

Г. М. Зильберблат

РЕФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Г. М. Зильберблат

Реформування психіатричної служби крізь призму наркологічних проблем

H. M. Zilberblat

The reforms of the mental health service through the prism of the substance abuse problems

Статья посвящена вопросам реформирования психиатрической помощи населению Украины. Рассматривается оказание наркологической помощи в историческом аспекте, опыт организации психиатрическо-наркологического объединения, описаны основные преимущества объединения психиатрической и наркологической служб в единую структуру, автор излагает своё видение стратегии реформирования наркологии и психиатрии.

Ключевые слова: реформы, психиатрия, наркология, Объединение, зависимости, психические расстройства, наркомания, алкоголизм, медицина

Стаття присвячена питанням реформування психіатричної допомоги населенню України. Розглядається надання наркологічної допомоги в історичному аспекті, досвід організації психіатрично-наркологічного об'єднання, описані основні переваги об'єднання психіатричної та наркологічної служб в єдину структуру, автор висловлює власне бачення стратегії реформування в галузі психіатрії та наркології.

Ключові слова: реформи, психіатрія, наркологія, Об'єднання, залежності, психічні розлади, наркоманія, алкоголізм, медицина

This article is dedicated to the reforms of the mental health care to the population of Ukraine. The author considers the provision of the substance abuse treatment in the historical aspect and the experience of the psychiatric and narcological Association. In the article is described the main benefits of combining the mental health and the substance abuse clinics into a single institution. The author presents in the article his vision of the reforms in the field of psychiatry and narcology.

Keywords: reforms, psychiatry, narcology, Association, dependences, mental disorders, drug abuse, alcohol abuse, medicine

Военные действия на юго-востоке Украины, ситуация в зоне проведения антитеррористической операции (АТО), большое количество людей с посттравматическим стрессовым расстройством, страдающих также алкогольной и наркотической зависимостью, заставляют опять вернуться к проблеме взаимоотношения психиатрии и наркологии (Н. А. Марута, О. В. Друзь) [1].

В мире существует более десяти тысяч болезней, на третьем месте по распространённости находятся психические заболевания, в первую очередь, алкогольная зависимость.

Согласно МКБ-10, алкоголизм и наркомания не выделены в отдельный класс заболеваний, а являются, наряду с психическими заболеваниями, одним из разделов 5 класса «Расстройства психики и поведения».

Распространённость расстройств психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ (F10.2—9 — F19.2—9) составляет 42 % от общего количества психических и поведенческих расстройств (F00 — F99) (доля алкоголизма в общем количестве психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ составляет около 70 %). Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (F10.2—9 — F19.2—9) составляет 60 % (по данным 2014 года).

Поэтому, говоря об усовершенствовании оказания помощи психически больным (в том числе и участникам АТО), очень важно рассмотреть решение вопроса через призму наркологии.

Любое реформирование состоит в изменении двух основных составляющих: изменении структуры и изменении внутреннего содержания. Эти составляющие прочно связаны между собой, взаимно влияют и дополняют друг друга.

Структурную решётку можно представить в виде пирамиды, которая условно делится на три уровня: в основании — помощь на уровне района, по центру — на уровне

области, а вершина пирамиды — научно-исследовательские институты, академии, университеты (рис. 1).



Рис. 1. Структура оказания помощи психически больным

Говоря о наркологической составляющей в психиатрии, нельзя не сделать краткий экскурс в историю.

Оказание помощи наркологическим больным в царской России, как и во всём мире, проводилось в психиатрических лечебницах **врачами-психиатрами**.

В связи с ростом пьянства в царской России, особенно среди городского населения, в 1902 году появились «Приюты для пьянствующих», прототипы медвытрезвителей. Здесь работали фельдшера, прошедшие специальную подготовку в психиатрических лечебницах. Действовали два отделения: амбулатория для пьяных и специальный приют для детей, чьих родителей забрали в вытрезвитель. Эти центры вытрезвления просуществовали до 1917 года.

В царской России, с началом Первой мировой войны (1914 год), был принят Указ, запрещающий производство и продажу крепких спиртных напитков и резко ограничи-

вающий продажу вина. В 1924 году в СССР «сухой закон» отменили, была объявлена государственная монополия на производство и продажу спиртных напитков.

Первая водка, которая была тогда выпущена, была крепостью 30 «градусов» и в народе ее называли «рыковка», по имени председателя Совнаркома Рыкова. С 30 «градусов» очень быстро производства перешли на 40 «градусов».

Первый советский медвытрезвитель был открыт 14 ноября 1931 г. в г. Ленинграде, где больных вытрезвляли, а при осложнениях (алкогольных психозах) отправляли в психиатрические больницы. Медвытрезвители были открыты во всех городах СССР в структуре органов здравоохранения. Работали в медвытрезвителях фельдшера, прошедшие спецподготовку в психиатрических больницах.

Приказом наркомата внутренних дел СССР Берии от 4 марта 1940 г. медицинские вытрезвители были выведены из Наркомата здравоохранения и подчинены НКВД (решение о нецелесообразности функционирования медицинских вытрезвителей с 01 января 2000 г. было принято Постановлением КМ Украины от 09.08.1999 № 1451).

На протяжении всего этого периода врачебная помощь наркологическим пациентам оказывали **врачи-психиатры**; больные алкоголизмом лечились в психиатрических диспансерах, а при необходимости — в психиатрических стационарах.

К концу 50-х годов прошлого столетия в структуре психиатрических больниц стали появляться наркологические отделения, а в психиатрических диспансерах — наркологические кабинеты. К середине 60-х годов прошлого столетия начали создавать областные и городские наркологические диспансеры.

В 1975 г. наркология выделяется как субспециальность психиатрии. Наркологическую помощь оказывают **врачи-психиатры**, прошедшие усовершенствование по наркологии на циклах при кафедрах психиатрии.

К концу 70-х гг. прошлого столетия в Украине функционировали 70 наркологических диспансеров, из них 25 областных, 7 городских, 45 межрайонных [6, 7]. Во всех областных диспансерах были сформированы стационарные отделения. Внебольничную помощь оказывали более 500 наркокабинетов при ЦРБ и ЦГБ. Были созданы фельдшерские наркопункты при промпредприятиях. Организованы наркологические отделения, дневные стационары, ночные профилактории при промышленных предприятиях. С размахом развивалась промышленная наркология.

Последний областной наркодиспансер Украины был создан в Киевской области в 1984 г. по причине отсутствия областного центра (отсутствовало «приписное» население).

Медицинская наркологическая помощь была доступной, всеобъемлющей, нацеленной на профилактику.

В 1985 году в Советском Союзе у психиатров, оказывающих помощь наркологическим больным, появилась приставка «нарколог». Во всех странах мира наркологическую помощь оказывали и по-прежнему продолжают оказывать **врачи-психиатры**.

В 1997 году в Украине (и только в Украине) вводится новая специальность — врач-нарколог. В некоторых странах бывшего СССР и по сей день сохранилась специальность психиатр-нарколог (Беларусь, Россия, Казахстан), а в странах Прибалтики, Грузии, Молдове помощь наркобольным оказывают врачи-психиатры.

В 1998 году впервые в Украине в Киевской области создано психиатрическо-наркологическое медицинское объединение. В его состав вошли областная психиатрическая больница № 1 (800 коек) с организационно-методическим консультативным отделом (в области отсутствовал и отсутствует областной психдиспансер) и областной наркодиспансер (415 коек). Большая часть подразделений была расположена на одной территории.

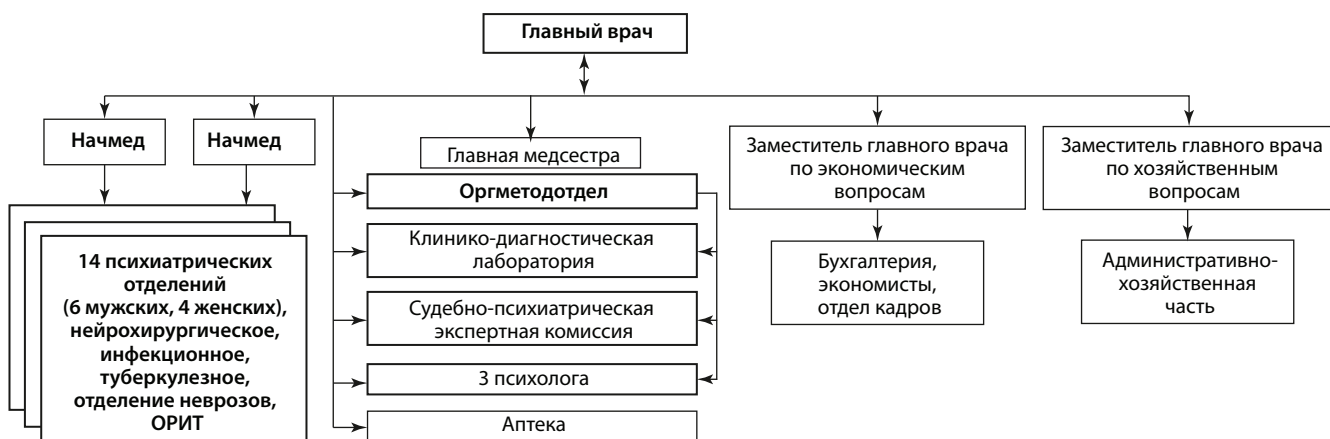


Рис. 2. Структура Киевской областной психиатрической больницы № 1 (пгт. Глеваха, 1989 г.)

Целью создания Объединения было преодоление хозяйственно-экономических проблем Киевской областной психиатрической больницы № 1 (пгт. Глеваха), а также протест против вытеснения психиатрии из наркологии, то есть — вытеснения базовой, основоопределяющей специальности.

По аналогичному пути пошли в ряде областей Украины: Ровенской, после 2010 г. — в Одесской, Луган-

ской, планируется создание объединений в некоторых других областях.

В Киевской области в дальнейшем созданы городское психонаркологическое территориальное медицинское объединение (г. Белая Церковь), районный психонаркологический центр (Сквирская ЦРБ), психонаркологическое отделение в Ирпенской городской поликлинике.

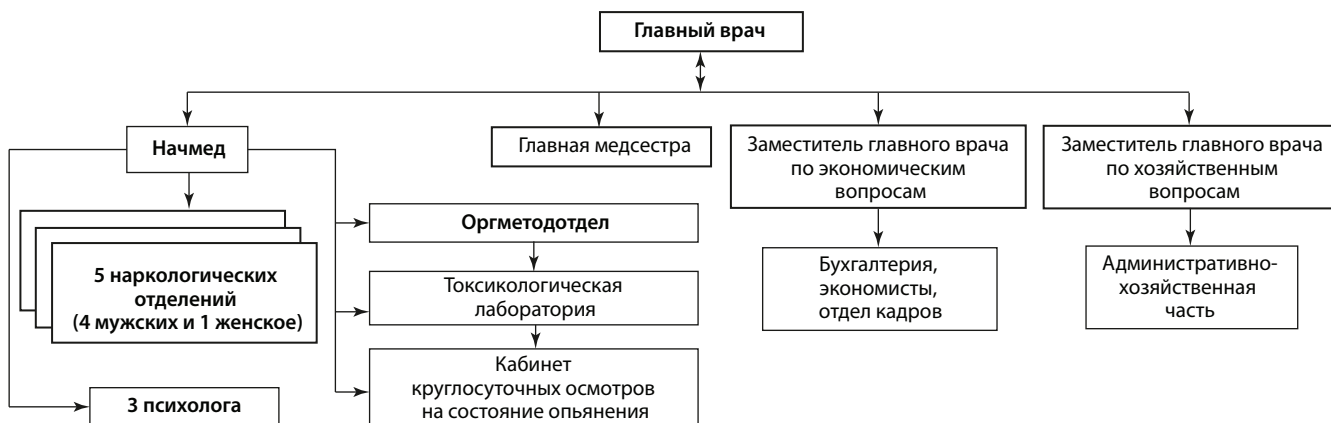


Рис. 3. Структура Киевского областного наркологического диспансера (пгт. Глеваха, 1989 г.)

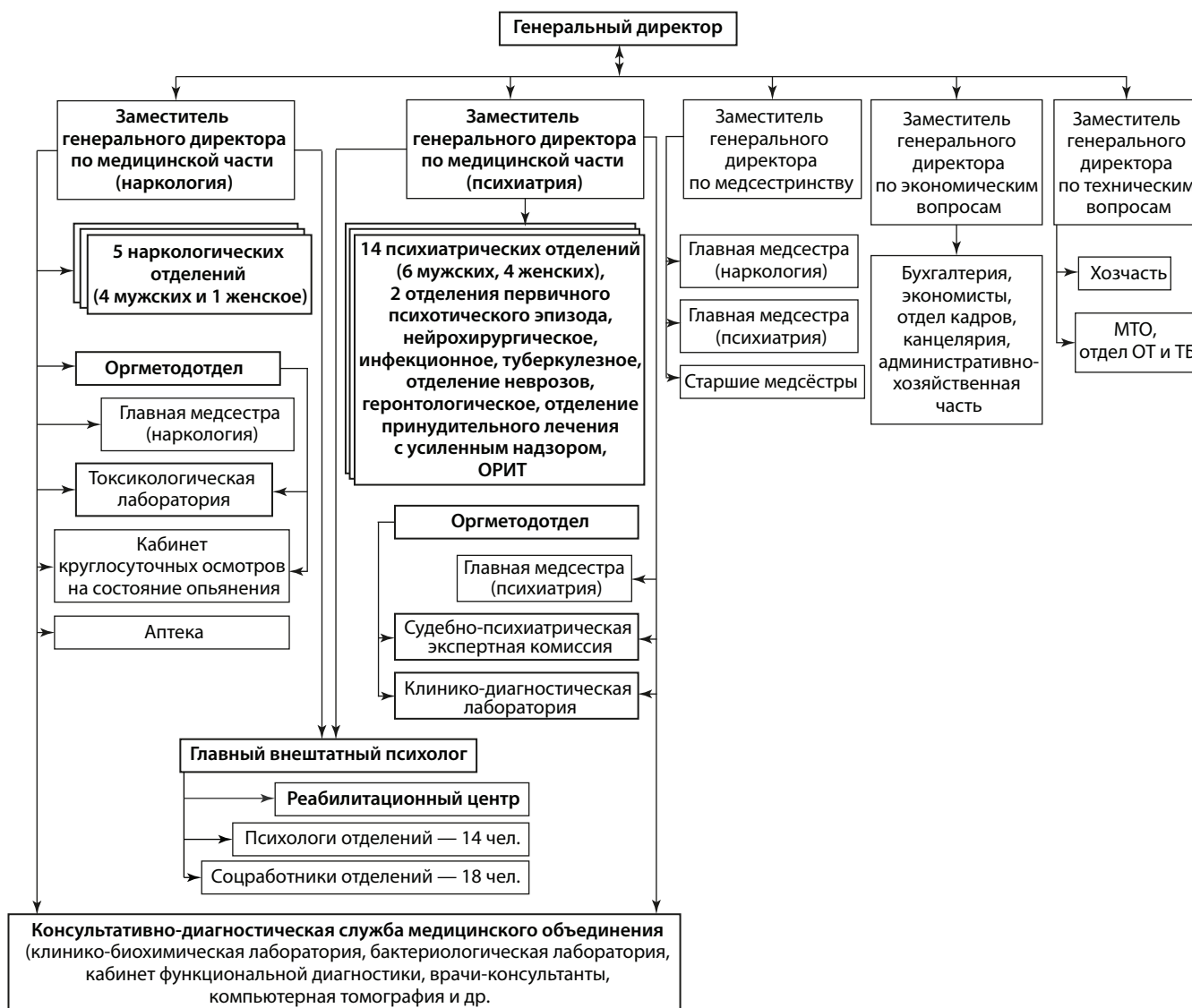


Рис. 4. Структура КУ Киевского областного совета «Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение» (2014 г.)

Объединение служб в Киевской области не позволило сформироваться выраженному антагонизму между психиатрией и наркологией, хотя рудименты этого позорного явления иногда проявляются.

В то же время, в 1997—2005 годах проводятся попытки ликвидации института районного нарколога

(к счастью, это удалось только в г. Киеве); идёт процесс сокращения стационарных коек при наркодиспансерах.

Спустя 17 лет после создания Областного психонаркологического объединения можно с уверенностью отметить, что задачи, поставленные перед коллективом объединения, были выполнены).

Далее проиллюстрированы некоторые показатели работы психонаркологического объединения (рис. 5—9).

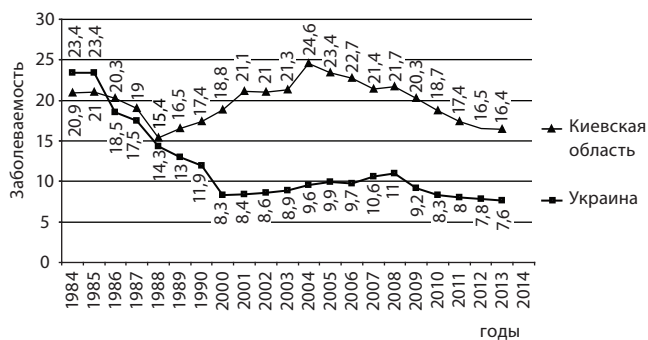


Рис. 5. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя (1984—2014 гг.)

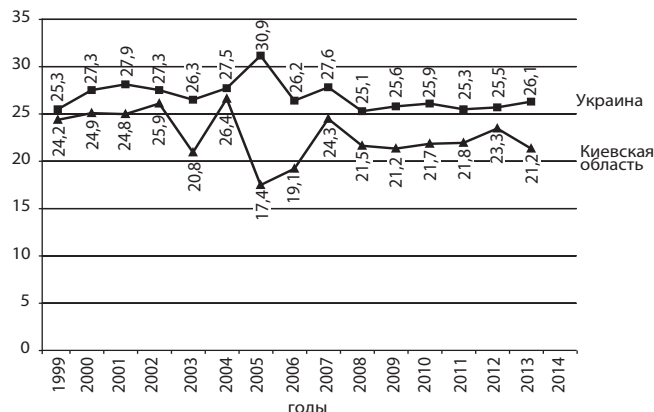


Рис. 9. Первичная инвалидизация вследствие психических расстройств (1999—2014 гг.)

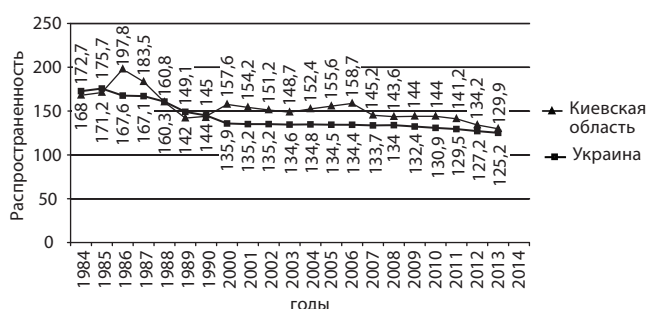


Рис. 6. Распространенность психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя (1984—2014 гг.)

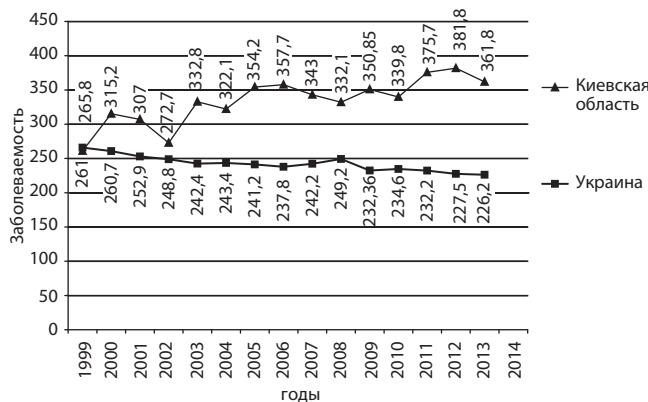


Рис. 7. Заболеваемость психическими расстройствами (1999—2014 гг.)

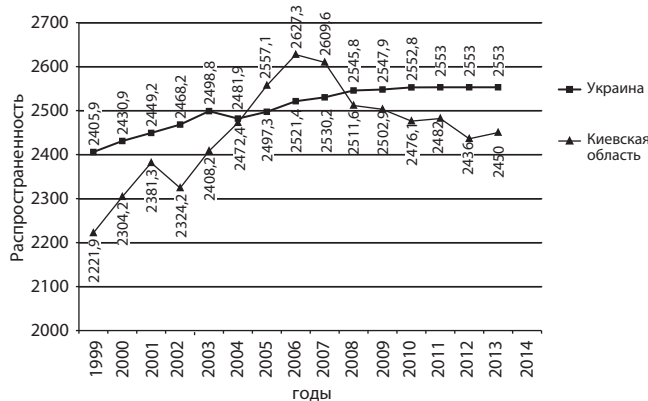


Рис. 8. Распространенность психических расстройств (1999—2014 гг.)

В Киевской области на 01.01.2015 г. развёрнуто 230 наркологических коек (13,4 на 100 тыс. населения, по Украине — 9,4); из них 180 коек — в медобъединении:

1. Мужское «закрытое» на 60 коек (для детоксикации, принудительного осмотра и лечения больных алкоголизмом и наркоманией);
2. Мужское на 80 коек (для лечения алкоголизма);
3. Женское на 40 коек;
4. Отделение реанимации и интенсивной терапии;
5. Дневной стационар в г. Белая Церковь на 25 мест;
6. Наркологическое отделение на 50 коек в структуре областной психиатрической больницы № 2.

В зависимости от тяжести состояния и сопутствующих заболеваний, наркологические пациенты лечатся и в психиатрических стационарных отделениях.

Отделение реанимации и интенсивной терапии медобъединения на 85 % заполнено наркологическими пациентами, на 15 % — больными психиатрического профиля.

На сегодняшний день существует ряд областей, где нет стационарных коек при областных наркологических диспансерах.

Де-юре 3/5 наркологических коек развёрнуто в структуре психиатрических больниц, а фактически 4/5 наркологических пациентов проходят лечение в психиатрических учреждениях (рис. 10) [2].



Рис. 10. Структура оказания наркологической помощи (точка приложения реформирования)

Мы считаем, что максимальные изменения в процессе реформирования следует проводить на базовом уровне, частичные — на втором, минимальное реформирование коснётся верхушки пирамиды (рис. 11).

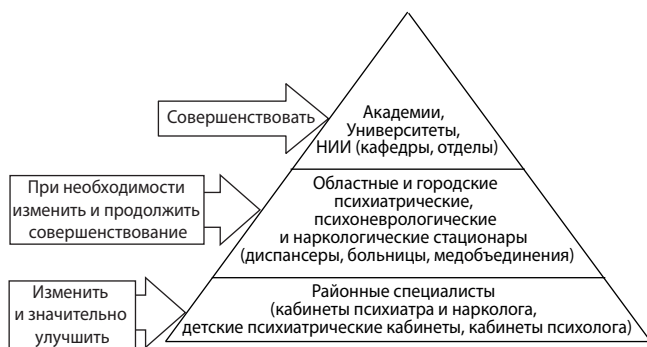


Рис. 11. Направления и объем реформирования наркологической службы

В процессе реформирования наркологической службы необходимо восстановить значимость института районного специалиста, ввести единого **базового психиатра**, восстановить психиатрическую основу наркологии.

Необходимо доукомплектовать районные психиатрические кабинеты (психиатрический, наркологический, детский) **врачами-психиатрами**, это положительно скажется на раннем выявлении наркологических и психиатрических больных.

Раннее выявление, своевременное и качественное лечение приведёт к снижению уровня инвалидизации.

На 01.01.2015 года в Украине на учёте состояли 484 115 человек с хроническими алкогольными синдромами (112,8 на 10 тыс. населения) и 62 200 больных наркоманией; на учёте с острыми алкогольными психозами состоит 131 947 человек (30,75 на 10 тыс. населения).

С учетом коэффициентов достоверности (8) для больных хроническими алкогольными синдромами это составляет **3 872 920** человек, для больных наркоманией (10) — **622 000**, всего **4 494 920** человек.

Количество трудоспособного населения в Украине — 25 220 216 человек, учитывая вышесказанное, это значит, что около 1/5 трудоспособного населения Украины имеют зависимость от психоактивных веществ, преимущественно от алкоголя [4].

Зачастую в районах, а их в Украине сейчас около четырёхсот, ситуация такова: работает только один врач (психиатр или нарколог), могут быть вакантны обе должности (в Киевской области в 4 районах отсутствует психиатр, в 4 — нарколог, а в одном из них нет ни психиатра, ни нарколога).

Реформа должна предусматривать восстановление в наркокабинете «**врача-психиатра**», но при этом мы считаем, нужно сохранить структуру районного психиатрического кабинета, районного наркологического кабинета, областного психиатрического и областного наркологического диспансеров.

Психиатрические и наркологические диспансеры должны быть в каждом областном центре, а там, где это целесообразно, созданы медобъединения, куда войдут психиатрические больницы, наркологические и психиатрические диспансеры как в Киевской, Одесской, Ровенской, Луганской областях.

Реорганизация и улучшение работы наркослужбы несомненно повлияет на организацию психиатрической помощи населению Украины, изживёт антагонизм между психиатрами и наркологами, позволит повысить профессиональный уровень врачей и, что самое главное, **повысит качество оказания психиатрической, в т. ч. наркологической помощи больным.**

В организационном плане выиграет, в первую очередь, районное звено, где будут решены вопросы взаимозаменяемости, обеспечение работы в военных комиссариатах, в отпускной период, при выдаче сертификатов, выходе на пенсию младшего и среднего персонала и многие другие.

Таким образом, оказание качественной своевременной помощи участникам АТО, лицам, страдающим посттравматическим стрессовым расстройством с зависимостями (алкоголизмом и наркоманией), возможно через «одно окно», путём реорганизации психиатрической и наркологической служб. Эти изменения коснутся и других больных, не участвовавших в АТО.

Во всём мире зависимостями (аддикцией) занимаются психиатры, и к этому должна как можно быстрее прийти Украина.

Список литературы

1. Н. А. Марута «Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика и терапия», О. В. Друзь «Надання медичної допомоги в закладах Міністерства оборони України за II півріччя 2015 року» // Матеріали науково-практичної конференції «Современные подходы к диагностике, терапии и реабилитации посттравматических стрессовых расстройств». — Харьков, 28—29 мая 2015.
2. Національний звіт за 2014 рік щодо наркотичної ситуації в Україні / УНДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, ВСП «ММЦАН».
3. Динаміка стану психічного здоров'я населення та організації стану психіатричної та наркологічної допомоги (аналітично-статистичний довідник за 2009—2013 роки у графіках і таблицях) / Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, Центр медичної статистики МОЗ України; укладачі: О. О. Суховій, О. О. Петриченко, Н. М. Степанова [та ін.]; відповідальні редактори: І. Я. Пінчук, М. В. Голубчиков. — Київ: УНДІ соціальної і судової психіатрії та наркології; Центр медичної статистики МОЗ України, 2014. — 665 с.: іл., табл.
4. Статистичний довідник / ДЗ "Центр медичної статистики МОЗ України", 2015 р.
5. Довідник Державної служби статистики України, 2014 р.
6. Поступной А. Н. История и современная ситуация: мнение экспертов-наркологов // Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / под ред. В. А. Соболева, И. П. Руценко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 222—254.
7. Кузьминов В. Н. История наркологической службы Украины в документах [Электронный ресурс] / В. Н. Кузьминов, И. В. Линский // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: сб. науч. работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи / под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — Киев; Харьков, 2010. — Т. 5.

Надійшла до редакції 12.05.2015 р.

ЗИЛЬБЕРБЛАТ Геннадий Михайлович, генеральный директор Коммунального учреждения Киевского областного совета «Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение», Киевская область, Васильковский район, пгт. Глеваха; e-mail: glevakha@gmail.com

ZILBERBLAT Hennadii, General Director of Communal Institution of Kyiv regional council "Regional psychiatric and narcological medical Association", Kyiv region, Vasylykivsky district, Hlevakha; e-mail: glevakha@gmail.com

А. М. Кожина, В. И. Коростий, О. Ю. Резуненко
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА
(клинико-психопатологическая характеристика, эффективность психообразования
в комплексной терапии)

Г. М. Кожина, В. І. Коростій, О. Ю. Резуненко
Сучасний погляд на проблему біполярного афективного розладу
(клініко-психопатологічна характеристика, ефективність психоосвіти в комплексній терапії)

H. M. Kozhyna, V. I. Korostiy, O. Yu. Rezunenko
Modern view on the issue of bipolar affective disorder
(clinical-psychopathological characteristics and efficiency of psychoeducation in the complex therapy)

В работе изучались клинико-психопатологические особенности биполярного расстройства (БАР) у пациентов, находящихся на лечении в условиях психиатрического стационара, и подходы к психообразованию в комплексном лечении этой категории больных.

Как показали результаты исследования, комплексный подход в терапии БАР, который включал в себя психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков и нормотимиков, психотерапевтических программ в сочетании с психообразовательными тренингами, приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных. Это, в свою очередь, свидетельствует о том, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но и решает проблему социальной реинтеграции больного.

По результатам катamnестического наблюдения в основной группе на фоне проводимой комплексной терапии с использованием психообразовательного вмешательства у 82,2 % больных был достигнут стойкий терапевтический эффект, который сохранялся в течение 2 лет, в 11,1 % — состояние оставалось без динамики и в 6,7 % — отмечался рецидив заболевания. В группе контроля улучшение состояния было только у 10 % пациентов, у 48 % регистрировалась госпитализация в связи с рецидивом заболевания. Критериями эффективности были устойчивость ремиссии, частота госпитализации, качество жизни, уровень тревоги, улучшение психического состояния.

Ключевые слова: биполярное расстройство, психообразование, клинико-психопатологические особенности, эффективность лечения

У роботі вивчалися клініко-психопатологічні особливості біполярного розладу (БАР) у пацієнтів, що перебувають на лікуванні в умовах психіатричного стаціонару, і підходи до психоосвіти в комплексному лікуванні цієї категорії хворих.

Як показали результати дослідження, комплексний підхід у терапії БАР, який включав в себе психофармакотерапію з використанням атипичних нейролептиків і нормотиміків, психотерапевтичних програм у поєднанні з психоосвітніми тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності та успішної ресоціалізації хворих. Це в свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але і вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

За результатами катamnестичного спостереження в основній групі на тлі проведеної комплексної терапії з використанням психоосвітнього втручання у 82,2 % хворих був досягнутий стійкий терапевтичний ефект, який зберігався протягом 2 років, в 11,1 % — стан залишався без динаміки і в 6,7 % — відзначений рецидив захворювання. У групі контролю поліпшення стану було тільки у 10 % пацієнтів, у 48 % реєструвалася госпіталізація у зв'язку з рецидивом захворювання. Критеріями ефективності були стійкість ремісії, частота госпіталізації, якість життя, рівень тривоги, поліпшення психічного стану.

Ключові слова: біполярний розлад, психоосвіта, клініко-психопатологічні особливості, ефективність лікування

The paper was devoted to studies of the clinical and psychopathological features of bipolar disorder in patients who are receiving treatment in a psychiatric hospital, and approaches to psychoeducation in the complex treatment of this category of patients.

As the results of the study, an integrated approach in the treatment of BAR, which included psychopharmacotherapy using atypical antipsychotics and mood stabilizers, psychotherapy programs, combined with psychoeducational trainings, leads to the restoration of social activity and successful resocialization patients. This indicates that psychoeducation not only increases the amount of knowledge enhances confidence in the fight against the disease, but also solves the problem of reintegration of the patient.

According to the results of follow-up in the study group on the background of complex therapy using psychoeducational intervention in 82.2 % of patients had achieved stable therapeutic effect that was maintained for 2 years, 11.1 % — the state remained without speakers, and 6.7 % — had recurrent disease. In the control group, improvement was only 10 % of patients, 48 % of registered hospitalization due to recurrent disease. Performance criteria were: stability of remission, rates of hospitalization, quality of life, anxiety levels, improved mental state.

Keywords: bipolar disorder, psychoeducation, clinical and psychopathological features, the effectiveness of treatment

В настоящее время проблема биполярных аффективных расстройств (БАР) является одной из приоритетных для клинической практики и теоретической психиатрии [1, 5, 6].

Вопросы диагностики и терапии биполярного аффективного расстройства в последние годы являются одной из наиболее широко обсуждаемых медицинских проблем, как в связи со значительной распространенностью этого заболевания, так и в связи с трудностями его диагностики и терапии [3, 7, 9].

Учитывая хронический характер БАР с формированием различных психопатологических образований в разные периоды болезни, очевидно, что только комплексная фармакотерапия с гибким динамичным подходом к выбору терапевтической тактики, в зависимости от существующей на том или ином этапе болезни клинической картины, может обеспечить стабилизацию состояния и сохранение социальной адаптации этого контингента больных [2, 4, 8].

Психообразовательная работа является одним из приоритетов, как Всемирной организации здравоохранения, так и Всемирной психиатрической ассоциации.