

Г. М. Зільберблат<sup>1</sup>, О. М. Зінченко<sup>2</sup>, Г. І. Войтюк<sup>1</sup>, В. Л. Лісовенко<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Комунальний заклад Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання»

<sup>2</sup> Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України (м. Київ)

<sup>3</sup> Університет «Державної податкової служби України» (м. Київ)

## СУЧАСНІ ФОРМИ НАДАННЯ НАРКОЛОГІЧНОЇ ТА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Наведені особливості наркологічної та психіатричної ситуації в сільських регіонах України та шляхи покращання надання наркологічної та психіатричної допомоги сільському населенню, перспективи розвитку наркологічної і психіатричної служби.

*Ключові слова:* психіатрична допомога, наркологічна допомога, лікар-психіатр, лікар-нарколог, сільське населення

За останні 10 років демографічна ситуація в Україні характеризується зменшенням загальної кількості населення на 3 492 729 осіб — 7,1 %; в тому числі зменшення сільського населення на 1 318 454 особи — 8,2 %.

На 01.01.2010 року в Україні кількість сільського населення становила 14 631 772 особи — 31,84 % від загальної кількості населення (на 01.01.2000 року — 15 950 226 осіб — 32,26 %). У 20 регіонах (АР Крим, Вінницька, Волинська, Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Львівська, Одеська, Миколаївська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернігівська, Чернівецька) цей показник вище за середній в Україні, а у 6 областях (Закарпатській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Тернопільській, Рівненській, Вінницькій) перевищує 50,0 %.

Фактично сільського населення набагато більше, оскільки в численних селищах міського типу та невеликих містах значна частина мешканців традиційно веде уклад життя близький до сільського.

Питома вага сільського працездатного населення серед усього працездатного населення України на 01.01.2010 року складала 29,32 %. Вище середнього в Україні цей показник у всіх 20 сільських регіонах, а в 4 областях (Закарпатська, Чернівецька, Івано-Франківська, Тернопільська) більш ніж половина працездатного населення мешкає у сільській місцевості.

Це явище ще більш ускладнює непросту економічну ситуацію в сільських регіонах. Тому що недостатня кількість робочих місць сприяє відтоку працездатного населення за кордон та до великих міст України, збільшується кількість неповних сімей, що залишаються з одним із батьків, викликаючи бездоглядність дітей та підлітків.

Враховуючи таку ситуацію в сільських регіонах, а також віддаленість багатьох сіл та селищ від обласних центрів, питання надання наркологічної та психіатричної допомоги сільському населенню є надзвичайно актуальним.

Ситуація з наданням психіатричної допомоги в регіонах України з переважанням сільським населенням характеризується таким:

— Забезпеченість населення психіатричними ліжками у 2009 році складала 91,8 на 100 тис. населення. Нижче за середньоукраїнський показник у сільських областях — Волинській (71,1 на 100 тис. нас.), Житомирській

(68,0 на 100 тис. нас.), Закарпатській (62,9 на 100 тис. нас.), Миколаївській (63,2 на 100 тис. нас.), Чернівецькій (64,4 на 100 тис. нас.).

— Укомплектованість штатних посад фізичними особами в Україні становить 78,8 %, в деяких сільських регіонах цей показник нижчий за середньоукраїнський рівень: в Рівненській (64,6 %), Миколаївській (66,6 %), Київській (69,8 %).

— Аналіз поширеності психічних та поведінкових розладів з 2000 по 2009 рік свідчить про те, що на кінець 2009 року у психіатричних закладах України під консультативним та диспансерним спостереженням перебували 1 171 133 особи з різними формами цієї патології (2845,0 на 100 тис. нас.). За 10-річний період цей показник поступово збільшився на 4,8 %. Нижчими за середньоукраїнський визначалися показники в областях з переважно сільським населенням: Вінницькій (2039,6 на 100 тис. нас.), Полтавській (2105,0 на 100 тис. нас.), Житомирській (2182,9 на 100 тис. нас.) областях.

— Інвалідизація осіб з психічними розладами є одним із важливих критеріїв роботи психіатричної служби. Ланцюжок «раннє виявлення — адекватне лікування — пізня інвалідизація» як ніде рельєфно працює в психіатрії. У 2009 році первинно визнано інвалідами внаслідок розладів психіки та поведінки 11 766 осіб. В динаміці 10-річного періоду цей показник поступово знижувався з 27,3 до 25,6 на 100 тис. нас. (6,3 %). Найбільш інтенсивні показники первинної інвалідності зареєстровані у 2009 році в сільських областях: Львівській (36,18 на 100 тис. нас.), Чернівецькій (32,19 на 100 тис. нас.), Івано-Франківській (29,6 на 100 тис. нас.), Хмельницькій (29,14 на 100 тис. нас.).

Незважаючи на певне зниження показника первинної інвалідності, в Україні визначається накопичення осіб з психічними та поведінковими розладами, які мають групу інвалідності. За 10-річний період кількість інвалідів внаслідок психічних розладів та розладів поведінки збільшилась з 500,4 до 593,8 на 100 тис. нас. (на 18,7 %). Більше всього інвалідів зареєстровано в областях з переважно сільським населенням: Чернігівській (727,54 на 100 тис. нас.), Івано-Франківській (649,48 на 100 тис. нас.), Львівській (612,18 на 100 тис. нас.), Тернопільській (620,41 на 100 тис. населення).

Аналіз статистичних показників, які визначають стан психічного здоров'я населення, свідчить про те, що в Україні спостерігається зростання кількості осіб з психічними та поведінковими розладами.

Вивчення показника поширення психічних та поведінкових розладів свідчить, що як мінімум 2,5 % населення України потребують допомоги лікаря-психіатра.

Тому поліпшення взаємодії психіатричної служби з первинною медико-санітарною мережею є важливою складовою покращання психічного здоров'я населення України — надія на інститут сімейного лікаря.

Наступною проблемою служби є прогресивне зростання показника інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів (на 18,7 %), що віддзеркалює недостатню ефективність соціально-реабілітаційних заходів в системі надання психіатричної допомоги.

Особливо гостро склалась ситуація в центральних районних лікарнях (далі — ЦРЛ), де лікар-психіатр часто один обслуговує населення сільськогосподарського району (при цьому зобов'язаний від 3 до 6 місяців перебувати у районному військовому комісаріаті), спрямовує свою роботу на раннє виявлення захворюваності на значній території, у віддалених селах.

В той же час структура психіатричної служби, особливо сільськогосподарських регіонів, лишається спрямованою на надання стаціонарної допомоги в найбільш стигматизованих та віддалених від мікросоціума умовах.

Однією з причин є погіршення матеріального добробуту лікарів, середніх та молодших медичних працівників, задіяних в наданні психіатричної і наркологічної допомоги.

Зокрема з 2004 року медичні працівники втратили право на зарахування стажу роботи за фахом у подвійному розмірі (які отримували десятиріччя). Цей фактор боляче зачіпає економічний аспект привабливості професії.

**Наркологічна ситуація** в регіонах України з переважним сільським населенням має цілу низку особливостей:

— Наркологічний ліжковий фонд сконцентрований в обласних наркологічних диспансерах, а в 4 із них — самий низький в Україні (Чернівецький — 60 ліжок, Херсонський — 65, Волинський — 75, Тернопільський — 85). На 01.01.2010 року в 10 областях із 20 з високою питомою вагою сільського населення (Вінницька, Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Одеська, Тернопільська, Херсонська, Черкаська, Чернівецька) показник забезпеченості наркологічними ліжками нижчий за показник в Україні — 13,1 на 100 тис. нас., особливо у Херсонській — 5,9 на 100 тис. нас., Чернівецькій — 6,7 на 100 тис. нас., Волинській — 7,3 на 100 тис. нас., Тернопільській — 7,8 на 100 тис. населення.

— Укомплектованість шатних посад лікарів-наркологів протягом 2000—2009 рр. збільшилась з 83,6 % до 88,8 %, але в деяких сільських регіонах остається нижчою за український показник (Одеська область — 83,4 %, Київська — 85,6 %).

— Продовжується зростання споживачів наркотичних речовин. Так, за останні 10 років поширення психічних та поведінкових розладів внаслідок споживання наркотичних речовин в сільських регіонах збільшилось з 28,03 на 100 тис. нас. у 2000 році до 42,21 на 100 тис. нас. у 2009 році (у 1,5 рази). Особливо цей показник високий в областях: Херсонській — 101,16 на 100 тис. нас., Кіровоградській — 98,99 на 100 тис. нас., Миколаївській — 74,26 на 100 тис. нас., Одеській — 73,23 на 100 тис., АР Крим — 72,59 на 100 тис. населення.

— Спектр споживання наркотичних засобів значно розширився. Збільшилась питома вага синтетичних наркотиків та стимуляторів. Все частіше наркологи ЦРЛ зустрічаються з комбінованим застосуванням наркотичних і інших психоактивних речовин. Однак, у більшості сільських регіонів переважає застосування

опіатів і конопель. В той же час останні декілька років в Київській області все частіше зустрічається залежність від метадолу (метадону).

Таким чином, наркологічна служба ЦРЛ знаходиться в складних умовах. З однієї сторони — недостатня стаціонарна база, віддаленість від обласних наркологічних диспансерів, погіршення економічної ситуації в сільському господарстві, з іншого боку — щорічне збільшення кількості споживачів наркотичних засобів і пов'язані з цим проблеми ВИЛ/СНІДу, збільшення кількості підлітків, що вживають слабоалкогольні напої та пиво; виявлення при анонімному анкетуванні все в більшій кількості числа підлітків, що вживали або вживають наркотичні речовини.

З ліквідацією в 1997 році спеціальності «психіатр-нарколог» питання взаємозаміни на рівні ЦРЛ лікаря-психіатра лікарем-наркологом і навпаки створює великі труднощі в організаційно-економічних питаннях.

Так, лікар-психіатр, замінюючи лікаря-нарколога, який знаходиться у відпустці, на лікарняному чи просто відсутній в лікарні як фізична особа, не одержує відповідну надбавку за категорію.

При організації роботи призовної комісії у районному військовому комісаріаті головний лікар ЦРЛ повинен водночас відрядити лікаря-психіатра та лікаря-нарколога, що вкрай негативно впливає на надання психіатрично-наркологічної допомоги населенню району. Відновлення посади психіатра-нарколога дасть можливість взаємозамінності лікарів психіатра і нарколога на період роботи призовної комісії в районному військовому комісаріаті, навчання на курсах, відпусток, хвороби та інших причин. Таким чином психіатрична і наркологічна служба буде забезпечена на весь час роботи одним із лікарів (або лікарем-психіатром або лікарем-наркологом).

Особливо гостро на даний час в питанні надання психіатричної і наркологічної допомоги сільському населенню є відсутність в ЦРЛ (у районах, де дитячого населення менш ніж 12,5 тис.) ставки дитячого лікаря-психіатра. Введення ставки дитячого лікаря-психіатра в кожній ЦРЛ незалежно від дитячого населення району позитивно вплине на процес раннього виявлення, адекватного лікування, профілактики та попередження інвалідизації хворих серед сільського населення України (1/3 від загального). Крім того дитячий лікар-психіатр також буде вести і наркологічну групу, оскільки введення ставок дитячих наркологів в ЦРЛ не є можливим навіть у далекій перспективі. А робота з дитячим контингентом вимагає особливої підготовки спеціаліста лікаря-психіатра та лікаря-нарколога.

Важлива роль в організації надання психіатричної і наркологічної допомоги належить сімейним лікарям. Знання спадковості мешканців дільниці, мікросоціального середовища, яке їх оточує, особливості поведінки дають змогу сімейному лікарю першому звернути увагу на розлади психіки і поведінки і вчасно направити на консультацію до психіатра або нарколога. Сімейний лікар повинен приділяти увагу сім'ям, де один або обидва батьки є залежними від алкоголю або наркотичних речовин. Діти із таких сімей — це «група ризику», з якими необхідно проводити профілактичну роботу разом з дитячим психіатром, попереджаючи виникнення залежності від алкоголю та наркотичних речовин вчасно оздоровлюючи їх в дитячих відділеннях.

Протягом останніх 15 років в Україні спостерігається невинний дрейф наркології від психіатрії.

Розмежування психіатрії і наркології негативно впливає щодо вирішення низки питань. Передусім, на якість підготовки лікарів-наркологів, зниження їх кваліфікації у зв'язку з недостатнім знанням психопатології, неналежним наглядом за так званими «мікстними хворими» (з супутньою психічною патологією).

Як приклад інтеграції, а не розмежування наркології і психіатрії, наведемо зразок організації такої допомоги у Київській області.

В області створені й успішно працюють: обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання, Білоцерківське психонаркологічне територіальне медичне об'єднання, психонаркологічне відділення при Ірпінській міській поліклініці. В структурі Сквирської, Тетіївської, Фастівської ЦРЛ створені психосоматичні центри (відділення), де отримують допомогу хворі і наркологічного профілю.

Це дозволило наркологічній службі області досягти певних показників виявлення хворих з хронічними алкогольними синдромами (1999 р. — 17,7 на 10 тис. нас., Україна — 8,4 на 10 тис. нас.; 2009 р. — 20,3 на 10 тис. нас., Україна — 9,2 на 10 тис. нас.), зниження розповсюдженості алкогольних психозів (1999 р. — 1,3 на 10 тис. нас., Україна — 2,8 на 10 тис. нас.; 2009 р. — 0,4 на 10 тис. нас., Україна — 2,2 на 10 тис. нас.).

Крім того, в області станом на 01.10.2010 р. працюють 27 реабілітаційних центрів для наркохворих осіб в 11 районах: Васильківському, К.-Святошинському, м. Ірпінь, м. Біла Церква — по 4 центри; по 3 центри у Броварському, Фастівському районах; по 1 центру в Богуславському, Вишгородському, Макарівському, П.-Хмельницькому, Обухівському районах.

Таким чином, реорганізація психіатричної та наркологічної допомоги в напрямку їх інтеграції, не вимагаючи великих економічних затрат, дасть неодмінно позитивний результат.

**Для покращання надання наркологічної і психіатричної допомоги сільському населенню України, вважаємо за необхідне:**

— Відновити посаду лікар психіатр-нарколог. Відновлення статусу «нарколог-психіатр» дасть можливість взаємозамінності лікарів-наркологів та лікарів-

психіатрів на період призовної комісії, відпустки, хвороби або інших причин. Замість двох лікарів в роботі призовної комісії буде брати участь один лікар (психіатр або нарколог), а другий — буде знаходитись на робочому місці у поліклініці.

— Ввести ставки дитячих психіатрів у всіх районах незалежно від дитячого населення, делегувавши їм також функцію надання наркологічної допомоги дитячому населенню.

— Перевести дитячі психіатричні відділення до структури дитячих загальносоматичних лікарень.

— Укомплектувати штати лікарів-психіатрів, лікарів-наркологів, лікарів-психологів або практичних психологів, соціальних робітників.

— Передбачити активну участь сімейних лікарів, як на ранніх (своєчасна діагностика залежності), так і на більш пізніх (консультування залежних та їх родичів, направлення на лікування до нарколога) етапах. Це буде сприяти підвищенню якості надання наркологічної допомоги, формуванню тривалості ремісії. Після виписки із наркостационару не всі хворі та їх родичі, що мешкають у віддалених районах, мають можливість відвідувати лікаря-нарколога. А наркохворі, які одержали анонімне лікування, взагалі не потрапляють у поле зору лікаря-нарколога. Ми вважаємо, що цю нішу у наданні наркологічної допомоги повинні зайняти сімейні лікарі.

— Сімейні лікарі повинні вести також нагляд за психічно хворими, вчасно при загостренні симптоматики направляти їх до психіатричного стационару. Разом з дитячим психіатром сімейні лікарі повинні наглядати за дітьми «групи ризику», сприяти вчасному оздоровленню батьків і дітей із неблагополучних сімей, а також ранньому виявленню хворих.

— Передбачити організацію реабілітаційних центрів для наркозалежних осіб в кожному районі області. У створенні реабілітаційних центрів повинні брати участь як державні заклади (управління у справах сім'ї та молоді, управління освіти та науки), так і недержавні організації (різноманітні благодійні фонди, релігійні конфесії, тощо).

— Відновити статус «дільничний лікар-нарколог, дільничний лікар психіатр, дільничний дитячий лікар-психіатр».

*Надійшла до редакції 16.02.2011 р.*

*Г. М. Зильберблат, О. М. Зинченко,  
Г. І. Войтюк, В. Л. Лисовенко*

<sup>1</sup> *Коммунальное учреждение Киевского областного совета «Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение»;*

<sup>2</sup> *Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев);*

<sup>3</sup> *Университет «Государственной налоговой службы Украины» (г. Киев)*

#### **Современные формы оказания наркологической и психиатрической помощи селскому населению Украины**

Приведены особенности наркологической и психиатрической ситуации в сельских регионах Украины и пути улучшения оказания наркологической и психиатрической помощи селскому населению, перспективы развития наркологической и психиатрической службы.

*Ключевые слова:* психиатрическая помощь, наркологическая помощь, врач-психиатр, врач-нарколог, сельское население.

*G. M. Zilberblat, O. M. Zinchenko,  
G. I. Voityuk, V. L. Lisovenko*

*Community Institution of Kyiv Regional Council  
"Regional Psychiatric Narcological Medical Association";  
Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry and Narcology  
of the Ministry of Health of Ukraine (Kyiv);  
University of Government Tax Service of Ukraine  
(Kyiv)*

#### **Contemporary forms of providing narcological and psychiatric care to rural population of Ukraine**

Here are the features of narcological and mental health situation in rural areas of Ukraine and ways to improve the administration of narcological and psychiatric care to rural population, the prospects for the development of narcological and mental health services.

*Key words:* psychiatric care, narcological care, therapist, narcologist, rural population.