

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 клинично-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