

16. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition // APA. — Washington D.C., 1994.*

17. *Дмитриева Т.Н. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) / Т.Н. Дмитриева, И.В. Дмитриева, Е.Н. Каткова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 4. — С. 39–42.*

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМА

И.А. Марценковский

В статье обсуждаются особенности психофармакотерапии и реабилитации психомоторного, когнитивного и социального функционирования детей с нарушениями общего развития. Лечение детей с нарушениями общего развития должно опираться на медико-социальную реабилитацию в сочетании с длительной терапией рисперидоном или метилфенидатом/ атомоксетином в низких дозах.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, реабилитация, метилфенидат, рисперидон, атомоксетин

GENERAL PRINCIPLES OF TREATMENT OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

I.A. Martsenkovskiy

In article opportunities principles of psychopharmacotherapy, medical and social rehabilitation of psychomotor, cognition and social functioning of children with PDD. Treatment of children with should base on medical-social rehabilitation connected with long-term therapy of risperidone or methylphenidate / atomoksetin in small doses

Keywords: autism spectrum disorders, rehabilitation, methylphenidate, risperidone, atomoksetin

УДК 616.89

С.І. Осташко¹, О.В. Терещенко¹, С.І. Табачников², І.А. Марценковський² ВПЛИВ ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ НА ЯКІСТЬ ТА ДОСТУПНІСТЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УКРАЇНІ

Департамент охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України¹
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
м.Київ²

Ключові слова: економічна криза, охорона психічного здоров'я дітей, первинна медична допомога

Системи охорони психічного здоров'я дітей у розвинених країнах світу переживають черговий етап свого становлення, пов'язаний із переглядом самої парадигми їхньої побудови, перенесенням акценту із соціальної реабілітації та інклюзії на профілактику, створення на рівні громад ефективних систем підтримки психологічного благополуччя, виховання здорового способу життя. Напрямки розвитку профілактичного напрямку в системі охорони психічного здоров'я дітей зафіксовані у Флорентійській декларації, прийнятій 29 серпня 2007 року, на XIII конгресі Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії й підтримані резолюціями Європейського бюро ВООЗ та Європейської академії дитячої та підліткової психіатрії.

В 2010 році послугами спеціалізованої психіатричної допомоги для дітей скористалися 214 297 (2,7 %) мешканців України дитячого віку. Психічні розлади у дітей становили 18,3 % всієї психіатричної захворюваності.

Світова економічна криза значуще впливає на якість та доступність психіатричної допомоги в країнах європейського регіону. Про це зокрема свідчать результати оприлюдненого в 2011 спеціального дослідження Європейського регіонального бюро ВООЗ, проведеного в 39 країнах Європи.

По-перше, психіатрична стигма, сама по собі, істотно обмежує конкурентноспроможність споживачів психіатричної допомоги та членів їх родин на

ринку праці. Економічна криза в країнах регіону супроводжувалася зростанням безробіття і, як наслідок, зростанням конкуренції за робочі місця. Зростаюча конкуренція в першу чергу зачепила уразливі групи населення, передусім осіб з обмеженими можливостями і розладами психіки, батьків дітей з особливими потребами, молоді із психічними розладами, що досягла працездатного віку.

По-друге, бюджетні проблеми у всіх європейських країнах змусили деякі з них переглянути витрати на соціальне забезпечення осіб з обмеженими можливостями, в тому числі виплати з інвалідності. Оскільки близько 20-40% людей, які отримують таку допомогу, згідно з оцінками ВООЗ страждають психічними розладами, ця група, на думку експертів, постраждала у фінансовому плані найбільше.

По-третє, соціальна підтримка, що надається особам із психічними розладами в громадах виявилася дуже вразливою в умовах економічної кризи, оскільки капіталовкладення і постійні витрати в цій сфері завжди були відносно низькими та фінансувалися з місцевих бюджетів. У 2009 – 2010 роках відповідно до звіту ВООЗ уряди багатьох країн Європи зіткнулися з вимушеними скороченнями обсягів фінансування у сфері охорони здоров'я. Особливо постраждали програми, що фінансувалися громадами.

В Україні фінансування психіатричної допомоги

дітям відбувається майже виключно за рахунок місцевих бюджетів. Це поставило під загрозу політику деінституалізації психіатричної допомоги, призвело до скорочення асортименту послуг, що надаються споживачам психіатричної допомоги на рівні громад та медичних закладів у депресивних регіонах країни. Зокрема суттєво погіршився доступ споживачів психіатричної допомоги до сучасних медикаментів, насамперед імпортного виробництва, безоплатного стаціонарного лікування, програм медико-соціальної реабілітації та підтримуючої терапії.

Наприклад, відповідно до вимог клінічних протоколів Міністерства охорони здоров'я України для лікування розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю, асоційованих розладів поведінки та гіперактивності при розладах зі спектру аутизму мають застосовуватися метилфенідат (Концрта) та атомоксетин (Страттера). Ні в 2009, ні в 2010 роках тендерні закупівлі цих препаратів МОЗ України не проводилися. Родини дітей, що отримували лікування цими препаратом не лише були змушені купувати дорогі ліки за власні кошти, но і стали заручниками відповідальності та комерційних стратегій експортерів монополістів. Як наслідок, в більшості регіонів України метилфенідат не був доступним для споживачів навіть у рознічній аптечній мережі. З травня 2011 року ситуація погіршилася, з аптечної мережі на території України зник метилфенідат у дозі 36 мг.

Одночасно зі світовою економічною кризою на якісні показники роботи дитячої психіатричної служби в Україні впливають зменшення дитячого населення, зниження престижу спеціальності, постаріння, деморалізація та зниження кваліфікації зайнятих у наданні психіатричної допомоги дітям фахівців. Вимагають перегляду, приведенню у відповідність до вимог доказової медицини застарілі навчальні програми та плани, потрібно радикально підвищити підготовку фахівців з питань психотерапевтичного лікування психічних та поведінкових розладів у дітей.

Протягом останніх років в Україні спостерігалось скорочення дитячої популяції. Станом на 1 лютого 2011 року загальна чисельність становила 45 782 592, дитячого – 8 081 126 мешканців. З початку року загальна чисельність населення скоротилась на 180 767 чоловік (0,4 %), дитячого населення на 105 151 чоловік (1,3 %). Протягом 2009 року дитяча популяція зменшилася на 139 410 (1,7 %) осіб. Скорочення кількості дітей впродовж декількох останніх років відбувається насамперед за рахунок підлітків. Популяція підлітків в віці від 15 до 17 років зменшилася в 2009 році на 6,9 %, 2010 році - 7 %.

Забезпеченість дитячого населення дитячими психіатрами протягом кризових років формально суттєво не змінилася. В 2010 році в Україні було 521,75 посад дитячих психіатрів (у 2009 році – 524,75), з них зайняті – 472,0 (у 2009 році – 480,75). Ці посади обіймали 406 (у 2009 році – 408) фізичних осіб. Укомплектованість штатних посад фізичними особами в 2010 році

становила 77,82 %. Забезпеченість дитячого населення дитячими психіатрами в 2010 році залишилася на рівні 2009 року і дорівнювала 5,84 на 100 000 дитячого населення, проте суттєво різнилася в різних регіонах країни. Під впливом економічної кризи диспропорції у забезпеченості фахівцями з питань охорони психічного здоров'я між економічно розвинутими та депресивними регіонами посилювалися.

Згідно з офіційними статистичними даними МОЗ України вв 2010 році при середньоукраїнському показнику 5,02 в Києві показник забезпечення населення дитячими психіатрами сягав 8,87, в АР Крим – 8,64, Луганській області – 7,83, Львівській – 7,04, в місті Севастополі – 6,72 на 100 000 дитячого населення. В західних та південних областях України кількість дитячих психіатрів була значно нижчою. В Миколаївській області кількість фізичних осіб дитячих психіатрів на 100 000 дитячого населення становила 0,94, Рівненській – 1,47, Закарпатській та Кіровоградській – 2,79, Херсонській – 2,97, Хмельницькій – 2,80, Київській – 2,95, Волинській – 3,40, Вінницькій – 3,92.

Найбільш демонстративними індикаторами зниження доступності психіатричної допомоги дітям в умовах економічної кризи виявилися показники первинної захворюваності та інвалідності.

Протягом двох передкризових років показник захворюваності на розлади психіки та поведінки в Україні зростав: у 2007 на 4,9 %, у 2008 – 2,8 %. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у дітей зростала повільніше: у 2007 на 1%, у 2008 – 4,1%. Рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки у дітей в віці до 14 років протягом 2007 та 2008 років зросли відповідно на 1,0 % та 1,9 %, у підлітків на 1,6 % та 13,4%.

У 2009 році рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки в Україні знизився на 6,7 %, у 2010 році на 2,2 %. У дитячій популяції рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки в 2009 році зменшився на 5,7 %, 2010 зріс на 4,7 %. Протягом 2010 року під нагляд з уперше встановленим діагнозом узято 4555 дітей у віці 15 – 17 та 30587 дітей у віці 0 – 14 років, що з урахуванням поправки на зміну кількості населення свідчить про відновлення докризового (показники 2008 року) рівня діагностики.

В передкризовому 2008 році спостерігалися значні розбіжності показників дитячої захворюваності на психічні розлади в різних регіонах України: від 911,3 на 100 000 дитячого населення в Чернігівській, 809,9 – Херсонській областях, 761,7 у АР Крим, 753,2 у Житомирській областях до 240,7 у Волинській, 340,3 – Закарпатській, 361,9 – Рівненській, 288,1 у Чернівецькій областях та 374,0 у місті Києві.

У 2009 році міжрегіональні розбіжності рівнів первинної діагностики розладів психіки та поведінки в дітей посилювалися. У Миколаївській області показники захворюваності знизилися протягом року на 28,1 % (з 618,6 до 444,5 на 100 000 населення), Чернігівський на 22,3 % (з 911,3 до 707,6 %), Вінницькій та Донецькій

на 21,0 % (з 428,5 до 338,5 та з 493,5 до 390,0 %), Дніпропетровській на 18,3 % (з 498,2 до 407,0), Івано-Франківській на 15,4 % (з 436,3 до 369,3). Зростання показників дитячої захворюваності в 2009 році було зареєстровано в Житомирській (на 11,0 %, з 753,17 до 853,8), Кіровоградській (на 8,2 %, з 424,7 до 459,7), Луганській (на 6,4 %, з 535,4 до 569,9) та Чернівецькій (на 4,3 %, з 288,1 до 300,6) областях.

У 2010 році найвищі показники захворюваності спостерігалися в Чернігівській – 806,1, Житомирській – 823,2, Херсонській областях – 766,0 і АР Крим – 7651,6, найнижчі – Волинській – 242,9, Чернівецькій – 300,2, Закарпатській областях – 358,5 на 100 000 дитячого населення.

Для регіонів із низькими показниками дитячої захворюваності притаманні проблеми з доступністю амбулаторної психіатричної допомоги, високим рівнем стигматизації, низьким рівнем якості послуг, які не задовольняють очікування населення. Навіть у промислово розвинутих областях із високими, порівняно із середньо українськими показниками захворюваності, дитячі психіатри працюють далеко не у всіх районах. Це негативно впливає на виявлення в них психічно хворих дітей.

В сільській місцевості у разі відсутності дитячих психіатрів психіатричну допомогу дітям і підліткам надають дільничні психіатри центральних районних лікарень. Внаслідок віддаленості сільських населених пунктів від районних центрів у сільській місцевості активність звернення за допомогою до дитячих психіатрів є меншою. Показники захворюваності в таких регіонах виявилися особливо чутливими до економічної кризи.

У великих містах на зниження показників захворюваності впливала стигматизація психіатричної допомоги дітям, нерозвинутість послуг, що надаються в амбулаторній ланці. Значна частина дітей із розладами психіки та поведінки отримують медичну допомогу в приватних медичних структурах, закладах, створених організаціями батьків, у дитячих неврологів і не враховуються медичною статистикою як випадки первинно діагнованих захворювань.

На дитячий вік доводиться 8,6 % інвалідності, зумовленої розладами психіки. У 2010 році в Україні було 23442 дітей-інвалідів із розладами психіки. Первинна інвалідність в 2010 році була встановлена в 2474 дітей.

Показники первинної інвалідності протягом останніх років зменшувалися. В 2005 році інвалідність була встановлена у 3511, 2009 році – 2352, 2010 році - 2174 дітей. Контингент дітей-інвалідів продовж останніх 5 років зменшився на 22,8 % (на 0,8 % за останній, 1,1 % за 2009 рік).

Зменшення дитячої інвалідності зумовлено впливом декількох факторів.

По-перше, зменшення інвалідності зумовлене поступовим поліпшенням медичної, зокрема, неврологічної допомоги дітям з органічним ураженням мозку

на першому році життя. Первинна інвалідність у дитячому віці, зумовлена розумовою відсталістю з 2005 року зменшилася в Україні в 2,2 разів. В 2010 році з розумовою відсталістю вперше були визнані інвалідами 1375 дітей (17,01 на 100 000 населення).

По-друге, зменшення інвалідності зумовлене поліпшенням неврологічної допомоги дітям із епілепсіями. Діагностика, протиепілептична терапія цього контингенту хворих приведені у відповідність до вимог доказової медицини. Первинна психіатрична інвалідність у дитячому віці, зумовлена епілепсією з 2005 року зменшилася в 2,3 разів. В 2009 році лише 91 дитина з епілепсією була первинно визнана інвалідом (1,11 на 100 000), в 2010 – 71 (0,88 на 100 000 дитячого населення).

Первинна інвалідність, зумовлена розладами зі спектру аутизму становила в 2010 році 4,2 на 100 000 дитячого населення. Ураховуючи наявні тенденції можна передбачити, що головною причиною психіатричної дитячої первинної інвалідності в найближчі три роки в Україні стануть розлади загального розвитку. Проте, в деяких регіонах України створюються штучні перепони в наданні допомоги з дитячої інвалідності дітям із розладами зі спектру аутизму, допомога надається на 2 роки, а не до 18 років, як це передбачено відомчими наказами. В регіонах з низьким рівнем діагностики розладів зі спектру аутизму, наприклад в Тернопільській та Закарпатській областях, спостерігаються штучно занижені, порівняно з середньоукраїнськими показники первинної дитячої інвалідності. У 2010 року показники первинної дитячої інвалідності були найвищими в Полтавській – 44,75, Запоріжжській – 41,14, Донецькій – 41,0, Івано-Франківській областях – 40,72 на 100 000 дитячого населення; найнижчими в Тернопільській – 18,59 та Закарпатській – 13,96 областях.

Відповідно до визначених МОЗ України пріоритетів, не зважаючи на економічну кризу реформування системи надання спеціалізованої психіатричної допомоги дітям, приведення її у відповідність до вимог доказової медицини не припинялося. Зокрема продовжувалася робота по підвищенню якості діагностики та лікування розладів зі спектру аутизму та гіперкінетичних розладів.

Показники поширеності розладів загального розвитку за даними офіційної статистики МОЗ України не відповідають їх реальній поширеності. На кінець 2010 року під наглядом перебувало 1838 хворих з розладами загального розвитку (22,7 на 100 000 населення, 128,6 на 100 000 дитячого населення).

Дуже часто у дітей з розладами зі спектру аутизму безпідставно діагностується помірна та глибока розумова відсталість. Привертає до себе увагу той факт, що на Одеську та Дніпропетровську області в 2010 році приходить 236 з 1009 (23,4 %) випадків діагностики помірної, тяжкої та глибокої розумової відсталості

З 2006 по 2010 рік захворюваність на розлади зі спектру аутизму в дітей в Україні зросла в 2,5 рази.

Протягом 2010 року з уперше в житті встановленим діагнозом під нагляд було взято 342 дитини з розладами загального розвитку. Захворюваність склала 4,2 на 100 000 населення (23,8 на 100 000 дитячого населення). Показник стабільно зростає протягом чотирьох останніх років: у 2007 – на 28,2%; 2008 – 32%, 2009 – 27,2%, 2010 – 35,7%.

Не зважаючи на позитивні зрушення з виявленням розладів зі спектру аутизму, його діагностика в 2010 році залишалася незадовільною в більшості регіонів України. У Вінницькій, Волинській, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях та місті Севастополі. На долю цих регіонів у 2010 році приходить лише 16,7 % випадків вперше діагностованих розладів загального розвитку. Низьким залишається рівень діагностики розладу в Київській, Луганській, Одеській, Харківській, Чернігівській областях. Позитивні результати досягнуті лише в 6 регіонах: АР Крим, Донецькій, Дніпропетровській, Запорізькій, Львівській областях та м. Києві. У цих регіонах було діагностовано 63,7 % випадків розладів загального розвитку в Україні. Під наглядом дитячої психіатричної служби в 2010 році в Донецькій, Дніпропетровській, Одеській та Вінницькій областях перебували 4240 дітей з розладами загального розвитку, що становить 33,8 % від загальноукраїнської кількості.

Якість діагностики гіперкінетичних розладів в Україні також залишається незадовільною. Показник врахованої психіатричною службою захворюваності в 2010 році знизився на 33,3 % до 13,0 на 100 000 дитячого населення (в 2008 цей показник становив 18,3, в 2009 році – 19,5 випадків на 100 000 дитячого населення). Показник поширеності розладу в 2010 році зменшився на 10,5 % з 96,0 в 2009 році до 85,9 випадків на 100 000 дитячого населення.

Зниження рівня діагностики гіперкінетичних розладів у 2010 році зумовлено фактичним ігноруванням в більшості регіонів України Наказу МОЗ України по впровадженню клінічних протоколів надання медичної допомоги дітям і підліткам із гіперкінетичними розладами, відсутністю відповідних планів заходів, неналежним медичним забезпеченням, зокрема відсутністю в аптечних мережах метилфенілату, атомоксетину та альфа агоністів. Вкрай незадовільною діагностика розладу була в Вінницькій, Миколаївській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій областях та місті Києві. В багатьох регіонах країни для хворих із гіперкінетичними розладами не доступними були препарати, які відповідно до клінічного протоколу Міністерства охорони здоров'я були віднесені до першої лінії терапії, зокрема метилфенілат. Цей препарат був доступний лише в аптечних мережах Києва, Дніпропетровська, Луганська, Одеси, Харкова, Львіва, АР Крим. Певні заходи щодо діагностики розладу відповідно до клінічного протоколу та рекомендацій МОЗ

України були вжиті в 8 регіонах країни (Донецькій, Луганській, Харківській, Одеській, Запорізькій, Полтавській, Дніпропетровській, Чернігівській областях), на які приходить 605 (57,2 %) випадків первинно діагностованого розладу та 3912 (56,4 %) пацієнтів із розладом, що перебували під наглядом на кінець року. В місті Львові було відкрито міський кабінет для дітей з гіперкінетичними розладами.

Розлади харчової поведінки можуть стати передумовою тяжких порушень репродуктивного здоров'я, порушень загального фізичного розвитку, хронічних органних захворювань, стати причиною смерті дитини. У більшості підлітків розлади харчової поведінки, насамперед анорексія, діагностуються не вчасно, переважно після виникнення соматичних ускладнень.

Протягом 2010 року в Україні було вперше діагностовано 101 випадок розладів харчової поведінки. Захворюваність склала 1,24 на 100 000 дитячого населення. В Луганській, Донецькій та Дніпропетровській областях були зареєстровані 43 з 101 (42, 6 %) нових випадків захворювання.

Поширеність розладів харчової поведінки на 100 000 дитячого населення в 2010 році становила 7,75. Більшість пацієнтів 486 з 627 (77,5 %) перебували під наглядом дитячих психіатричних служб у 8 регіонах України (Львівській, Луганській, Харківській, Донецькій, Київській, Тернопільській, Запорізькій, Дніпропетровській областях). 315 хворих (90,2 %) із розладами харчової поведінки отримували спеціалізовану допомогу в Львівській, Луганській та Харківській областях. В деяких регіонах (АР Крим, Волинська, Одеська, Полтавська, Сумська області, міста Київ та Севастополь) випадки розладів харчової поведінки впродовж 2010 року майже не реєструвалися.

В Україні, за винятком Львова, відсутні спеціалізовані ліжка для надання високоспеціалізованої, зокрема, невідкладної психіатричної та психотерапевтичної допомоги дітям із анорексією та булімією. Невідкладна допомога дітям із розладами харчової поведінки надається в реанімаційних, гастроентерологічних, психіатричних відділеннях. Відсутня інструкція МОЗ України, щодо застосування недобровільної госпіталізації та заходів примусового характеру у випадках, коли не надання медичної допомоги загрожує життю дитини чи може стати причиною тяжких порушень здоров'я. Нормами діючого Закону України «Про психіатричну допомогу» не передбачено надання недобровільної медичної допомоги при відсутності інформованої згоди одного чи обох батьків, не передбачена відповідальність батьків за створення перешкод для надання дитині невідкладної медичної допомоги.

Загальномедичні, психіатричні та психотерапевтичні форми допомоги підліткам із розладами харчової поведінки, як правило, погано скоординовані; обсяги допомоги, сфери компетенції спеціалістів не врегульовані клінічним протоколом Міністерства охорони здоров'я України.

Лише в Донецьку та Львові діють програми спеціа-

лізованої напівстаціонарної та амбулаторної психіатричної та психологічної допомоги цьому контингенту хворих. В межах цих програм для дітей та підлітків доступні сімейна, когнітивно-поведінкова та психодинамічно орієнтована терапія.

Аналіз показників роботи дитячої психіатричної служби в умовах економічної кризи дозволяє сформулювати пропозиції, щодо подальших заходів по оптимізації її організації та діяльності. Пріоритетом реформування системи психіатричної допомоги дітям в Україні має бути перерозподіл ресурсів між спеціалізованою психіатричною, первинною медичною та долікарняною допомогою: розвиток психіатричної допомоги дітям із психічними розладами та особливими потребами за місцем проживання, інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із загально-медичною допомогою, підвищення компетенції сімейних лікарів та педіатрів з питань діагностики психічних розладів та надання психіатричної допомоги дітям, організація дитячих психіатричних відділень у структурі дитячих багатопрофільних лікарень, формування ланки високоспеціалізованої психіатричної допомоги (організація центрів для дітей з розладами загального розвитку, кабінетів для дітей з порушеннями активності, уваги та розладами поведінки, спеціалізованих ліжок для надання високоспеціалізованої психіатричної та психотерапевтичної допомоги дітям з розладами харчової поведінки, спеціалізованих ліжок для надання високоспеціалізованої наркологічної та психотерапевтичної допомоги дітям з аддикцією) оптимізація кількості дитячих психіатричних ліжок, виходячи з кількості дитячого населення та ефективності їх використання, пріоритетний розвиток амбулаторних і напівстаціонарних форм допомоги. Перерозподіл функцій у сфері охорони психічного здоров'я дітей вимагає відповідального використання наявних фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів і має спиратися на результати проведеного МОЗ ситуаційного аналізу.

Для приведення якості психіатричної допомоги дітям у відповідність до сучасного рівня розвитку науки перед службою має бути поставлено завдання розробити та регулярно переглядати клінічні протоколи і критерії якості допомоги для найбільш поширених та соціально значущих розладів психіки та поведінки у дітей: розладів зі спектру аутизму, гіперкінетичних розладів, розладів харчування (анорексії та булімії), розладів поведінки, депресій, аддикцій. Потрібно вжити заходи для забезпечення доступу дітей із психічними розладами до лікарських засобів, які в установленому порядку зареєстровані на території України, ефективність яких ґрунтується на принципах доказової медицини; забезпечити перенесення акценту при наданні допомоги дітям із біологічного лікування на психосоціальну допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно-поведінкову. Потрібно вжити заходів для підготовки фахівців з цих питань.

Перед дитячою психіатричною службою України в 2011 році стоїть завдання продовження та поширення динамічної співпраці закладів Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту для розробки спеціальних профілактичних програм для навчальних закладів у рамках реформування системи шкільної медицини, що сприятимуть зміцненню психічного здоров'я учнів, запобігатимуть антисоціальній поведінці, жорсткому поводженню, формуватимуть соціально адаптивні форми поведінки, для розробки програм інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами і дітей з психічними розладами в існуючі загальні системи освіти та професійної підготовки, запровадження програм підготовки вчителів загальним принципам психосоціальної терапії дітей з дефіцитом уваги, імпульсивністю, гіперактивністю та розладами поведінки.

ВЛИЯНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА НА КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УКРАИНЕ

С.И. Осташко, А.В. Терешенко, С.И. Табачников, И.А. Марценковский

Через два года после кризиса стало очевидным его негативное влияние на повседневную жизнь миллионов семей, детей и молодых людей. Нынешний финансовый кризис и связанные с ним социально-экономические трудности будут иметь долгосрочные последствия для психического здоровья детей. Об этом свидетельствуют данные официальной статистики Министерства здравоохранения за 2008 – 2010 годы. Тем не менее, неблагоприятное воздействие экономического кризиса на психическое здоровье детей может быть минимизировано улучшением социального обеспечения уязвимых контингентов и другими мерами, направленными на оптимизацию системы охраны психического здоровья. Программы по снижению бремени недостаточного финансирования служб охраны психического здоровья детей местными бюджетами должны сопровождаться оптимизацией структуры психиатрической помощи детям, улучшением медико-психологической помощи на этапах доврачебной и первичной помощи.

Ключевые слова: экономический кризис, охрана психического здоровья детей, первичная медицинская помощь

IMPACT OF ECONOMIC CRISIS ON THE QUALITY AND AVAILABILITY OF MENTAL CARE FOR CHILDREN IN UKRAINE

S.I. Ostashko, O.V. Tereshenko, S.I. Tabachnykov, I.A. Martsenkovsky

Two years after the crisis broke out its impact on the daily lives of millions of families, children and young people is clearly perceptible. The current financial crisis and socio-economic adversity may have lasting effects on children's mental health. However, the mental health effects of the economic crisis can be offset by social welfare and other policy measures. Debt relief programmes will help to reduce the mental health effects of the economic crisis and accessible and responsive primary care services support people at risk and prevent mental health effects.

Keywords: economic crisis, children's mental health, primary care