщательно разработанных исследований (рандомизированные контрольные исследования) показали, что сами по себе образовательные стратегии не позволяют улучшить ведение больных депрессией и результаты их лечения. Образовательные стратегии, включая распространение методических рекомендаций, становятся эффективными только тогда, когда они сочетаются с организационной поддержкой и совершенствованием процесса медицинского обслуживания с помощью таких подходов, как внедрение системы координаторов лечения или совместное оказание медицинской помощи (35, 68). На основе существующих данных следует сделать вывод, что образовательные стратегии в основном являются неэффективными, в том числе с экономической точки зрения.

Еще один подход, который предлагается в дополнение к совместному оказанию медицинской помощи или интенсификации лечебного процесса является консультативная помощь оказываемая врачам первичного звена. При этом подходе навыки и знания врачей общей практики (ВОП) повышаются за счет того, что консультирующие врачи-специалисты дают ВОП соответствующие рекомендации и проводят одноразовый анализ сложных историй болезни, в то время как ВОП продолжают нести клиническую ответственность за лечение больного (69). Этот подход может стать эффективным и результативным способом ведения большого числа психически больных на первичном уровне. Он также способен приносить пользу в более долгосрочной перспективе, так как благодаря этой стратегии знания и навыки врачей первичного звена постоянно улучшаются. Однако в отличие от совместного оказания медицинской помощи этот подход никогда не подвергался тщательной оценке (64).

## **Экономическая эффективность действий, направленных на усиление лечебно-профилактической помощи пациентам с депрессией**

Лица, принимающие решения, проявляют все больший интерес к информации о клинической эффективности и стоимости тех или иных подходов, так как это позволяет им принимать оптимальные решения относительно использования ограниченных ресурсов. В исследованиях вмешательств, направленных на укрепление психического здоровья, часто проводится поиск фактических данных об экономической отдаче, свидетельствующих о том, что проводимые мероприятия позволяют снизить расходы, которые несет система здравоохранения и общество, обеспечивая в то же время, по крайней мере, аналогичный клинический эффект. В тех случаях, когда такие фактические данные имеются, ответственным работникам гораздо легче утвердить проведение тех или иных лечебно-профилактических мероприятий. Однако в тех случаях, когда медицинская помощь и уход, оказываемые больным с депрессией, являются и более дорогостоящими и более эффективными, речь идет о сравнительной эффективности, что требует дополнительного анализа того, насколько ценной является дополнительная выгода в сопоставлении с дополнительными затратами.

Для того чтобы изучить экономическую эффективность усиления первичной медицинской помощи больным депрессией, мы проанализировали результаты всех комплексных

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

экономических оценок (т.е. оценок, в которых были использованы такие анализы, как “стоимость-выгода”, “стоимость-эффективность” или “стоимость-полезность”) (70, 71). Было обнаружено одиннадцать комплексных экономических оценок, проведенных с использованием рандомизированного подхода, в которых оценки клинической и экономической эффективности основывались на результатах лечения 4 453 больных с депрессией (31, 33, 43, 50, 59, 72–76). Большинство из них представляли собой экономические оценки интенсификации процесса медицинской помощи, основанного на моделях совместного оказания медицинской помощи или ведения хронических болезней, используемых в системе здравоохранения США (43, 50, 59, 72–76). В двух британских исследованиях была изучена клиническая и экономическая эффективность многодисциплинарной программы обучения врачей первичного звена здравоохранения, нацеленная на реализацию рекомендаций ведения больных с депрессией (31–33). Во всех исследованиях была проанализирована клиническая и экономическая эффективность с использованием данных о затратах, собранных в тот же период времени в рамках проспективного рандомизированного исследования. Ни в одной из экономических оценок не был использован подход моделирования решений, для того чтобы установить экономическую эффективность используемых подходов с помощью вторичного синтеза данных о клинической эффективности и затратах (70). По своему характеру большинство экономических оценок относились к анализам эффективности затрат, а две из них были анализами полезности затрат (50, 76).

В большинстве исследований затраты и последствия анализировались с точки зрения системы здравоохранения или плательщика, представляющего третью сторону. В категорию затрат обычно включались все расходы на лекарства, расходы на первичную медицинскую помощь по поводу депрессии и других состояний, а также расходы, связанные с направлением к специалистам. В ряде исследований сначала были рассмотрены только расходы, связанные с амбулаторным лечением больных с депрессией. Затем масштабы оценки расширялись, и в нее включались вначале все расходы на амбулаторное лечение, а впоследствии все расходы на медицинское обслуживание (например, 74). В некоторых исследованиях масштабы экономической оценки были расширены, и в них анализировались расходы, понесенные больными и лицами, осуществляющими за ними уход, а также потенциальные доходы, утраченные во время лечения (50, 76). Ни в одном исследовании не анализировались доходы больных, утраченные в связи с болезнью, и более широкие затраты, не относящиеся к медицинской помощи, такие, например, как социальные пособия и утрата потенциального дохода лицами, оказывающими помощь. Период динамического наблюдения и временной горизонт проведения экономической оценки варьировался от 6 до 24 месяцев, и ни в одном случае не использовался метод вычитания расходов с течением времени.

В девяти из одиннадцати исследований отмечалось улучшение клинических результатов ведения депрессии, и во всех из них было отмечено повышение расходов, связанных с оказанием медицинской помощи больным с депрессией и уходом за ними. Программы усиления объема медицинской помощи, такие как совместное оказание медицинской помощи, комплексное ведение больных и поэтапная медицинская помощь, были связаны с увеличением расходов на лечение, что объяснялось проведением соответствующих мероприятий, возросшим числом визитов к врачам первичного звена, увеличением применения антидепрессивных препаратов и направлением на вторичный уровень оказания медицинской помощи. Учитывая только расходы, связанные с лечением депрессии на первичном уровне, их объем составил 13–24 долл. США на один день без

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

депрессии (59, 43). При расширении масштабов оценки имеются данные о том, что увеличение расходов, связанных с проведением различных вмешательств, может частично компенсироваться за счет уменьшения использования других услуг, что может уменьшить общую стоимость одного дня без депрессии. Следует, однако, отметить, что этот результат не был характерен для всех исследований. Ни в одном из исследований уменьшение расходов благодаря снижению общего использования медицинских услуг не было такого масштаба, чтобы сделать эти программы экономически эффективными и привлекательными, т.е. обеспечивающими улучшение результатов при снижении общих расходов.

Исследования, посвященные изучению экономической эффективности применения чисто образовательных подходов, были основаны на хорошо разработанном и проведенном пакете мер и хорошо разработанной модели клинической оценки (31, 33). Ни в одном исследовании не было выявлено какого-либо воздействия на улучшение ведения и результатов депрессии с клинической точки зрения, а расходы, связанные с этим подходом, безусловно, свидетельствуют о том, что клиническое обучение медицинского персонала – подход, не являющийся экономически эффективным. В одном исследовании была проведена дифференцированная оценка модели совместного оказания медицинской помощи больным с легкой и тяжелой депрессией (72). Применительно к тяжелой депрессии дифференциальный коэффициент “стоимость-эффективность” составил 1 592 долл. США на успешное лечение, в то время как лечение больных с легкой депрессией было связано не только с увеличением расходов, но и ухудшением результатов медицинской помощи, что убедительно свидетельствует об экономической неэффективности такого подхода применительно к больным с легкой депрессией.

Что касается расходов, то они варьировались от 15 463 долл. США на один сохранный год качественной жизни (СГКЖ)/QALY/ в тех случаях, когда больных с депрессией вела медицинская сестра (76), до 36 434 долл. США на СГКЖ в случае оказания комплексной медицинской помощи, включающей более интенсивную медикаментозную терапию (50). В ряде оценок приемлемости используемых подходов по коэффициенту экономической эффективности с использованием обычно цитируемых порогов была выявлена 65%-ная вероятность того, что экономическая эффективность вмешательств была менее 20 000 долл. США на СГКЖ и 91%-ная вероятность того, что она была менее 50 000 долл. США на СГКЖ (76). Оба порога экономической эффективности были установлены произвольно ниже уровней, на которых системы здравоохранения обычно принимают положительное решение о финансировании, считая, что обеспеченный выигрыш для здоровья оправдывает данный уровень финансовых инвестиций (77).

## **Потенциальные социальные последствия**

Основной вывод, который можно сделать по результатам данного обзора, заключается в том, что мы располагаем значительными возможностями для улучшения качества медицинской помощи, оказываемой больным депрессией. Ввиду выраженного воздействия, которое эта болезнь оказывает на качество жизни и социальное функционирование (1), вышеуказанные подходы могут способствовать общему улучшению социального и экономического благополучия населения (10, 11). В настоящее



*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

время появляется все больше данных о более отдаленном эффекте программ более интенсивной медицинской помощи больным с депрессией и их воздействии на качество жизни (51). В экономических исследованиях изучалось главным образом влияние программ лечения депрессии с точки зрения медицинских работников, а их влияние с общественной точки зрения подробно не изучалось.

Помимо клинической и экономической эффективности другие аспекты качества медицинской помощи включают доступность, результативность, приемлемость и готовность платить. Придание большего влияния вопросам ведения больных депрессией на первичном уровне хорошо соответствует духу глобальных стратегических инициатив (6). В ряде исследований было показано, что больные предпочитают получать лечебную помощь на первичном уровне и выражают свое удовлетворение по этому поводу (37, 39, 59). Такие подходы, как поэтапная медицинская помощь и комплексное ведение больных обладают значительным потенциалом в плане повышения доступности медицинской помощи и эффективности медицинских служб, хотя это заявление и не было подвергнуто тщательной оценке (64).

К числу проблем, характерных для многих систем здравоохранения, относятся следующие: относительно низкий объем услуг в области охраны психического здоровья; слабо развитые службы вторичного уровня; несоординированные действия медицинского персонала в рамках существующих служб здравоохранения (6). Подходы, основанные на принципах комплексного ведения больных не требуют больших ресурсов и могут эффективно применяться в странах с низким уровнем доходов (45).

## **Обсуждение**

Настоящий обзор был начат с четкого признания того факта, что огромное большинство больных депрессией получают лечение на первичном уровне с очень небольшой поддержкой со стороны медицинских служб вторичного уровня или вообще без такой поддержки. Акцентирование внимания на вопросах лечения депрессии соответствует широким стратегическим целям, например, целям, поставленным Всемирной организацией здравоохранения (6). Большой объем фактических данных, полученных благодаря рандомизированным контролируемым исследованиям в области более интенсивного лечения депрессии на первичном уровне представляет значительную ценность для клиницистов и ответственных работников, отвечающих за улучшение качества медицинской помощи. Основным недостатком этого исследования, особенно применительно к совместному оказанию медицинской помощи, является тот факт, что оно было проведено в США в условиях системы управляемой медицинской помощи и поэтому вопрос о том, в какой степени его результаты применимы к другим моделям организации и финансирования здравоохранения, остается открытым.

Многие предлагаемые программы являются сложными и включают множество элементов, например, скрининг, использование компьютеризированных систем, помогающих принимать решения, наем дополнительного персонала и более тесное сотрудничество со службами вторичного уровня. Осуществление таких программ вполне возможно и в других системах здравоохранения и поэтому очень важно определить, какие именно

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

элементы более интенсивной медицинской помощи лежат в основе выявленного улучшения клинических результатов лечения и могут быть перенесены в другие системы. Следует отметить, что многие программы, например, предусматривающие консультирование по телефону не врачебным персоналом не требуют больших затрат, но позволяют получить хорошие результаты. Наиболее важным элементом является, по-видимому, комплексное ведение больных и именно его практическому внедрению следует уделять основное внимание (35). В ряде программ, проводящихся сейчас в Соединенном Королевстве и других странах предпринимаются попытки применить и адаптировать используемую в США модель совместного оказания медицинской помощи. При этом следует подчеркнуть, что активные элементы этой модели могут быть адаптированы и применены и в менее развитых системах здравоохранения (45).

### **Убедительность фактических данных**

В отличие от многих других аспектов практики и политики охраны психического здоровья, в данной области количество и убедительность фактических данных, которыми располагают лица, принимающие решения, весьма значительны. В литературных источниках имеются убедительные фактические данные более чем из 40 крупномасштабных рандомизированных исследований и 11 исследований экономической эффективности, проведенных параллельно с рандомизированными исследованиями, позволяя делать выводы на основе большого числа объективных данных (70, 78). Все вышеуказанное позволяет нам достаточно уверенно утверждать какие подходы могут быть потенциально клинически и экономически эффективными, а какие нет.

### **Выводы**

До последнего времени научным исследованиям по улучшению качества первичной медицинской помощи не уделялось достаточного внимания, а проводимые исследования были в основном посвящены разработке более специфических и эффективных лекарств и психотерапевтических методов. Однако имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что качество первичной медицинской помощи может быть улучшено за счет большей интеграции предоставляемых медицинских услуг и мер, побуждающих больных в большей степени использовать методы самопомощи и самолечения и более тщательно соблюдать режим лечения, основанного на принципах доказательной медицины. Такие подходы, как совместное оказание медицинской помощи, поэтапная медицинская помощь и комплексное ведение больных, позволяют улучшить результаты лечения. С другой стороны, некоторые легко реализуемые и часто используемые стратегии, например, клиническое обучение медицинского персонала, по-видимому, оказывают либо очень незначительное, либо вообще никакого влияния на качество или результаты лечения больных депрессией. Таким образом, на основании имеющихся фактических данных можно сделать заключение, что использование таких подходов в отрыве от других более эффективных подходов является нецелесообразным.

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

Усиление интенсивности лечения по поводу депрессии сопряжено с повышением расходов на здравоохранение. Поэтому при принятии решения о внедрении этих подходов следует провести анализ того, являются ли ожидаемые результаты оправданными с точки зрения необходимых затрат. Депрессия оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни и ежедневную деятельность людей, и с точки зрения ожидаемой пользы для здоровья этот подход вполне сопоставим со многими другими вмешательствами, уже финансируемыми системами здравоохранения. На сегодняшний день такие решения уже можно принимать на основе большого объема достоверных клинических и экономических данных.

Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.

---

## Приложение 1: Организационные и образовательные подходы к улучшению качества медицинской помощи

Руководящие принципы медицинской практики	Руководящие принципы медицинской практики - это “систематически разрабатываемые методические указания, помогающие практическим врачам принимать обоснованные решения об оказании медицинской помощи в конкретных клинических условиях “ (79). Наиболее широко используемыми руководящими принципами являются методические указания, разработанные Агентством США по исследованиям и контролю качества в области медицинского обслуживания (80). Руководящие принципы часто дополняются целым рядом мер, обеспечивающих их реализацию, включая образовательные стратегии и указанные ниже организационные меры.
Комплексное ведение больных	Комплексное ведение больных предусматривает усиление роли не врачебного медицинского персонала, например, медсестер, которые могут координировать процесс медицинского обслуживания, оказывать больным психосоциальную помощь и проводить среди них санитарно-просветительную работу с целью обеспечения оптимального лечения депрессии в рамках системы общего медицинского обслуживания (13).
Совместное оказание медицинской помощи	Данный подход позволяет обеспечить в процессе оказания медицинской помощи более высокий уровень сотрудничества между врачами общей практики, пациентами и специалистами за счет следующих мер: вовлечение в этот процесс вспомогательного персонала, например, координаторов лечения; обеспечение активного наблюдения за больным в послелечебный период; обеспечение легкого доступа к специалистам с помощью таких средств, как совместное консультирование и динамическое наблюдение; облегчение процесса принятия клинических решений с помощью руководящих принципов по практике, алгоритмов лечения и компьютеризованных систем отслеживания назначаемых больному лекарств; медико-санитарное просвещение больных и сотрудничество с ними (36).
Поэтапная медицинская помощь	Суть этого подхода заключается в том, что интенсивность оказываемой медицинской помощи подбирается с учетом тяжести заболевания и реакции больного на лечение. На первом этапе больному назначается наименее инвазивное лечение, интенсивность которого постепенно возрастает, если больной не реагирует на предпринимаемые лечебные меры (56). Такой подход позволяет улучшить доступность и эффективность лечебной помощи, особенно в условиях

*Какими фактическими данными мы располагаем об эффективности повышения потенциала медицинских работников первичного звена в области выявления и ведения пациентов с депрессией и улучшения результатов их лечения?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Декабрь 2004 г.*

---

ограниченности ресурсов. До назначения медикаментозного лечения, организации комплексного ведения больных и предложения пройти структурную когнитивную поведенческую психотерапию больным депрессией может быть предложено шире использовать различные формы самопомощи и самолечения.

## Литература

1. Murray CJ, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990*. Boston, Harvard School of Public Health on behalf of the World Bank, 1996.
2. Singleton N, et al. *Office of National Statistics: Psychiatric Morbidity Among Adults Living in Private Households, 2000*. London, Her Majesty's Stationery Office, 2001.
3. World Health Organization. *ATLAS - Mental Health Resources in the World 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001.
4. Simon G, Von Korff M. Recognition and management of depression in primary care. *Archives of Family Medicine*, 1995, 4:99–105.
5. Kessler D, et al. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*, 1999, 318:436–440.
6. World Health Organization. *World Health Report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, 2001.
7. Kirmayer LJ, et al. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 734–741.
8. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002, 53:859–863.
9. Simon GE, et al. Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 2000, 22:153–162.
10. Greenberg PE, et al. The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 2003, 64:1465–1475.
11. Thomas C, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183:514–519.
12. Cabana MD, Rushton JL, Rush AJ. Implementing practice guidelines for depression: applying a new framework to an old problem. *General Hospital Psychiatry*, 2002, 24:35–42.
13. Katon W, et al. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist primary care physician and the practice nurse. *General Hospital Psychiatry*, 2001, 23:138–144.
14. Bower P, Gask L. The changing nature of consultation–liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. *General Hospital Psychiatry*, 2002, 24:63–70.
15. Bero L, et al. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group (EPOC) Module. *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford, Update Software, 1998.
16. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Making cost effectiveness information available: the NHS Economic Evaluation Database project (CRD Report 6)*, second edition. University of York, 2001.
17. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness (CRD Report 4)*, second edition. University of York, 2001.
18. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. *General Hospital Psychiatry*, 1997, 19:169–178.
19. Badamgarav E, Weingarten S, Henning J. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160:2080–2090.

20. Gilbody S, et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:3145–3151.
21. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education for general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 80:151–154.
22. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85:83–88.
23. Cook TD, Campell DT. *Quasi-experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Boston, Houghton Mifflin, 1979.
24. Cornwall PL, Scott J. Which clinical practice guidelines for depression? An overview for busy practitioners. *British Journal of General Practice*, 2000, 50(460):908–911.
25. Freemantle N, et al. A randomized controlled trial of the effect of educational outreach by community pharmacists on prescribing in UK general practice. *British Journal of General Practice*, 2002, 52:290–295.
26. Brown JB, et al. Controlled trials of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for depression. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2000, 26:39–54.
27. Goldberg HI, et al. A randomized controlled trial of CQI teams and academic detailing: Can they alter compliance with guidelines? *Joint Commission Journal On Quality Improvement*, 1998, 24(3):130–142.
28. Andersen SM, Harthorn BH. Changing the psychiatric knowledge of primary care physicians: the effects of a brief intervention on clinical diagnosis and treatment. *General Hospital Psychiatry*, 1990, 12:177–190.
29. Gask L. Small group interactive techniques utilizing video feedback. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 1998, 28:97–113.
30. Worrall G, et al. Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 161:37–40.
31. Thompson C, et al. Effects of clinical-practice guidelines and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial. *The Lancet*, 2000, 355:185–191.
32. Lin EH, et al. Does physician education on depression management improve treatment in primary care? *Journal of General Internal Medicine*, 2001, 16:614–619.
33. Gask L, et al. A pragmatic cluster randomized controlled trial of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *Psychological Medicine*, 2004, 34:63–72.
34. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 1996, 74:511–544.
35. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes of depression: the whole process of care needs to be enhanced. *BMJ*, 2001, 323:948–949.
36. Von Korff M, Glasgow RE, Sharpe M. ABC of psychological medicine: Organizing care for chronic illness. *BMJ*, 2002, 325:92–94.
37. Wells KB. The design of Partners in Care: evaluating the cost effectiveness of improving care for depression in primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:20–29.
38. Katzelnick DJ, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:345–351.

39. Katon W, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53(10):924–932.
40. Katon W, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 1995, 273(13):1026–1031.
41. Lin EH, et al. Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: Is physician education enough? *Medical Care*, 1997, 35:831–842.
42. Katon W, et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:241–247.
43. Simon GE, et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Medical Care*, 2002, 40:941–950.
44. Unutzer J, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:2836–2845.
45. Araya R, et al. Treating depression in primary care in low income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 2003, 361:995–1010.
46. Rubenstein LV, et al. Evidence-based care for depression in managed primary care practices. *Health Affairs (Millwood)*, 1999, 18:89–105.
47. Wells KA, et al. Impact of disseminating quality improvement programmes for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 2000;283:212–220.
48. Sherbourne CD, et al. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:696–703.
49. Unutzer J, et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:935–942.
50. Schoenbaum M, et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:1325–1330.
51. Wells K, et al. Five-year impact of quality improvement for depression: results of a group-level randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 2004, 61:378–386.
52. Peveler R, et al. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomized controlled trial. *BMJ*, 1999, 319:612–615.
53. Hunkeler EM, et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:700–708.
54. Datto CJ, et al. The pilot study of a telephone disease management program for depression. *General Hospital Psychiatry*, 2003, 25:169–177.
55. Dietrich AJ, et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 2004, 329:602–609.
56. Katon W, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:1109–1115.
57. Rost K, et al. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the QuEST intervention. *Journal of General Internal Medicine*, 2001, 16:143–149.
58. Rost K, et al. Designing and implementing a primary care intervention trial to improve the quality and outcome of care for major depression. *General Hospital Psychiatry*, 2000, 22:66–77.



59. Simon GE, et al. Randomized trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ*, 2000, 320:550–554.
60. Agency for Health Care Policy Research. *Depression in primary care*. Washington: United States Department of Health and Human Services, 1993.
61. AHCPR Depression Guideline Panel. *Depression in primary care: detection, diagnosis, and treatment*. Technical report, Number 5. Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
62. Rollman BL, et al. The electronic medical record. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:189–197.
63. Lin EH, et al. Can depression treatment in primary care reduce disability? A stepped care approach. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:1052–1058.
64. Gilbody SM, Bower P. Common mental health disorders in primary care - access, effectiveness and choice. In: Knapp M DM, Mossialos E, Thornicroft G, eds. *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Buckingham: Open University Press, (in press).
65. Hedrick SC, et al. Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 2003, 18:9–16.
66. Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ*, 1992, 305:1198–1202.
67. Rutz W, et al. An educational program on depressive disorders for GPs on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 79:19–26.
68. Von Korff M, et al. Improving depression care: barriers, solutions, and research needs. *Journal of Family Practice*, 2001, 50:E1.
69. Bower P, Sibbald B. Do consultation-liaison services change the behaviour of primary care providers? *General Hospital Psychiatry*, 2000, 22:84–96.
70. Drummond MF, et al. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford, Oxford University Press, 1997.
71. Gold MR, et al. *Cost effectiveness in health and medicine*. New York, Oxford University Press, 1996.
72. Von Korff M, et al. Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosomatic Medicine*, 1998, 60:143–149.
73. Simon GE, et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:181–187.
74. Simon GE, et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:1638–1644.
75. Liu CF, et al. Cost-effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatric Services*, 2003, 54:698–704.
76. Pyne JM, et al. Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *Journal of General Internal Medicine*, 2003, 18:432–441.
77. Laupacis A, et al. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal*, 1992, 146:473–481.
78. Sackett DL, et al. *Clinical Epidemiology: A basic science for clinical medicine*. Boston, Little, Brown and Company, 1991.
79. Institute of Medicine. *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington, National Academy Press, 1992.
80. Agency for Healthcare Research and Quality. *Screening for Depression: Systematic Evidence Review Number 6*. Rockville MD, 2002.