

Вищенаведені дані дозволили нам розробити патогенетично обґрунтовану комплексну систему корекції депресивних розладів, які супроводжуються суїцидальною поведінкою, що включає до себе комплексне застосування медикаментозного, психотерапевтичного та психоосвітнього впливу.

УДК 616.89-008.441.13

Зильберблат Г. М., Войтюк Г. И.

КУ «Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение» (Киевская область, Васильковский р-н, пгт. Глеваха)

К ВОПРОСУ ИНТЕГРАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБ

В свете начавшейся реформы здравоохранения с особой актуальностью звучит проблема интеграции двух специальностей: психиатрии и наркологии, которые сейчас искусственно разделены, а в некоторых случаях, по отношению друг к другу, проявляют антагонизм.

Во всем мире (за исключение Албании и Португалии) специализированную врачебную помощь наркобольшим оказывают психиатры, с 1985 года в странах бывшего СССР — врач-психиатр-нарколог. Только в Украине с 1997 года базовое обозначение специальности «психиатр» исчезло и появилась специальность «нарколог». Это в то время, когда во всех действовавших международных классификаторах болезни (МКБ), действующей МКБ-10, подготовленной МКБ-11 наркологические заболевания входят в психиатрический раздел.

Искусственный разрыв наркологии и психиатрии привел к большим организационным сложностям в вопросах оказания помощи наркобольшим, дестабилизации функционирования института районного нарколога, особенно в сельской местности, к ухудшению условий труда среднего и младшего персонала.

В Киевской области (1 711 870 чел.), с учетом ее особенностей (отсутствие областного центра с многотысячным населением, отсутствие областного психиатрического диспансера) за последние 14 лет удалось максимально нивелировать тот «водораздел», который образовался между «психиатрией» и «наркологией».

С 1998 году на базе Киевской областной психбольницы № 1 (800 коек) и Киевского областного наркодиспансера (365 коек) было создано Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение.

В 2006 году в г. Белая Церковь (202,2 тыс. чел.) на базе психоневрологического диспансера создано городское территориальное психонаркологическое медицинское объединение.

В 2008 году в структуре Сквирской ЦРБ (сельский район с 41,06 тыс. населения) на базе психиатрического, наркологического кабинетов и психосоматического отделения (15 коек) создан психонаркологический центр.

В 2009 году на базе психиатрического и наркологического кабинетов Ирпенской (73,6 тыс. чел. населения) городской поликлиники создано психонаркологическое отделение.

Нам удалось интегрировать психиатрические и наркологические подразделения не только на областном и городском уровнях, но и на уровне ЦРБ, что очень важно.

За годы интеграции психиатрии и наркологии в Киевской области улучшились и стали стабильными практически все показатели работы.

К сожалению, остаются не решенными вопросы участия в военно-призывных комиссиях, где мог бы работать один специалист (психиатр или нарколог); оплаты за категорию, при замене отсутствующих работников психиатрических (наркологических) кабинетов; уход на пенсию среднего и младшего персонала наркологических кабинетов и др.

Восстановление приставки «психиатр» к специальности «нарколог» поможет решить многие проблемы, негативно сказывающиеся на организации оказания наркологической помощи, а также позитивно скажется на организации психиатрической помощи населению Украины.

УДК-616.893:616-08:614.2.

Г. М. Зильберблат, Е. А. Еришова, Тимен М. Е.

КУ «Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение» (пгт. Глеваха)

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Проблема первых психотических эпизодов в последние годы приобрела особую значимость. Можно выделить две основные причины этого: актуальность в клинко-прогностическом

отношении для эффективного оказания психиатрической помощи при условии раннего терапевтического вмешательства и важность данной проблемы в научно-исследовательском плане.

Риск для личности заболевшего и его социального функционирования заключается в ограничении общественных связей, стигматизирующем влиянии психиатрического диагноза, формировании нейрокогнитивного дефицита, снижении качества жизни.

Особую актуальность приобретает вопрос организации и совершенствования работы отделения первичного психотического эпизода (ППЭ).

В структуре Киевского «ОПНМО» с января 2012 г. открылись два отделения ППЭ (мужское — 50 коек, женское — 40 коек).

Анализируя работу отделений ППЭ за первые 6 месяцев мы должны отметить целый ряд проблем: организационные — отсутствие утвержденных штатов; профессиональные — «анозогнозия» коллег из других общепсихиатрических отделений; необходимость пересмотра существующих критериев регламентации показаний для госпитализации больных с ППЭ.

Решение кадрового вопроса, на наш взгляд, было простым: 2 отделения (мужское и женское) с лучшей материальной базой, наиболее подготовленными заведующими и персоналом, правильно понимающими поставленные перед ними задачи. Штаты были укомплектованы по ведомости замены (соответствовали 60—70 коечным общепсихиатрическим отделениям), с обязательным участием психолога, соц. работника, труд. инструктора.

Для преодоления «анозогнозии» коллег, необходимы постоянная демонстрация сложных больных с ППЭ, высокие показатели работы отделения ППЭ.

Проанализировав 407 случаев госпитализации больных — в мужском (197) и женском (230) отделениях, мы считаем, что кроме кратности приступов (3 приступа), длительности заболевания (5 лет), важным показателем отбора больных для госпитализации в отделение ППЭ является степень глубины дефекта, личностная сохранность и социальная адаптированность пациента.

Мы расширили показания к лечению без акцента на количество обострений и длительность заболевания: F 20—F 29, F 30—F 33, F 10.5 — F 19.5 (1х.50-1х.56), комбинированные адекватные расстройства — F 20 — F 29, F 30—F 33/F 10 — F 19 до декомпенсации с психотическими проявлениями на фоне расстройств личности.

Противопоказаниями были: наличие выраженного эндогенного дефекта, социальная опасность пациента и принудительные меры медицинского характера.

В своей работе мы столкнулись с «ложным» первичным психотическим эпизодом, т. е. пациентами, перенесшими ранее психотические эпизоды, которые не были своевременно диагностированы, пролечены и поступили в отделение с нарастающим дефектом.

Создание отделений ППЭ является важной необходимой составляющей в повышении качества оказания помощи психически больным.

УДК 616.89-008.47.008.041 (-202)

Зінченко О. М.

Міністерство охорони здоров'я України (м. Київ)

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІ ГРОМАДСЬКОГО ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Повне фізичне, психічне і соціальне благополуччя Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила як здоров'я, роблячи акцент на тому, що під «здоров'ям» не можна розуміти лише відсутність хвороб або фізичних вад. Рівень психічного здоров'я популяції, ступінь поширеності в ній психічних захворювань, алкоголізму та наркоманії, розумової відсталості, суїцидів об'єднані в запропоноване ВООЗ поняття «громадське здоров'я».

Проблеми в сфері громадського психічного здоров'я чинять негативний вплив на здоров'я населення в цілому, на формування якості інтелектуального, трудового та людського потенціалу, викликають величезні соціально-економічні втрати, сприяють наростанню у суспільстві напруженості. На думку експертів ВООЗ, масштаб проблеми дає підстави розглядати психічні хвороби, включаючи алкоголізм і наркоманію, як основну загрозу здоров'ю та продуктивності нації. На психічні та поведінкові розлади страждає протягом життя більше 25 % населення світу.

У зв'язку з цим виникає необхідність вивчення основних сучасних тенденцій громадського психічного здоров'я сільського населення України з метою наукового обґрунтування та

розробки управлінських рішень, спрямованих на збереження якості людського потенціалу.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, впродовж 2010 р. за психіатричною допомогою звернулося 368 543 сільських жителів, а показник загальної захворюваності (поширеності) психічних та поведінкових розладів склав 2 539,3 на 100 тис. сільського населення.

У структурі контингенту зареєстрованих хворих у 2010 р. переважали хворі з непсихотичними психічними розладами (41,6 %), на другому ранговому місці були хворі на розумову відсталість (35,3 %), на третьому — хворі на розлади психіки психотичного характеру (23,1 %).

Ще одним з важливих індикаторів громадського психічного здоров'я, соціального благополуччя і якості життя населення є показник самогубств. Згідно зі шкалою оцінки ВООЗ виділяється три рівні частоти самогубств:

- низький — до 10 випадків на 100 тис. населення;
- середній — від 10 до 20 випадків на 100 тис. населення;
- високий або «критичний» — понад 20 випадків на 100 тис. населення.

За даними 2010 року показник поширеності суїцидів у сільського населення складав 28,46 на 100 тис. населення. Сільські жителі в 1,8 рази частіше скоюють самогубства, ніж міські. Серед чинників, що потенціюють суїцидальний ризик, першорядне значення має зловживання алкоголем і його сурогатами.

У структурі психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин у сільського населення перше рангове місце займають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю.

Так, у 2010 році захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у жителів села становила 102,08 на 100 тис. сільського населення. Показник поширеності на хронічні алкогольні синдроми у сільського населення мав тенденцію до збільшення і у 2010 році складав 1504,14 на 100 тис. населення. Показник захворюваності психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання наркотичних речовин у сільського населення у 2010 році складав 4,87 на 100 тис. населення, а показник поширеності 41,95 на 100 тис. населення. Протягом 2008—2010 рр. має місце збільшення як показника захворюваності так і поширеності психічних та поведінкових розладів внаслідок токсикоманії у сільського населення.

Результати проведеного аналізу свідчать про необхідність подальших досліджень, спрямованих на вивчення чинників і особливостей поширення психічних розладів, наркоманії, алкоголізму, суїцидів та пошук шляхів зміцнення й охорони громадського психічного здоров'я у сільського населення України.

УДК 616.895.4-072.8-08:615.851

Киреева Е. Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПРЕДИКТОРОВ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Увеличение числа депрессий, отмечающееся в последнее время, большая часть из которых представлена рекуррентным депрессивным расстройством, представляет серьезную и актуальную медицинскую проблему. Повторение депрессивного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства в большинстве случаев является прогнозируемым, особенно в случае продолжительного периода для лечения. Однако, несмотря на прогнозируемость повторения депрессивного эпизода, он обычно оказывается диагностирован врачами только в период развернутых клинических проявлений, что приносит немало страданий больному и представляет угрозу для его жизни из-за вероятности самоубийства. Более того, лечение развернутой депрессии наносит больших материальных и социальных убытков и требует большего времени для лечения, чем если бы купирование эпизода происходило на начальной стадии или еще лучше — в продромальном периоде, периоде предвестников, и, по сути, было направлено на недопущение развития развернутого депрессивного эпизода.

Так, ранняя диагностика и своевременное выявление депрессий — до развития картины развернутых клинических проявлений — должно быть задачей современной клинической психиатрии. Однако целостных представлений о предвестниках депрессивного эпизода, предшествующих семиотических знаках развернутой картины болезни, которые были бы способны помочь в ранней диагностике заболевания, до сих пор не сформировано.

Цель исследования: на основании изучения психоанамnestических данных, клинико-психопатологических и медико-психологических характеристик больных с рекуррентным депрессивным расстройством в анамнезе выявить, проанализировать и разработать диагностические критерии ранних прогностических признаков (предикторов) возникновения очередного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства.

Согласно поставленным задачам на базе Коммунального лечебно-профилактического учреждения «Городская психоневрологическая больница № 2» (г. Донецк), мужское психиатрическое отделение № 4 нами было обследовано 100 пациентов с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство» в анамнезе. Все больные были в возрасте 35—65 ($\pm 0,62$) лет.

Методы исследования: психопатологический, патопсихологический, системный и клинико-статистический анализ, контент-анализ.

Результаты исследования показали, что у 95,00 % пациентов проявлялись симптомы, которые мы трактуем как предвестники депрессивного эпизода при рекуррентном депрессивном расстройстве, которые не соответствовали критериям депрессии, и часто предшествовали возникновению повторного депрессивного эпизода, частично редуцируясь на фоне развернутой клинической картины депрессии или разворачивались в клинические симптомы депрессии. Существующие предвестники было возможно разделить на следующие категории: аффективные, соматические, мотивационно-волевые, когнитивные, нарушение мышления и восприятия, среди которых выделялись психосенсорные, гиперестезивные, сенестопатические предвестники.

Проведенное исследование позволяет усовершенствовать раннюю диагностику рекуррентного депрессивного расстройства, улучшить качество и своевременность выявления рассматриваемой патологии.

УДК 159.922:614.253-071-082.6

В. А. Кожевникова

ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркології НАМН України» (м. Харків)

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РОЛЬОВИХ ПОЗИЦІЙ ПАЦІЄНТА В РАМКАХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ

Однією з найбільш актуальних проблем в сучасній медичній психології є проблема дослідження терапевтичного альянсу (ТА), що складається між лікарем і пацієнтом в ході лікувально-реабілітаційного процесу. Ми розглядали ТА як складну динамічну систему взаємовідносин та взаємодій між лікарем і пацієнтом, що формується, розвивається та функціонує в ході лікувального процесу та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів. Основними змістовними компонентами ТА виступають рольові позиції лікаря (РПЛ) та пацієнта (РПП), які становлять індивідуальний стиль реалізації їхніх соціальних ролей.

В дослідженні взяли участь 119 хворих на основні неврологічні (НР) та психічні (ПР) розлади. Вік обстежуваних складав: менше 30 років — 30 осіб (25,12 %), 30—50 років — 47 хворих (39,49 %), старше 50 років — 42 особи (35,39 %). Застосовували психодіагностичні методики, спрямовані на вивчення взаємин в системі «лікар — пацієнт» (з позицій хворих). Було виявлено такі форми рольових позицій пацієнтів як «Міжособистісна залежність», «Функціональне співробітництво», «Пасивність», «Партнерство», «Псевдопартнерство», «Неадекватність», «Дистанціювання» та змішана форма. Досліджено особливості РПП в залежності від віку хворих. У пацієнтів з НР молодого віку домінуючою формою РПП є «Функціональне співробітництво» ($10,52 \pm 2,71$); у хворих середнього віку — «Партнерство» ($10,16 \pm 2,58$), «Функціональне співробітництво» ($9,75 \pm 2,06$) та «Міжособистісна залежність» ($8,19 \pm 1,56$); у пацієнтів старшої вікової категорії — «Міжособистісна залежність» ($15,58 \pm 2,47$) та «Пасивність» ($10,02 \pm 2,34$). У хворих на ПР молодого віку домінують риси псевдопартнерства у взаєминах з лікарем ($11,45 \pm 2,41$); у пацієнтів середньої вікової категорії — риси псевдопартнерства ($10,23 \pm 2,54$) та неадекватності ($8,45 \pm 2,56$); у хворих старшої вікової категорії — риси неадекватності ($10,87 \pm 2,73$) та дистанціювання ($8,93 \pm 2,13$). У хворих на НР старшої вікової категорії, на відміну від молодших пацієнтів, відзначається більша схильність до міжособистісної залежності ($7,48 \pm 2,32$ та $15,58 \pm 2,47$ відповідно, $p < 0,05$) та пасивної позиції ($5,23 \pm 1,41$ та $10,02 \pm 2,34$ відповідно, $p < 0,05$) у відносинах з лікарем і менша спрямованість на формування функціонального співробітництва з медичним спеціалістом ($10,52 \pm 2,71$ та $5,73 \pm 1,02$ відповідно, $p < 0,05$). У пацієнтів з ПР з віком збільшується вираженість рис неадекватності