

УДК 616.816:001.8-061.3

О. К. Напреєнко, О. Г. Сиропятов, Н. О. Дзеружинська, Н. Ю. Напреєнко, О. В. Друзь, В. С. Гичун, А. Є. Горбань
МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ КИЇВСЬКОГО РЕГІОНАЛЬНОГО
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО ТОВАРИСТВА ПСИХІАТРІВ, НАРКОЛОГІВ ТА МЕДИЧНИХ ПСИХОЛОГІВ

А. К. Напреєнко, О. Г. Сиропятов, Н. А. Дзеружинская, Н. Ю. Напреєнко, О. В. Друзь, В. С. Гичун, А. Е. Горбань
Материалы научно-практической конференции Киевского регионального научно-практического
общества психиатров, наркологов и медицинских психологов

О. К. Napryeyenko, O. G. Syropyatov, N. O. Dzeruzhynska, N. Yu. Napryeyenko, O. V. Druz, V. S. Gichun, A. Ye. Gorban
Proceedings of the Conference of the Kyiv regional Scientific and practical society of psychiatrists,
narcolologists and clinical psychologists

В статті наведено результати обговорення роботи та переобрання керівного складу Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів, а також розробки та впровадження підходів до оптимізації психолого-психіатричної допомоги постраждалим і вимушеним переселенцям внаслідок збройних конфліктів, мирних протистоянь, радіаційних аварій на ядерних реакторах, а також застосування «брудної бомби» і тактичної ядерної зброї.

Ключові слова: громадська організація психіатрів, наркологів та медичних психологів, збройні конфлікти, мирні протистояння, радіаційні аварії, «брудна бомба», вимушені переселенці, психічні розлади, діагностика, лікування, реабілітація

В статье приведены результаты обсуждения работы и переизбрания руководящего состава Киевского регионального научно-практического общества психиатров, наркологов и медицинских психологов, а также разработки и внедрения подходов к оптимизации психолого-психиатрической помощи пострадавшим вынужденным переселенцам вследствие вооруженных конфликтов, мирных противостояний, радиационных аварий на ядерных реакторах и использования «грязной бомбы» и тактического ядерного оружия.

Ключевые слова: общественная организация психиатров, наркологов и медицинских психологов, вооруженные конфликты, мирные противостояния, радиационные аварии, «грязная бомба», вынужденные переселенцы, психические расстройства, диагностика, лечение, реабилитация

The article presents the results of the discussion and work of reelected management staff of the Kyiv regional scientific and practical society of psychiatrists, narcolologists and clinical psychologists. The development and implementation of approaches to optimize the psychological and of psychiatric care to internally displaced persons, affected by armed conflict and peaceful confrontation, radiation accidents at nuclear reactors, "dirty bombs" and tactical nuclear weapons using, were approved.

Keywords: non-governmental organization of psychiatrists, narcolologists and clinical psychologists, armed conflicts, peaceful confrontation, radiation accidents, "dirty bomb", internally displaced persons, mental disorders, diagnostics, treatment, rehabilitation

12 грудня 2014 р. в м. Києві відбулася конференція Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів (далі — Товариство) «Магістральні шляхи оптимізації психолого-психіатричної допомоги населенню України на сучасному етапі», яка мала такий порядок денний.

1. Доповідь професора О. К. Напреєнка «Організаційні питання роботи Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів».

2. Оновлення складу та переобрання Правління Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів.

3. Наукова доповідь професора О. К. Напреєнка, професора О. Г. Сиропятова, д. мед. н. О. В. Друзя, д. мед. н. В. С. Гичуна, А. Є. Горбаня, професора Н. О. Дзеружинської, доцента Н. Ю. Напреєнко — «Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах, при мирних протестах і вимушеним переселенцям».

4. Наукова доповідь професора К. М. Логановського — «Охорона психічного здоров'я при радіаційних аваріях на ядерних реакторах та застосуванні "брудної бомби" і тактичної ядерної зброї».

5. Обговорення доповідей представниками первинних осередків товариства, керівниками психіатричних установ міста Києва і Київської області, відомчих психіатричних і суміжних підрозділів, усіма охочими.

6. Прийняття резолюції конференції.

В роботі конференції взяли участь 57 спеціалістів, делегованих 16 первинними організаціями Товариства, та 43 — інших психіатрів, наркологів та медичних психологів регіону. Всього на 12.12.2014 р. у складі Товариства, згідно з відповідними протоколами засідань первинних організацій, є 326 членів.

При обговоренні першого питання проф. О. К. Напреєнко нагадав присутнім історію створення Товариства у 1999 році, зауважив, що воно є організацією у складі Науково-практичного товариства невропатологів, психіатрів і наркологів України. Вказав, що за останні роки вийшла низка законів, які регламентують зміни в роботі громадських організацій: Закон України «Про громадські об'єднання» (2013); Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про громадські об'єднання» щодо забезпечення діяльності всеукраїнських громадських об'єднань» (2014) та ін. Вказав, що статuti (положення) місцевих осередків всеукраїнських (міжнародних) громадських організацій мають бути приведені у відповідність до Закону України «Про громадські об'єднання» протягом п'яти років з дня введення його в дію.

На конференції був розглянутий Статут Товариства, зроблено висновок про те, що він змін не потребує і затверджується в попередньому варіанті.

Доповідач підкреслив, що в проекті Концепції реформування медичної галузі в державі велика увага приділяється підвищенню ролі громадських організацій в наданні медичної допомоги населенню.

Під час обговорення другого питання внесено і затверджено зміни у складі керівних органів Товариства. Його Правління було поділено на 3 секції: секція 1 — «Організація та науковий супровід психіатричної допомоги населенню», секція 2 — «Організація та науковий супровід наркологічної допомоги населенню», секція 3 — «Організація та науковий супровід медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги населенню». Склад Правління затверджено в кількості 41 особи. Головою Правління обрано завідувача кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця професора О. К. Напрєєнка, заступниками голови — генерального директора Комунального закладу Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання» Г. М. Зільберблата та заступника директора Територіального медичного об'єднання «Психіатрія» в м. Києві О. О. Новосельського, відповідальним секретарем — лікаря-психіатра ТМО «Психіатрія» в м. Києві к. мед. н. Н. В. Куколенко.

В науковій доповіді О. К. Напрєєнка, О. Г. Сиропятова, О. В. Друзя, В. С. Гичуна, Н. О. Дзеружинської, Н. Ю. Напрєєнко, А. Є. Горбаня «Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах, при мирних протестах і вимушеним переселенцям» було зазначено, що вказані контингенти населення переживають *бойовий стрес*, під яким розуміють багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в бойових умовах, що супроводжується напруженням механізмів реактивної саморегуляції та закріплення специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Водночас він є станом дестабілізуючим, передпатологічним, що обмежує функціональні резерви організму, збільшуючи ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій, тому він може призводити до *бойових стресових розладів*.

Психолого-психіатрична діагностика останніх становить сукупність взаємопов'язаних процедур, що дозволяють виявити наявність психотравмувальних чинників, прояви психопатології, провести її синдромологічну і нозологічну ідентифікацію, а також клінічне оцінювання з урахуванням особистісних властивостей індивіда.

Ці завдання реалізуються комплексно за участю лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, клінічного психолога, психолога-консультанта, соціального працівника і середнього медичного персоналу, який пройшов спеціальну підготовку з психологічної діагностики, корекції та соціально-трудова реабілітації. Така бригада визначає спрямованість і обсяг психологічної корекції, терапевтичних втручань та маршрут медико-соціальної реабілітації в кожному конкретному випадку.

Окрім клініко-психопатологічної діагностики, доцільне використання таких експериментально-психологічних методик: ММРІ, 16-факторного опитувальників Кеттела, САН (самопочуття, активність, настрій), Спілбергера — Ханіна (особистісна тривожність, реактивна тривога), тестів Айзенка, ЛОБІ (Ленінградський опитувальник Бехтерівського інституту) — ставлення до хвороби, РСК (рівень суб'єктивного контролю), «Потреба в досягненні» та ін. Обстежується також підсвідома та безсвідома сфери психіки за допомогою колірному тесту Люшера, проєктивних тестових методик (малюнки), комп'ютерного аналізу психіки методом І. В. Смирнова (використання семан-

тичного диференціала в режимі 25-го кадру). За цієї ж схемою кожний реконвалісцент проходить обстеження й при виписці з медичного закладу по завершенні програми реабілітації.

Психічні порушення, за даними різних авторів, виникають у 20—70 % осіб, які беруть участь у збройних конфліктах. Вони в 3—4 рази збільшують захворюваність на психічні розлади в армії, порівняно з мирним часом. Найбільш виразні психічні порушення спостерігають у осіб, які перебували в зоні бойових дій понад три місяці. В усіх обстежених, які отримали поранення у ході локальних війн або в період збройних конфліктів, відзначають різного ступеня виразності зміни психічного стану. Ці зміни проявляються передусім реакціями на емоційний і фізичний стрес: починаючи з відносно короткотривалого відчуття дискомфорту з проявами емоційного напруження, закінчуючи психічними розладами невротичного та психотичного регістрів.

Спектр відхилень психічного стану достатньо широкий: від різновиду розладу адаптації під назвою *бойова стресова реакція* (початковий прояв дезадаптивних розладів) і так званої *бойової втоми* до *посттравматичного стресового розладу* (ПТСР) та *реактивних станів* (психогенні психози, реактивні психози) — найбільш тяжких форм бойової психогенної патології. Найпоширенішим їх варіантом (10—50 % усіх санітарних втрат) є бойова стресова реакція.

Симптоматика цих порушень поліморфна, вона розгортається в рамках емоційно-вольових розладів, приступів паніки, фобій, уникаючої поведінки, істеро-конверсійних дисфункцій, соматовегетативних розладів, асоціальної та агресивної поведінки. У *комбатантів-правохоронців*, які взяли участь в АТО, виявляють й специфічні психічні порушення: підвищена агресивність, конфліктність, інколи неадекватне застосування зброї, спецзасобів і фізичної сили проти громадян, порушення службової та виконавчої дисципліни, а також надмірне споживання алкоголю, хуліганські вчинки та інші протиправні дії.

Ці явища набувають найбільшої виразності відстрочено — через кілька тижнів, місяців і навіть років після перебування в ситуації травматичного стресу. Подібні стани описують як «донозологічні», оскільки вони не відповідають усім критеріям чинних класифікацій психічних хвороб. Військові лікарі-психіатри, в силу діючого положення про військово-лікарську експертизу, мають зазначені розлади відносити до «легких» — невротичних або «більш тяжких» — психотичних, частіше — ПТСР.

Маніфестація (первинні симптоми до 6 місяців) ПТСР відбувається у вигляді: *інтрузії* — невідступне переживання травматичної події, яке може набувати таких форм: 1) нав'язливі спогади психотравматичних подій, що приводять до дистресу; 2) кошмарні сновидіння, що періодично повторюються; 3) неочікувані відчуття прямого повернення психотравматичних подій і повторного їх переживання у вигляді ілюзій, галюцинацій або/та дисоціативних епізодів, які виникають в тверезому стані чи стані сп'яніння; 4) інтенсивний психологічний дистрес під впливом обставин, які символізують пережиті психотравматичні події та їх окремі моменти, чи мають з ними подібність (наприклад, річниця цієї події); *уникання* — стійке уникання стимулів, пов'язаних із травмою,

що супроводжується емоційним збідненням, почуттям байдужості до інших людей. Воно має, щонайменше, три з таких проявів: 1) усвідомлювані зусилля уникати думок і почуттів, пов'язаних із психотравмівною подією; 2) намагання уникати будь-яких дій або ситуацій, здатних стимулювати спогади про цю подію; 3) неспроможність згадати важливий аспект даної події; 4) зниження інтересу до раніше значимих для даної особистості видів активності; 5) почуття відчуження щодо оточуючих; 6) зниження здатності до співпереживання і душевної близькості з іншими людьми; 7) відчуття «вкороченого майбутнього» (невпевненість у подальшій кар'єрі, можливості одруження і сімейного життя, в самій тривалості життя тощо); *гіперактивності* — характеризується не менше ніж двома з таких проявів: 1) проблеми із засинанням або поверхневий сон; 2) підвищена дратівливість або спалахи гніву; 3) проблеми з концентрацією уваги; 4) неадекватно підвищена пильність; 5) надмірна реакція на раптові подразники; 6) підвищений рівень фізіологічної реактивності на обставини, які символізують психотравмівну подію або нагадують найсуттєвіші її моменти.

До вторинних симптомів ПТСР, на які страждають пацієнти впродовж багатьох років, відносять переважно депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм (токсикоманію), психосоматичні проблеми, порушення відчуття часу, порушення Его-функціонування. Депресія може сягати важкого рівня, що супроводжується відчуттям відчаю, безглуздістю власного існування з нервово-психічним виснаженням, апатією та негативним ставленням до життя. До специфічних особливостей «військових ПТСР» відносять наявність в переживаннях пацієнтів так званої дисфункціональної провини, розладів пам'яті з витисненням подій, пов'язаних з психотравмівними обставинами бойової ситуації, високий рівень дисоціативних симптомів і т. ін.

Майже в третини пацієнтів з тяжким перебігом ПТСР у подальшому формуються (за критеріями МКХ-10) *стійкі зміни особистості після перенесеного катастрофічного переживання* (СЗОППКП), які мають такі клінічно окреслені типи перебігу: емоційно нестійкий, паранояльний, істеричний, obsесивно-фобічний. У цих хворих часто діагностують такі коморбідні соматичні розлади, як гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, патологія шлунка та 12-палої кишки та ін., які можна відносити до психосоматичних розладів.

Окремого розглядання потребує проблема депресій, які асоціюють із зловживанням алкоголем даної категорії хворих. Згідно з результатами власних досліджень Н. Ю. Напрєєнко, подібні розлади в основному спостерігаються після повернення комбатантів до мирного життя. Вони мають тенденцію до затяжного перебігу і терапевтичної резистентності. Авторка вказує на різноманітні причинно-наслідкові зв'язки між депресією та іншими проявами синдрому залежності від алкоголю. За походженням алкогольні депресії є гетерогенною групою станів, серед яких виокремлено психогенні, екзогенно-органічні (внаслідок хронічної алкогольної інтоксикації, перенесених черепно-мозкових травм (ЧМТ) та інших ушкоджень головного мозку, а також співіснування цих чинників) і ендогенні, перебіг яких ускладнюється патогенними чинниками, пов'язаними з перебуванням у бойовій ситуації. В таких пацієнтів спостерігаються як стерті, атипіві, так і змішані афективні

стати, в більшості випадків на рівні легкої або помірної депресії. Їх загальними клінічними особливостями є надмірна емоційна лабільність, наявність соматовегетативної симптоматики (головний біль, запаморочення, тахікардія, лабільність артеріального тиску, нудота тощо), розлади сну. Часто ці прояви маскуються дратівливістю, прискіпливістю, втомлюваністю, іпохондричними скаргами. В процесі дослідження виявлено такі варіанти депресій в цих хворих: «простий» депресивний стан з переважанням пригніченого настрою, туги, зниженої самооцінки, втрати інтересу до оточуючого, ангедонією; дисфоричний — з наявністю на тлі зниженого настрою вогнищевої дратівливості, гнівливості, конфліктності; тривожно-депресивний — співіснування симптомів депресії з відчуттям внутрішнього напруження, дискомфорту, неспокою, очікуванням неприємностей, які насуваються; астеничний варіант — з надмірною втомлюваністю, гіперестезією, які посилюються ввечері; іпохондричний — з гіперболізацією неприємних тілесних відчуттів, особливою увагою до власного соматичного стану, «зануренням у медичне середовище»; апатичний варіант — депресія з в'ялістю, байдужістю до себе та оточуючого, адинамією.

При цьому близько 70 % суїцидальних тенденцій пов'язані з проблемами міжособистісних відносин осіб, що були військовослужбовцями, з оточуючими після їх повернення із зони бойових дій — «психічний розлад загрожує повернути війну додому, як особистісно значущий чинник».

Лікування та реабілітація постраждалих. На донозологічному рівні, за якого психічний розлад ще не сформувався, в основному застосовують психокорекцію, а за наявності сформованого психічного захворювання — психотерапію. *Психологічна корекція* — це система психологічних впливів, спрямованих на зміну певних особливостей (властивостей, процесів, станів, рис) психіки, що відіграють певну роль у виникненні хвороб, в їхньому патогенезі, імовірності рецидивів та загострень захворювання, інвалідизації та інших наслідках соціальної дезадаптації. Психологічну корекцію не спрямовують на зміну симптоматики й взагалі на клінічну картину захворювання. В цьому полягає її важлива відмінність від психотерапії. Завдяки *психотерапії* визначається оптимальний варіант виходу особистості з психотравмівної ситуації. Під час надання допомоги даному контингенту переважно використовують раціональну психотерапію, аутогенне тренування, навіювання в стані неспання, гіпно- та наркогіпнотерапію, групову та сімейну психотерапію.

Медична реабілітація учасників війн, в яких спостерігаються психічні порушення, в основному спрямована на корекцію афективних розладів, усунення соматичної і вегетосудинної патології за допомогою психофармакологічних та інших препаратів. Застосовують психотропні засоби з антипсихотичними, седативними, антидепресивними, стимулюючими та метаболічними властивостями, лікарські засоби із загальноозміцнювальною, дегідратативною, дезінтоксикаційною дією, а також режим активної діяльності та відпочинку, дієту, фізіотерапевтичні процедури, лікувальну та оздоровчу фізкультуру, бальнеолікування, кліматотерапію, трудотерапію тощо.

Вищезазначені заходи треба планувати і реалізовувати відповідно до наведених алгоритмів.

Алгоритм 1. Лікувально-діагностична допомога
(О. К. Напрєєнко, 2014)

1-й етап — первинна ланка загальномедичної служби. Допомогу надають працівники швидкої та невідкладної медичної допомоги, волонтери, лікарі медико-санітарних підрозділів, створених на місці подій, лікарі загальної практики / сімейні лікарі, дільничні терапевти, військові лікарі та ін. Завдання: 1) виявлення психічних порушень за клінічними та параклінічними (скринінг-тести) ознаками; 2) сортування потерпілих за реєстрами порушення (непсихотичний/психотичний); 3) надання допомоги в межах компетенції лікаря-інтерніста; 4) направлення до лікаря-психіатра амбулаторної ланки психіатричної служби (за наявності показань).

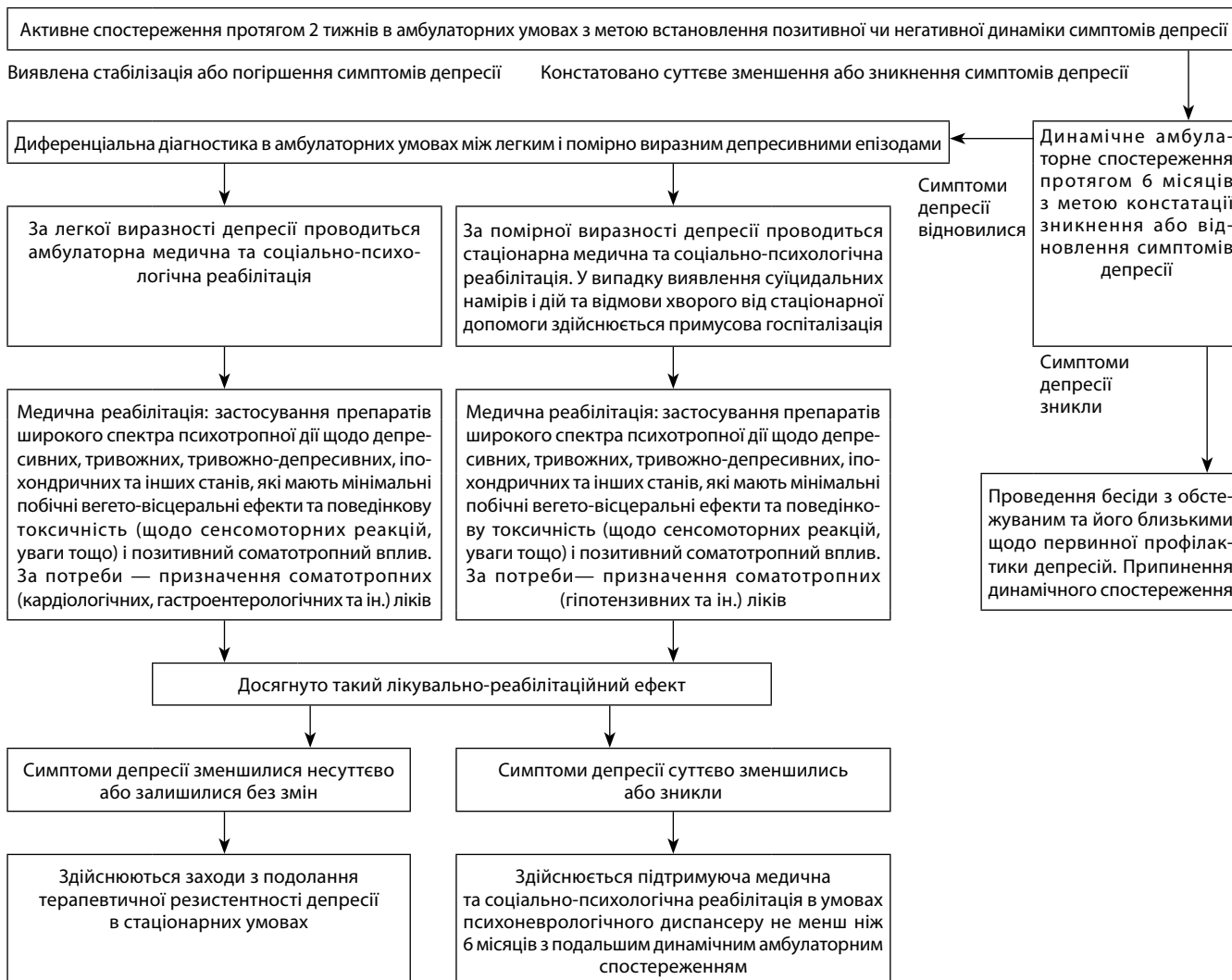
2-й етап — за наявності показань — амбулаторна ланка психіатричної служби. Допомогу надають лікарі-психіатри психоневрологічних диспансерів (ПНД), поліклінік, диспансерно-консультативних відділень психіатричних і загальносоматичних лікарень, амбулаторних підрозділів відомчих шпиталів і медико-санітарних частин. Завдання: 1) диференціальна діагностика психогенних, ендогенних, екзогенно-органічних (наприклад, внаслідок ЧМТ) психічних і психосоматичних розладів;

2) встановлення їх первинності або загострення під час участі в подіях; 3) надання амбулаторної лікувально-профілактичної психолого-психіатричної допомоги або 4) направлення до лікаря-невропатолога чи лікаря-інтерніста (за профілем виявленого психосоматичного розладу) для надання комплексної (профільної неврологічної/соматичної та психіатричної) амбулаторної чи стаціонарної допомоги або 5) направлення до психіатричного стаціонару (за наявності розладу психотичного рівня, суїцидальних тенденцій, інших станів, що становлять небезпеку для самого хворого або його оточення).

3-й етап — за наявності показань — надання спеціалізованої психіатричної/неврологічної допомоги у вторинній ланці системи охорони здоров'я — психіатричних лікарнях, стаціонарних психіатричних підрозділах відомчих шпиталів і медико-санітарних частин.

4-й етап — за наявності показань — диспансерне спостереження, здійснення заходів вторинної і третинної профілактики, проведення медико-соціальної реабілітації в санаторіях психоневрологічного профілю, реабілітаційних підрозділах ПНД, психіатричних лікарнях та ін. (див. алгоритм 2).

Алгоритм 2. Медико-соціальна реабілітація (О. К. Напрєєнко, 2014)



Професор К. М. Логановський свою доповідь «Охорона психічного здоров'я при радіаційних аваріях на ядерних реакторах та застосуванні "брудної бомби" і тактичної ядерної зброї» присвятив психолого-психіатричному реагуванню на надзвичайну радіаційну ситуацію. Він повідомив, що стійкі і довготривалі порушення психічного здоров'я зумовлюють головну медико-соціальну проблему надзвичайної радіаційної ситуації, у тому числі при аваріях на АЕС та радіологічній атаці із застосуванням диспергуючого радіологічного пристрою («брудної бомби»). Радіаційні аварії, радіологічні терористичні атаки, а також ядерні конфлікти і війна суттєво відрізняються від природних лих і війн без використання засобів масового знищення. Радіаційні надзвичайні ситуації спричинюють найбільше психічне реагування задіяних у них людей. Такі екстремальні ситуації мають початок, але не мають закінчення. Вони доволі непередбачувані, а ступінь шкоди після них з плином часу не зменшується, оскільки радіоактивне забруднення оточуючого середовища може зберігатися дуже довго. Взагалі дезактивація радіоактивно забруднених територій недостатньо можлива і потребує великих ресурсів. Після радіаційних надзвичайних ситуацій у суспільстві формується «нетерапевтична спільнота», яка характеризується конфліктністю, негативізмом, дезадаптаційними реакціями, порушеннями поведінки і рентними настановами. Орієнтація психологічного стресу у майбутнє (ризик виникнення онкологічних й інших захворювань, вроджені вади у нащадків та ін.), тривалість радіоактивного забруднення, дезактивація, евакуація і переселення, а також недосконале законодавство щодо соціальних пільг постраждалим формують психопатологічне реагування. Внаслідок цього до радіаційних надзвичайних ситуацій буде залучено значно більше людей, ніж постраждало безпосередньо.

Основи надання психолого-психіатричної допомоги постраждалим при подібних ураженнях: нейропсихіатричний підхід, біопсихосоціальна парадигма та ефективна профілактика і соціальна реадaptaція та реабілітація.

Організаційними принципами її надання є: 1) готовність і планування; 2) ефективний менеджмент на ґрунті гнучкої і скоординованої структурно-функціональної організації, а саме адекватне матеріально-технічне забезпечення, оперативність, невідкладність і активність, доступність для всіх верств населення, постійна взаємодія та сумісна діяльність із радіологічними і дозиметричними (біофізичними) службами, наукова обґрунтованість, індивідуалізованість і відповідність до конкретної радіаційної надзвичайної ситуації, ефективна взаємодія та співпраця із місцевими органами влади, штабом з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації і адміністраціями, контроль за засобами масової інформації щодо забезпечення конструктивного терапевтично-профілактичного подання інформації, запобігання паніки й інших соціально-негативних наслідків радіаційної надзвичайної ситуації та маніпулювання постраждалими, зокрема, профілактика ефекту «натовпу», навчання і супервізія суміжних фахівців, забезпечення максимально ефективною психолого-психіатричної допомоги.

При цьому треба проводити такі основні контрзаходи щодо порушень психічного здоров'я постраждалих: оперативне, послідовне й об'єктивне інформування на-

селення про радіаційну надзвичайну ситуацію; тренінг населення щодо поведінки у таких ситуаціях; урядова готовність до зазначених екстремальних ситуацій; розумні втручання; психологічна підтримка уражених і всього населення; формування розуміння соціально-економічної переваги «пережити ситуацію», а не бути «жертвою»; конструктивний, професійний й оптимістичний підхід до роботи засобів масової інформації; здійснення заходів психопрофілактики, психореабілітації, лікування та соціальної реадaptaції.

Обговорення питань, зазначених у порядку денному конференції, привело до констатації неухильного підвищення в Україні, як і в інших країнах, поширеності основних форм психічних і наркологічних розладів. При цьому відзначено найбільше зростання кількості випадків пограничних психічних розладів. На особливу увагу заслуговують проблеми психопатології в осіб, які постраждали при збройних конфліктах, мирних протистояннях і у вимушених переселенців, у зв'язку з актуальною ситуацією на сході та півдні України.

Згідно з проектом Концепції реформування медичної галузі в державі, передбачено посилення значущості ролі професійних громадських організацій у плануванні і практичному здійсненні профілактичної, лікувально-діагностичної і реабілітаційної роботи з психічно хворими; підвищенні якості додипломної та післядипломної підготовки психіатрів, наркологів та медичних психологів; психоосвітньої роботи з широкими верствами населення і певними контингентами, які становлять відповідну групу ризику; а також розроблення і практичне втілення заходів щодо захисту інтересів медичних працівників.

Конференція ухвалила:

1. Оновлений склад членів Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів (далі — Товариство).

2. Затвердила: головою Правління Товариства — Напреєнка О. К., заступниками голови — Зільберблата Г. М. і Новосельського О. О., відповідальним секретарем — Куколенко Н. В., інших членів правління у складі — 37 осіб.

3. Вважати нагально потрібним впровадження в усіх установах практичної психіатрії та наркології, а також освітніх закладах, незалежно від форми їх власності, існуючих науково обґрунтованих алгоритмів, методів і підходів до надання системної психолого-психіатричної допомоги постраждалим внаслідок збройних конфліктів, мирних протистоянь і вимушених переселень. Вважати пріоритетним продовження наукової розробки шляхів оптимізації цієї допомоги та активне їх впровадження в службі охорони здоров'я.

4. Актуальним визнати здійснення регулярних заходів з опанування спеціалістами-психіатрами, наркологами і медичними психологами теоретичних знань і практичних навичок щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації осіб з психічними розладами, асоційованими з ураженням радіаційним випромінюванням, а також продовження наукових досліджень в даному напрямку.

5. Рекомендувати керівникам психіатричних і наркологічних установ та профільних підрозділів науково-освітніх закладів розробити і здійснювати план реалізації заходів, зазначених в пп. 3, 4.

Список літератури

1. Закон України «Про громадські об'єднання» [Текст] / Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2013. — № 1, ст. 1.
2. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про громадські об'єднання» щодо забезпечення діяльності всеукраїнських громадських об'єднань» [Текст] / Відомості Верховної Ради (ВВР). — 2014. — № 36, ст. 1186.
3. Іванов Д. А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація [Текст] / Д. А. Іванов. — Чернівці, 2007. — 424 с.
4. Лікування та реабілітація комбатантів-миротворців із посттравматичним стресовим розладом [Текст] / [О. Г. Сироп'ятів, О. К. Напрєєнко, Н. О. Дзеружинська та ін.]. — К.: О. Т. Ростунов, 2012. — 76 с.
5. Медичні наслідки Чорнобильської катастрофи: 1986—2011 : монографія [Текст] / [А. М. Сердюк, В. Г. Бебешко, Д. А. Базики та ін.]; за ред. А. М. Сердюка, В. Г. Бебешка, Д. А. Базики. — Тернопіль : ТДМУ, 2011. — 1092 с.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2008 р. № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» [Елект-

ронний ресурс]. — Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080415_199.html

7. Напрєєнко А. К. Психическая и поведенческая дезадаптация вследствие конфликтных и кризисных социальных ситуаций [Текст] / А. К. Напрєєнко, Т. Е. Марчук // Материалы первой науч.-практ. конф. «Манипулятивные стратегии в политике, экономике, бизнесе и методы противодействия». — Киев, 2001. — С. 182—194.
8. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник [Текст] / за заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. — Вид. 2-е, перероблене та доповнене. — Х.: ХМАПО, 2014. — 285 с.
9. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування (методичні рекомендації) [Текст] / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін.]. — Х., 2009. — 31 с.
10. Шестопалова Л. Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) [Текст] / Л. Ф. Шестопалова // Украинский медицинский альманах. — 2000. — Т. 3. — № 2. — С. 183—184.
11. Health effects of Chernobyl accident — a Quarter of Century Aftermath [Text] / Eds A. Serdiuk, V. Bebeshko, D. Bazyka, S. Yamashita. — Kyiv : DIA, 2011. — 648 p.

Надійшла до редакції 19.12.2014 р.

НАПРЄЄНКО Олександр Костянтинович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: napr_center@bigmir.net

СИРОП'ЯТОВ Олег Геннадійович, доктор медичних наук, професор, професор кафедри військової терапії з курсів психіатрії та психотерапії Української військово-медичної академії Міністерства оборони України, м. Київ; e-mail: sog1952@list.ru

ДЗЕРУЖИНСЬКА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: dzeruzhinskaya@mail.ru

НАПРЄЄНКО Наталія Юріївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: napr_center@bigmir.net

ДРУЗЬ Олег Васильович, доктор медичних наук, начальник клініки психіатрії Головного військово-медичного клінічного центру — Головний психіатр Міністерства оборони України, м. Київ; e-mail: docod@bigmir.net

ГІЧУН В'ячеслав Сафронович, доктор медичних наук, начальник Державної установи «Центр психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору Міністерства внутрішніх справ України», м. Київ; e-mail: cpdmvs93@ukr.net

ГОРБАНЬ Андрій Євгенович, кандидат медичних наук, директор Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ; e-mail: minf@ukr.net

NAPRYEYENKO Oлександр, Doctor of Medical Sciences, Professor; Head of the Department of Psychiatry and Narcology of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv; e-mail: napr_center@bigmir.net

SYROPYATOV Oleg, Doctor of Medical Sciences, Professor; Professor of the Department of Military Therapy (courses of psychiatry and psychotherapy) of the Ukrainian Military Academy of Ministry of Defence of Ukraine, Kyiv; e-mail: sog1952@list.ru

DZERUZHYNska Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Research Associate Professor, Professor of the Department of Psychiatry and Narcology of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv; e-mail: dzeruzhinskaya@mail.ru

NAPRYEYENKO Nataliia, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv; e-mail: napr_center@bigmir.net

DRUZ Oleg, Doctor of Medical Sciences, Chief Psychiatrist of the Ministry of Defence of Ukraine, Head of Clinic of Psychiatry of the main military medical clinical Centre, Kyiv; e-mail: docod@bigmir.net

GICHUN Viacheslav, Doctor of Medical Sciences, Head of the State Institution "Center for mental health care and professional psychophysiological selection of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine", Kyiv; e-mail: cpdmvs93@ukr.net

GORBAN Andriy, MD, PhD, Director of Ukrainian centre of scientific medical information and patent-license work of Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: minf@ukr.net