

## ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я MENTAL HEALTH

Міждисциплінарний науково-  
практичний журнал

Випуск 2(7) 2005 року

### Засновники і видавники:

Київська медична академія  
післядипломної освіти імені  
П.Л. Шупика.

Київська міська клінічна  
психоневрологічна лікарня №1  
(Міський науковий інформаційно-  
методичний центр з організації  
психіатричної допомоги).

Журнал зареєстровано  
Державним комітетом  
інформаційної політики,  
телебачення і радіомовлення  
України.

Свідоцтво про державну  
реєстрацію: серія KB №7877 від  
10.09.03 р.

Атестовано Вищою  
атестаційною комісією України  
(Постанова Президії ВАК №3-  
05/11 від 15.12.04 р.).

Мови видання: українська,  
російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою  
радою КМАПО ім. П.Л. Шупика  
(протокол засідання №5 від 18.05.05 р.)

Літературний редактор,  
коректор - Світлана Івченко

### Адреса редакції:

вул. Фрунзе, 103-А, корпус 1, 04080  
Київ, Україна  
Міський науковий інформаційно-  
методичний центр з організації  
психіатричної допомоги  
Тел. 468-29-32.  
E-mail: mnimc@health.kiev.ua

### Друк:

Друкарня "Атопол".  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців, виготівників та розповсюджувачів видавничої продукції КІ №30 від 24.05.02 р.  
Пр-т Московський, 9, м.Київ, 04073  
Тел. 496-04-80, 468-68-69  
E-mail: atopol\_inc@ukr.net

Підп. до друку 27.05.05 р.  
Формат 60x84/8. Папір крейдований. Гарнітура Arial. Ум. друк. арк. 12,0. Обл.-вид. арк. 8,93. Тираж 500  
Зам. 315

© Психічне здоров'я, 2005

## Зміст

Вступне слово головного редактора .....	3
<b>Дитяча та підліткова психіатрія</b>	
Європейська конференція ВОЗ на рівні міністрів по охороні психічного здоров'я: Проблеми і пути их решения (Хельсинки. Финляндия, 12-15 января 2005 г.). Психическое здоровье детей и подростков .....	4
Майданник В.Г. Доповідь на засіданні Колегії ГУОЗ та МЗ З березня 2005р. "Підсумки роботи лікувально-профілактичних закладів м. Києва та завдання з медичного обслуговування населення міста на 2005 рік" .....	10
Кузнецов В.Н. Состояние психиатрической помощи детям Украины	12
Уралова Л.Т., Гончар А.А. Роль иммуногенеза и терапевтическая коррекция девиантного поведения у детей и подростков с церебральной резидуально-органической недостаточностью .....	18
Скобенко Е.В. Состояние медиаторного обмена у детей с нарушением терморегуляции неинфекционного генеза .....	21
<b>Психічне здоров'я: соціальні, біологічні та психологічні аспекти</b>	
Винник М.І., Никифорок Р.І., Барановський К.Л., Омельченко В.А. Помаранчева революція: психологія і психопатологія .....	24
Голубчиков А.М., Петриченко О.О. Ресурсне забезпечення та госпіталізована захворюваність хворих на розлади психіки та поведінки в Україні .....	28
<b>Розлади психіки та поведінки, психосоматика</b>	
Свинарев В.И., Залеток С.П., Сяткин С.П. О возможном участии полиаминов в патогенезе некоторых психических заболеваний	33
Первый В.С. Метод дискретного анализа и его применение для дифференциальной диагностики фобического синдрома .....	38
Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Невротические расстройства сна и их лечение .....	42
Бурса А.И. Динамика психопатологической характеристики депрессивных расстройств (непсихотического уровня) у больных церебральным атеросклерозом, совершивших суицидальные действия, в процессе терапии различными методами .....	48
Михайлова Т.М. Епідеміологічна характеристика причин органічної патології головного мозку .....	54
Глубоковских С.В. Клинико-социальный диагноз и стратегическая модель терапии при нарушениях поведения у подростков ...	59
<b>Психотерапія та медична психологія</b>	
Долуда С.М. Метод пиктограмм в психодиагностике шизофрении у подростков .....	64
<b>Етичні та правові аспекти психічного здоров'я</b>	
Арсенюк Т.М. Характеристика судово-психіатричних експертиз Київського міського центру судово-психіатричної експертизи .....	69
<b>Організація і управління психіатричною допомогою</b>	
Іванов Д.А., Іванцова Г.В., Ричка О.В. Організація надання медико-психологічної допомоги у збройних силах США на театрі воєнних дій	72
<b>Економіка в охороні психічного здоров'я</b>	
Лепський Г.В. Про необхідність та сутність багатоканальної системи фінансування психіатричної лікарні в умовах перехідної економіки .....	77
<b>Дискусії, обмін досвідом</b>	
Погорілий В.В. Психолого-психотерапевтична служба "помаранчевої" революції як приклад роботи служби з кризовими станами в екстремальних ситуаціях .....	79
Чуприков А.П., Древіцька О.О., Гуленко О.Р. Інтегративний аспект діяльності Центру "Психічне здоров'я дітей" при КМКПЛ №1	83
<b>Ювілеї</b>	
Петрюк П.Т., Бондаренко Л.І. Творчий і життєвий шлях академіка Степана Володимировича Балея - видатного українського і польського психолога, лікаря, психоаналітика, філософа та педагога (до 120-річчя з дня народження) .....	86
<b>Інформація</b>	
Харчук С.М., Марек Г.Л. IX Международная Конференция Украинской противэпилептической Лиги "Современные подходы к ведению больных эпилепсией" .....	95
<b>До уваги авторів (вимоги до написання статей) .....</b>	<b>96</b>

## РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В.А. Абрамов (Україна)  
 І.Ф. Аршава (Україна)  
 К.Л. Барановський (Україна)  
 А.М. Бачеріков (Україна)  
 В.Г. Бідний (Україна)  
 Л.О. Булахова (Україна)  
 В.В. Вандиш-Бубко (Росія)  
 Н.В. Вербенко (Україна)  
 Л.П. Гульчий (Україна)  
 І.С. Зозуля (Україна)  
 Ю.П. Закаль (Україна)  
 М.О. Качаєва (Росія)  
 В.Г. Коротоножкін (Україна)  
 В.П. Котов (Росія)  
 В.М. Краснов (Росія)  
 Р.Т. Крутікова (Україна)  
 Х. Лопез-Ібор (Іспанія)  
 М.О. Мазуренко (Україна)  
 Р.М. Макомела (Україна)  
 М.М. Мальцева (Росія)  
 О.М. Морозов (Україна)  
 Г. Нанейшвілі (Грузія)  
 Р.І. Никифору (Україна)  
 А.В. Олійник (Україна)  
 П.Т. Петрюк (Україна)  
 В.С. Подкоритов (Україна)  
 Ю.М. Полієнко (Україна)  
 Л.В. Ромасенко (Росія)  
 В. Рутц (Швеція)  
 В.П. Самохвалов (Україна)  
 Н. Сарторіус (Швейцарія),  
 І.Д. Спіріна (Україна)  
 С.І. Табачніков (Україна)  
 О.С. Чабан (Україна)  
 А.В. Хмелевська (Україна)  
 В.А. Шумлянський (Україна)  
 В.Д. Юрченко (Україна)  
 Л.М. Юр'єва (Україна)  
 В.С. Ястребов (Росія)

## Contents

The opening word of editor-in-chief .....	3
<b>Children's and teenage psychiatry</b>	
The European conference of the ministry of public health services at minister level on protection of mental health: problems and ways of their decision (Helsinki. Finland, January 12-15, 2005). Mental health of children and teenagers .....	4
<i>Majdannyk V.G.</i> The report at session of Board Senior management of protection of health and medical maintenance of March 3, 2005 "Results of job of treatment-preventive establishments of Kiev and task on health services of the population of city for 2005" .....	10
<i>Kuznetsov V.N.</i> Condition of the psychiatric help to children of Ukraine . <i>Uralova L.T., Gonchar A.A.</i> Role of immunogenesis and correction of deviant behavior at children and teenagers with cerebral residual-organic insufficiency .....	12
<i>Skobenko Y.V.</i> The state of mediators' metabolism in children with thermoregulation disorders of non- infectious origin .....	18
<b>Mental health: social, biological and psychological aspects</b>	
<i>Vynnyk M.I., Nykyforuk R.I., Baranovsky K.L., Omelchenko V.A.</i> Orange revolution: psychology and psychopathology .....	24
<i>Golubchykov A.M., Petrychenko O.O.</i> Resource maintenance and quantity of the patients, which were in hospital among the mentally patients with mentality and behaviour disorders in Ukraine .....	28
<b>Mental and behavioural disorders, psychosomatic</b>	
<i>Svinaryov V.I., Zaletok S.P., Syatkin S.P.</i> About possible participation of polyamines in pathogenesis of some mental diseases .....	33
<i>Pervy V.S.</i> The state of mediators' metabolism in children with thermoregulation disorders of non- infectious origin .....	38
<i>Syropyatov O.G., Dzeruzhinskaya N.A.</i> The neurotic sleep disorders and their treatment .....	42
<i>Bursa A.I.</i> Dynamics of psychopathological characteristic of depressive disorders (nonpsychotic level) at the patients with cerebral atherosclerosis, made suicide action, during therapy by various methods . <i>Mikhajlova T.M.</i> The epidemiological analysis of the reasons resulting in organic defeats of a head brain .....	48
<i>Glubokovskikh S.V.</i> Clinics-social diagnosis strategic model of therapy of the teenagers with infringements of behaviour .....	54
<b>Psychotherapy and medical psychology</b>	
<i>Doluda S.M.</i> Method of pictograms in psychodiagnostics of schizophrenia at adolescents .....	59
<b>Ethical and legal aspects of mental health</b>	
<i>Arsenyuk T.M.</i> The characteristic of judicial-psychiatric examinations of the Kiev urban centre of judicial-psychiatric examination .....	64
<b>Organization and management of the psychiatric help</b>	
<i>Ivanov D.A., Ivantsova G.V., Rychka O.V.</i> Organization of combat stress control services on the theatre of operations in US Army .....	69
<b>Economy in protection of mental health</b>	
<i>Lepsky G.V.</i> About necessity and essence of multichannel system of financing of psychiatric hospital in conditions of transitive economy .....	72
<b>Discussions, experience' exchange</b>	
<i>Pogorily V.V.</i> Psychological & psychotherapy service of orange revolution as an example of job with crisis condition in extreme situations .....	77
<i>Chuprykov A.P., Drevitska O.O., Gulenko O.R.</i> Integrative aspect of activity the centre "Mental health of children" .....	79
<b>Anniversaries</b>	
<i>Petryuk P.T., Bondarenko L.I.</i> Creative and vital way of the academician S.V. Baley - the prominent Ukrainian and Polish psychologist, physician, psychoanalytic philosopher and teacher (to 120 years from birthday) .....	83
<b>Information</b>	
<i>Kharchuk S.M., Marek G.L.</i> IX the International Conference Ukrainian of antiepilepsy League " The Modern approaches to conducting the patients with epilepsy " .....	86
<b>The notice for our authors (requirements to the articles) .....</b>	95
	96

### ***Шановні читачі!***

1 червня - Всесвітній день захисту дітей! Згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ України на 1.01.2005 року населення України складало 47 442 079 чоловік, з яких 9 503 315 - дитячо-підліткове населення України. Майже 25% усього населення складають діти і підлітки, стан психічного здоров'я яких визначить можливість подальшого удосконалення основних проблем на благо громадян України й усіх жителів світового співтовариства. ВООЗ констатувала поширеність психічних і поведінкових порушень серед дітей у ряді досліджень як у розвинутих, так і країнах, що розвиваються. Хоча показники поширеності значно різняться в цих дослідженнях, усе-таки, 10-20% усіх дітей страждають на один чи декілька видів психічних чи поведінкових розладів. Дитячий і підлітковий віки, будучи лише етапами розвитку, не дозволяють чітко визначити межі між цими проявами, що є частиною нормального розвитку, і іншими, котрі можуть бути віднесені до аномального.

Деякі рекомендації перспективного характеру були висловлені в ході передконференційної наради з питань охорони психічного здоров'я дітей і підлітків, що відбулася в Люксембурзі, (вересень, 2004 р.). Ця нарада була організована Європейською комісією, Міністерством охорони здоров'я Люксембургу і Європейським регіональним бюро ВООЗ. У роботі наради брали участь 115 фахівців в області дитячо-підліткової психіатрії (від України як національний координатор у Європейському бюро ВООЗ і як Головний дитячий психіатр МЗ України брав участь професор В.Н. Кузнецов).

У зроблених за результатами роботи наради висновках підкреслювалося важливе значення приділенню більш пріоритетної уваги і забезпечення належного фінансування служб охорони психічного здоров'я дітей молодшого і старшого віку і підлітків, що повинно передбачатися в національних планах як одного з елементів національної політики в галузі охорони здоров'я. Рекомендації даної наради знайшли своє відображення в Європейському плані дій з охорони психічного здоров'я, що був розглянутий на Європейській конференції ВООЗ на рівні міністрів з охорони психічного здоров'я (Гельсінкі, січень 2005р.). Матеріали Європейського регіонального бюро ВООЗ з проблеми психічного здоров'я дітей і підлітків, підготовані для Європейської конференції ВООЗ, пропонуються Вашій увазі на наступних сторінках журналу.

**З повагою    В.М. Кузнецов,**  
головний редактор

## **ДИТЯЧА ТА ПІДЛІТКОВА ПСИХІАТРІЯ**

Европейская конференция ВОЗ  
на уровне министров по охране  
психического здоровья:  
Проблемы и пути их решения

(Хельсинки. Финляндия, 12-15 января 2005 г.)

### **Психическое здоровье детей и подростков**

"Международное медицинское сообщество озабочено состоянием психического здоровья нашей молодежи... это бомба замедленного действия, часовая механизм уже заведен, и, если не предпринять нужные действия, миллионы наших детей почувствуют на себе последствия".

(Д-р Hans Troedsson, бывший директор отдела ВОЗ по охране здоровья детей и подростков).

#### **Актуальные проблемы**

Примерно два миллиона молодых людей в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) страдают психическими расстройствами - от депрессии до шизофрении - и многие из них не получают какой-либо помощи или лечения. В то же время состояние психического здоровья детей и подростков имеет важное значение для обеспечения и поддержания устойчивого развития общества. Европейские страны традиционно играли ведущую роль в разработке программ, направленных на защиту психического здоровья детей и подростков, однако новые задачи требуют расширения усилий для удовлетворения потребностей, возникающих в двадцать первом веке. Иммиграция, миграция, изменение в структуре семьи, изменения возможностей трудоустройства в будущем, а также постоянный стресс, связанный с конфликтами, оказывают воздействие на состояние психического здоровья детей и подростков, и, в конечном счете, на здоровье населения отдельных стран и всего Региона.

В настоящее время признается, что многие психические расстройства, наблюдающиеся у взрослых людей, возникают в детском возрасте. В подростковом возрасте значительно возрастает распространенность многих психиатрических проблем, таких как депрессия и суицидальное поведение [1,2].

До двадцати процентов детей и подростков во всем мире страдают проблемами психического здоровья, приводящими их к инвалидности [3]. Имеющиеся данные указывают на то, что за последние несколько десятков лет общая распространенность психиатрических проблем среди детей не увеличилась [4]. В то же время частота случаев депрессий по данным самоотчетов возросла, так же как и частота случаев вновь поставленных диагнозов. Многие психические расстройства носят рекуррентный или хронический характер.

Четыре процента лиц в возрасте от 12 до 17 лет и 9% лиц в возрасте 18 лет страдают депрессией, которая является одним из наиболее распространенных видов расстройств с самыми разнообразными последствиями [5]. Психические расстройства в настоящее время чаще, чем ранее диагностируются у молодых девушек, в особенности с депрессивными симптомами. Депрессия связана с проблемой самоубийств среди молодежи, которая чрезвычайно актуальна во многих странах и является третьей по значимости причиной смерти среди молодых людей [3]. Geller [6] сообщает о взаимосвязи между серьезными депрессивными расстройствами в препубертатном возрасте и диагнозом биполярного расстройства, серьезного депрессивного расстройства, аддиктивного расстройства, а также самоубийствами в зрелом возрасте. Употребление алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте приводит к многочисленным последствиям, при этом следует особо выделить наблюдаемую взаимосвязь со случаями самоубийств и других форм поведения, представляющих угрозу для жизни, например актами насилия, а также смертностью в результате дорожно-транспортных происшествий. Имеются данные, указывающие на рост числа случаев сочетанных заболеваний, т.е. психиатрических расстройств в сочетании с употреблением алкоголя или наркотиков. Преморбидная или продромальная стадия шизофрении нередко возникает в подростковом возрасте, и выявление и лечение этой болезни на раннем этапе может способствовать улучшению прогноза [7].

#### **Некоторые виды психических расстройств**

К числу наиболее распространенных заболеваний, являющихся предметом широких дискуссий, относятся посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) и гиперкинетические расстройства или синдром нарушения (или дефицита) внимания с гиперактивностью (СНВГ). В некоторых частях Европейского региона, в частности на Балканах, диагноз ПТСР в настоящее время широко распространен. Постановка этого диагноза включает элементы, которые хорошо иллюстрируют всю сложность понимания психических расстройств в детском возрасте и их последствий. Представляется вероятным, что расстройства данного типа чаще проявляются в условиях конфликтов и стрессовых ситуаций, однако на их развитие оказывают влияние также такие факторы, как семейные обстоятельства, возможности оперативного реагирования на уровне общины, а также наличие психиатрических заболеваний в анамнезе. Аналогичным образом диагноз гиперкинетического расстройства или СНВГ в настоящее время весьма распространен в клинической практике многих медицинских учреждений, однако он продолжает носить спорный характер, учитывая то значение, которое предается контекстуальным факторам. Использование стандартизированных диагностических критериев затруднено отсутствием достаточно квалифицированных кадров, и данный



диагноз может быть связан с нарушением функций семьи, а не психопатологическими нарушениями индивидуального характера и может отражать недостатки системы образования. Данные Leibson [8] показывают, что средний уровень затрат на медицинскую помощь за девятилетний период составил 4306 долл. США для детей с диагнозом СНВГ и 1944 долл. США для детей, не страдающих этим расстройством, что объясняется более частым использованием услуг неотложной медицинской помощи, а также частотой обращений к врачам первичного звена здравоохранения для получения амбулаторно-клинической помощи. Эти суммы не включают стоимость услуг психиатрических учреждений или других видов специализированной помощи в области психического здоровья.

Проводились исследования расстройств поведения в различных условиях. Психические расстройства этого типа относятся к числу наиболее распространенных среди молодежи. Согласно имеющимся данным, распространенность расстройств поведения в Соединенном Королевстве составляет 7,4% среди мальчиков и 3,2% среди девочек. Эти показатели выше в районах, где проживает малообеспеченная часть населения, в семьях с одним родителем и в семьях безработных [9]. Распространенность нарушений этого типа в западных странах за последние 70 лет возросла в пять раз [10]. Постановка данного диагноза в раннем возрасте имеет важное значение, так как он может быть связан с последующим развитием психопатологических нарушений и, в частности, делинквентным поведением. Существует взаимосвязь между этим диагнозом и совершением преступлений в зрелом возрасте, проблемами в супружестве, плохими взаимоотношениями в коллективе, безработицей и ухудшением физического здоровья [11]. Расстройства поведения могут указывать на возможность развития таких проблем, как плохая успеваемость, наркотическая зависимость и токсикомания, тревожные состояния, депрессия и самоубийства. У 25-40% детей с таким диагнозом в зрелом возрасте развиваются асоциальные расстройства личности.

В последние годы возросла также распространенность расстройств приема пищи. В Соединенном Королевстве такие расстройства диагностируются у 1% населения. Широко бытует мнение о том, что нервная анорексия и нервная булимия связаны с отношением населения западных стран к вопросам поддержания своей физической формы, веса и соблюдения диеты. Проведенные исследования действительно подтверждают данное предположение, но также свидетельствуют о том, что у людей, проживавших в самых различных условиях, под воздействием таких представлений, свойственных западному обществу, расстройства приема пищи развиваются с такой же частотой, как и у жителей западных стран [12,13]. Расстройства приема пищи следует считать нарушениями, последствия которых сказываются в течение всей жизни. Результаты исследования, проведенного среди студентов высших учебных заведений, показали, что у 21,6% девушек с расстройством приема пищи клинические признаки таких нарушений наблюдались даже спустя 10 лет [14].

Получение услуг для удовлетворения основных потребностей человека является одним из основных прав, закрепленных в Европейской социальной хартии [15], однако недавние обзорные исследования по изучению служб для детей и подростков указывают на значительные качественные и количественные различия в отношении наличия таких служб и их уровня в различных странах Европейского региона. Результаты исследования, проведенного в 31 европейской стране, показывают, что показатели предоставления таких услуг, а также число детских психиатров в разных странах Региона колеблются в широких пределах (от 1 на 5300 до 1 на 51 800 человек в возрасте до 20 лет) [16]. Наличие персонала клинических служб для предоставления психиатрических услуг детям колеблется в зависимости от уровня доходов [17,16]. В ходе подготовки атласа ВОЗ были получены данные о том, что в 23% стран отсутствуют программы для детей. Лишь 10-15% молодых людей с проблемами психического здоровья получают помощь со стороны существующих служб охраны психического здоровья детей. Показатели предоставления специализированной помощи колеблются в широких пределах: например, на одного специалиста по детской психиатрии в Финляндии и Франции приходится на каждые 10 000 человек в возрасте до 20 лет, Соединенном Королевстве - 30 000 человек, а в Сербии и Черногории - 50 000 и более.

### **Социальные последствия**

Наличие в обществе детей и подростков, подвергающихся риску развития психических расстройств или проявляющих их признаки, ведет к дестабилизации ситуации в обществе в целом. Диагноз расстройства поведения и наличие психических расстройств в сочетании с потреблением и злоупотреблением алкоголем и запрещенными наркотическими средствами связан с актами насилия, преступной деятельностью, другими формами антисоциального поведения, а также неспособностью этих лиц стать созидательными членами общества в своих странах и местных сообществах.

### **Финансирование**

Финансирование служб охраны психического здоровья и, в особенности, предназначенных для детей и подростков, колеблется в широких пределах в разных странах Европейского региона. В прошлом населению экономически развитых стран Северной и Западной Европы обеспечивалось относительно легкий доступ к высококачественным службам с некоторыми ограничениями. Страны Восточной Европы, входившие в состав коммунистического блока, располагали службами, которые были относительно легкодоступны, хотя качество их деятельности не всегда поддавалось проверке. В настоящее время с развитием процессов приватизации и в условиях экономического спада в ряде стран эти службы стали значительно менее доступными. Введение систем "регулируемого медицинского обслуживания" и различных схем страхования, часто основанных на опыте стран Западной Европы, деформировали деятельность ранее функционировавших, хотя и требовавших больших затрат, служб.

Результаты исследования, проведенного в ходе подготовки атласа ВОЗ, показали, что слишком часто единственным средством получения семьями необходимой помощи для своих детей или подростков, страдающих психическими расстройствами, является оплата услуг за счет собственных средств. Очевидно, что это ограничивает возможности доступа. Разные страны используют самые различные схемы предоставления необходимых услуг, при этом некоторые из них отходят от принципа предоставления всесторонней помощи, финансируемой государством. Доступ к лекарственной терапии, в особенности к новейшим лекарственным препаратам, потенциально обладающим большей эффективностью, ограничивается, когда платить за это должны те, кто нередко не обладает достаточными материальными возможностями.

### Пути решения вышеуказанных проблем

Некоторые рекомендации перспективного характера были высказаны в ходе предконференционного совещания по вопросам охраны психического здоровья детей и подростков, состоявшегося в Люксембурге, (сентябрь, 2004 г.). Данное совещание было совместно организовано Европейской комиссией, Министерством здравоохранения Люксембурга и Европейским региональным бюро ВОЗ. В сделанных по результатам его работы выводах подчеркивалось важное значение уделения более приоритетного внимания и обеспечения должного финансирования служб охраны психического здоровья детей младшего и старшего возраста и подростков, что должно предусматриваться в национальных планах в качестве одного из элементов национальной политики в области здравоохранения. Подчеркивалось также важное значение использования инициатив по оказанию помощи на уровне общины, подготовки кадров и участия в этой деятельности самих потребителей услуг. Рекомендации данного совещания нашли свое отражение в Европейском плане действий по охране психического здоровья, который будет рассмотрен на Европейской конференции ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья (Хельсинки, январь 2005 г.).

Европа должна избавиться от пережитков прошлого и использования устаревших форм предоставления помощи, где бы они ни имели место. В тех случаях, когда это возможно, дети и подростки должны проходить лечение в наименее ограничивающих и наименее стигматизирующих условиях. Системы охраны психического здоровья необходимо привести в соответствие с конкретными условиями в каждой стране. Целью этой деятельности должно быть обеспечение непрерывной помощи, включающей адекватные службы стационарной помощи и доступные программы надлежащей амбулаторной помощи.

Вопросы борьбы с психическими расстройствами и укрепления психического здоровья детей и подростков в Европейском регионе следует рассматривать с учетом необходимости соблюдения прав человека в отношении лиц с проблемами психического здоровья в соответствии с Европейской социальной хартией.

Кроме того, для профилактики развития психических расстройств следует развивать просветительскую деятельность в целях информирования родителей, преподавателей, лиц, оказывающих медицинскую помощь, и других людей о проблемах охраны психического здоровья детей и подростков.

С помощью новейших методов диагностики повышения стандартизации диагностических процессов, а также более полного учета экологических, биологических и семейных факторов можно будет ставить обоснованные диагнозы, что будет способствовать выбору правильных схем лечения. Для того, чтобы поднять работу служб охраны психического здоровья детей и подростков до уровня, на котором они смогут удовлетворять реально существующие потребности в диагностике и лечении, необходимо усилить их потенциал. Разработка соответствующих стратегий охраны психического здоровья детей в Европейском регионе будет способствовать развитию программ обучения и поддержки инициатив в области образования. С этой целью ВОЗ недавно опубликовал руководство по стратегии и планам охраны психического здоровья детей и подростков [18], в котором приводятся рекомендации в отношении оценки потребностей, предоставления услуг на рациональной основе и развития принципов ответственного и устойчивого управления. Вопросы охраны психического здоровья детей и подростков должны находить свое отражение в национальных планах действий в области психического здоровья, а также соответствующих разделах программ, разрабатываемых в сотрудничестве с министерствами, отвечающими за вопросы образования, страхования и социального обеспечения, в целях принятия адекватных мер с участием многих секторов.

Профилактика является ключевым элементом работы служб охраны психического здоровья детей и подростков. Очевидно, что профилактика психических расстройств способствует сокращению затрат и в максимальной степени отвечает интересам ребенка, семьи и общества. Достигнуты значительные успехи в области разработки программ профилактики, однако такие программы до настоящего времени не получили широкого распространения и поддержки. Профилактика и укрепление психического здоровья детей имеют важнейшее значение, поскольку являются неотъемлемым элементом более целостного подхода к оказанию помощи детям, который должен учитывать все вопросы охраны психического здоровья, вызывающие озабоченность.

Хотя проблемы охраны психического здоровья детей и подростков привлекают большое внимание средств массовой информации и нередко находятся в центре дискуссий, касающихся системы образования и уголовного судопроизводства, финансовая и юридическая поддержка служб охраны психического здоровья детей и подростков и программ обучения в этой области в Европейском регионе нуждается в значительном усилении. Проводимые мероприятия в рамках реформы экономики и системы здравоохранения создают угрозу для относительно хорошо организованных

служб и систем подготовки кадров в странах с высоким уровнем доходов населения. В странах с низким уровнем доходов населения система социальной защиты, включающая службы предоставления помощи всем нуждающимся в ней, была разрушена в ходе экономических и политических реформ. Необходимо найти пути поддержания деятельности адекватных служб; если это не будет сделано, общество будет страдать от проявляющихся в зрелом возрасте последствий невыявления случаев психических расстройств в детском и подростковом возрасте и непроведения соответствующего лечения.

Осуществляемое в Европейском регионе сотрудничество в области подготовки кадров должно быть продолжено и расширено. Разработанные Европейским союзом медицинских специалистов рекомендации по профессиональному обучению направлены на подготовку специалистов, обеспечивающих предоставление высококачественной помощи с учетом потребностей лиц, нуждающихся в ней. Эти рекомендации должны получить всеобщую поддержку для обеспечения единства стандартов и подходов к клинической помощи. Программа Tempus Европейской комиссии представляет собой модель сотрудничества в области подготовки кадров между более развитыми программами и программами, осуществление которых только начинается.

### Некоторые примеры

В городе Марбург, Германия, была создана мобильная служба охраны психического здоровья детей для последующего наблюдения за пациентами, ранее проходившими лечение в стационарных учреждениях, проведения психиатрических консультаций для детей на местах и осуществления надзора за деятельностью учреждений для детей. В состав мобильной бригады входили три специалиста: детский психиатр, психолог и социальный работник. Эта мобильная бригада имела возможность вступать в контакт с лицами, не способными или не желающими посещать крупные центры специализированной помощи. Использование мобильных бригад позволило предоставлять высококачественную помощь эффективным и действенным образом в тех случаях, когда не имелось других возможностей для этого [19].

Программа оказания эффективной помощи семье в Финляндии предусматривает проведение профилактических мероприятий службами здравоохранения и социального обеспечения для оказания содействия семьям в целях предупреждения развития психических расстройств у детей. Ее целью является обеспечение взаимосвязи между психиатрической помощью детям и взрослым, а также работой социальных служб.

Применялись методы, направленные на усиление психологической устойчивости детей, помогая им лучше понять проблемы, связанные с наличием психических расстройств у родителей. В программе "Поговорим о детях" используется психообразовательный подход, предусматривающий участие родителей в обсуждении актуальных клинических проблем. Программа повышения квалификации специалистов предназначена для освоения ими соответствующих методик и подготовки преподавательских кадров.

### [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)

Telefono Azzurro является национальной телефонной линией помощи для предупреждения случаев жестокого обращения с детьми в Италии. Она предоставляет детям и подросткам возможность рассказать на анонимной основе о предпринятых в их отношении актах насилия. Позвонивший по телефону сразу же получает поддержку и направляется в соответствующее учреждение для оказания дальнейшей помощи. Если имеется опасение, что ребенку угрожает непосредственная опасность, о данном случае с его согласия информируется соответствующее ведомство. В настоящее время аналогичные программы внедряются во многих странах.

В программе групповой терапии в клинике Тимисоара в Румынии на протяжении многих лет использовались мифические образы в качестве катализатора для применения мер терапевтического вмешательства у подростков. Тематика включает проблему смысла жизни, которая имеет основополагающее значение для многих молодых людей, проявляющих признаки депрессии и суицидальных наклонностей. Эти группы объединяют отдельных лиц, способствуя их терапевтическому взаимодействию, а также служат форумом для высказывания самых различных мнений в отношении мифической символики. Психотерапевт внимательно следит за взаимодействием членов группы, однако основным лидером в ней является подросток, обученный роли "катализатора раскрытия личности". Групповые занятия проводятся на протяжении всего школьного года с участием подростков, у которых выявлена соответствующая симптоматика. Основным направлением деятельности является использование сценариев и анализ собственных "сценариев" молодых людей (20).

Центр услуг в области психологического образования в Норвегии предоставляет помощь детям с диагнозом расстройства артистического спектра (ASD). Эта консультационная служба изучает потребности ребенка и предоставляет соответствующие рекомендации детским садам и школам. В Норвегии каждый ребенок с инвалидностью или расстройствами, связанными с обучением, имеет право на обучение по специальной программе. Эта программа разработана в сотрудничестве с родителями, учителями и специалистами данного Центра. Дети с ASD получают помощь с самого раннего возраста, и их обучение в детских садах проводится по специальной программе. В отношении детей более старшего возраста осуществляются меры вмешательства на индивидуальной основе, целью которых является содействие их социальной интеграции. У лиц с ASD нередко наблюдаются также некоторые другие медицинские и психиатрические проблемы. В рамках Национальной сети помощи при аутизме в Норвегии созданы центры по предоставлению услуг лицам с ASD и серьезными психиатрическими проблемами.



### Участие заинтересованных сторон

В деятельности, связанной с охраной психического здоровья детей, принимает участие большое число заинтересованных сторон. Особенно активное участие в этой деятельности за последнее время наблюдалось в отношении конкретных состояний или заболеваний. Хотя такой подход способствует распространению информации о конкретных нарушениях психического здоровья и усилению информационно-просветительной деятельности, это может отвлечь внимание от удовлетворения более общих потребностей в услугах и программах обучения в области охраны психического здоровья детей и подростков.

Ассоциация "Аутизм-Европа" является неправительственной организацией, представляющей собой хороший пример группы, деятельность которой касается конкретной формы психических расстройств и в состав которой входят преимущественно организации родителей. В число индивидуальных членов входят многие специалисты, осуществляется сотрудничество с профессиональными организациями. "Аутизм-Европа" в настоящее время представляет собой авторитетный источник информации. Эта ассоциация проводит также очень эффективную информационно-просветительную деятельность, используя как правовые методы, так и средства массовой информации для того, чтобы привлечь внимание к потребностям молодых людей, страдающих аутизмом, и их семей.

[www.autismeurope.org](http://www.autismeurope.org)

"Партнерство в интересах детей" было создано в 2001 г. с целью укрепления психического и эмоционального здоровья детей и молодежи. Эта организация продолжила осуществление программы "Друзья Зиппи", которая была начата в Дании и Литве организацией "Бифрендерс интернешнл". Она предназначена для обучения детей в возрасте шести и семи лет методам борьбы с трудностями, и она построена на серии рассказов, связанных с деятельностью, способствующей усилению навыков психологической адаптации. Целью этой деятельности является укрепление психического и эмоционального здоровья всех детей.

[www.partnershipforchildren.org.uk](http://www.partnershipforchildren.org.uk)

Европейское общество детской и подростковой психиатрии (ESCAP) объединяет специалистов всего Европейского региона, работающих в данной области, с целью повышения их профессиональной квалификации, распространения информации и информационно-просветительной деятельности. Конгрессы ESCAP предоставляют возможность специалистам по различным аспектам психического здоровья обмениваться новейшей информацией. ESCAP оказывает финансовую поддержку программам профессиональной подготовки.

[www.action.mi.it/escap/](http://www.action.mi.it/escap/)

FOCUS является проектом по внедрению эффективных практических методов в области охраны психического здоровья детей и подростков. Основным направлением деятельности является распространение информации в поддержку использования научно обоснованных практических методов в деятельности всех профессиональных групп и во всех учреждениях по предоставлению помощи.

[www.focusproject.org.uk](http://www.focusproject.org.uk)

Международная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей является организацией, объединяющей национальные организации в области детской психиатрии и смежных специальностей. Эта неправительственная организация, находящаяся в официальных отношениях с ВОЗ, содействует развитию служб охраны психического здоровья детей в странах Восточной Европы, укреплению психического здоровья детей в качестве одного из прав человека и разрабатывает программы содействия разработке научных исследований по вопросам психического здоровья детей с помощью различных программ обучения.

[www.iacapar.org](http://www.iacapar.org)

### Литература:

1. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1998, 248: 14-21.
2. Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 2001, 31: 6-31.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г. (ссылка по оригиналу) (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).
4. Sourander A et al. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43(9): 1134-1167.
5. Weissman MM et al. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1707-1713.
6. Geller B et al. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had pre-pubertal major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158: 125-127.



7. Keshavan MS et al. Research and treatment strategies in first-episode psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172 (suppl. 33):60-65.
8. Leibson CL et al. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(1 ):60-66.
9. Meltzer H et al. The mental health of children and adolescents in Britain. London. Office for National Statistics, 1999.
10. Robins LN. A 70 year history of conduct disorder: Variations in definition, prevalence, and correlates. In: Cohen P, ed. *Historical and geographical influences on psychopathology*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1999:37-58.
11. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behaviour. *American Psychologist*, 1989, 44(2):329-335.
12. Mumford DB, Whitehouse AM. Increased prevalence of bulimia nervosa among Asian school-girls. *British Medical Journal*, 1988, 297:718.
13. Becker AE et al. Eating Disorders. *New England Journal of Medicine*, 1999, 340:1092-1098.
14. Heatherton TF et al. A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 1997, 158:125-127.
15. European Social Charter. Strasbourg, Council of Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/ht ml/163.htm>).
16. Levav I et al. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 13:395-401.
17. Project Atlas: Database. Geneva, World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence, 2004 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhat1as.dn?namMHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
18. Child and adolescent mental health policies and plans. World Health Organization, Geneva, 2005([http://www.who.int/mental health/policy/en/C hild%20%20Ado%20Menta\]%20Health.pdf](http://www.who.int/mental health/policy/en/C hild%20%20Ado%20Menta]%20Health.pdf)).
19. Remschmidt H, Schmidt MH, Walter R. Survey of the utilization of psychiatric services for children and adolescents in Germany. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment*. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998: 83-94.
20. Mircea T. Strategies for responding to the needs of adolescents in Romania. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment*. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998: 385-393.

#### Дополнительные информационные источники:

- Report of the pre-conference meeting on the mental health of children and adolescents (Luxembourg, September 2004) ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants /life style/mental/ev 20040921.en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants /life style/mental/ev 20040921.en.htm)).
- Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. World Health Organization, Geneva, 2003 (<http://www.who.int/mental hea1th/media/en/785.p>).

*Присвячуючи цей номер журналу Міжнародному дню захисту дітей, публікуємо доповідь головного педіатра Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення м.Києва на засіданні Колегії ГУОЗ та МЗ 3 березня 2005р. "Підсумки роботи лікувально-профілактичних закладів м. Києва та завдання з медичного обслуговування населення міста на 2005 рік".*

В.Г. МАЙДАННИК

Перш за все, мені хотілося б звернути Вашу увагу на позитивну динаміку рівня малюкової смертності, яка спостерігається протягом останніх років, котра як відомо є досить чутливим показником стану медичного забезпечення та соціально-економічного рівня розвитку суспільства.

Вказаний показник за 2004 рік становить 6,8 на 1000 новонароджених, тоді як в цілому по Україні - 9,58 проміле. Причому, звертає увагу, що без урахування іногородніх дітей, які тільки отримували медичну допомогу в нашому місті, показник малюкової смертності ще нижчий і становив у минулому році - 4,83 на 1000 новонароджених. На жаль, залишаються високими перинатальні втрати.

В цьому, звичайно велика заслуга спільної роботи акушерів-гінекологів та лікарів-педіатрів нашого міста, а тому мені хотілося б, перш за все, подякувати їм за сумлінну роботу. А від їх імені хотілося б висловити подяку керівництву міста та Головного управління охорони здоров'я за допомогу та розуміння наших "дитячих" проблем.

Звичайно, цілком закономірним є питання, а як співвідноситься показник малюкової смертності з аналогічним показником в інших країнах світу. На цьому слайді наведені показники малюкової смертності в деяких країнах світу, які представлені на офіційному сайті Дитячого фонду ООН - ЮНІСЕФ. З наведених даних видно, що найбільш низьким цей показник є в Японії та Швеції (3 проміле), а також у Франції, Швейцарії, Великобританії та США.

Але треба зазначити, що порівняння показника малюкової смертності з його значенням в розвинених країнах світу є некоректним, адже в нашій країні не використовуються критерії ВООЗ. Показник малюкової смертності ми можемо порівнювати тільки з країнами колишнього Радянського Союзу. Зокрема, в Росії рівень малюкової смертності за 2004 рік становив 11,5 на 1000 новонароджених.

В цьому плані цікава робота була опублікована нещодавно в американському журналі "Peciaiaicis". Автори цієї статті порівняли критерії ВООЗ та країн колишнього Радянського Союзу щодо використання таких понять як "мертворожденість" та "абортний плід". Згідно з критеріями ВООЗ "мертворожденість" визначається тоді, коли відсутні будь-які прояви жит-

тєдіяльності (тобто не тільки дихання чи серцебиття, а й навіть пульсація пуповини чи рухи довільної мускулатури), тоді за нашими критеріями це відсутність дихання. Абортний плід за критеріями ВООЗ визначається при наявності маси тіла меншої, ніж 500 г і термін гестації менший ніж 22 тижні. За нашими критеріями абортний плід визначається, якщо маса тіла менша за 1000 г, а термін гестації менший 28 тижнів.

Авторами було показано, що при використанні традиційних для колишнього Радянського Союзу критеріїв мертворожденості та поняття "абортний плід", показник малюкової смертності в Дзямбульській області в Казахстані становив 32 на 1000 новонароджених. Але після перерахування цього показника на підставі критеріїв, які запропоновані ВООЗ, рівень малюкової смертності зріс до 58,7, тобто на 83,4%.

На підставі наведених даних можна зробити однозначний висновок, що при впровадженні критеріїв ВООЗ (тобто при реєстрації 500 г плодів) показники малюкової смертності безумовно зростуть. Експерти вважають, що при переході на критерії ВООЗ цей показник може зрости як мінімум на 20%.

На наш погляд, необхідно провести підготовчу роботу щодо визначення медико-технічних та реанімаційних можливостей забезпечення та підтримки життєдіяльності новонароджених з масою тіла 500 г і більше та з 1 січня 2006 року розпочати експеримент на території м. Києва, щодо нових умов реєстрації малюкової смертності.

За підсумками 2004 року в структурі причин малюкової смертності перше місце займають стани, що виникли в перинатальному періоді (43,5%), на другому місці вроджені аномалії розвитку, які в 42,8% стали причиною смертності дітей першого року життя, а на третьому місці (4,2%) - інфекційно-паразитарні хвороби.

В 2003 році структура малюкової смертності була дещо іншою. Так, в 2003 році на перше місце серед причин малюкової смертності вийшли вроджені аномалії розвитку, які в 45,6% стали причиною смертності дітей першого року життя. На другому місці - 32% - стани, що виникли в перинатальному періоді, а на третьому місці - 7,8% - захворювання органів дихання і далі (4,4%) - інфекційно-паразитарні хвороби.

Таким чином, на сьогодні ми маємо зниження рівня вроджених вад розвитку у структурі малюкової смертності, але при цьому спостерігається підвищення питомої ваги станів, що виникли в перинатальному періоді.

Ще на одну проблему необхідно звернути увагу. Враховуючи, що тривалість дитячого віку подовжена до 18 років, а також має місце значна захворюваність та розповсюдженість хронічної патології серед дитячого населення та скорочення чисельності та термінів строкової військової служби, на наш погляд, доцільно звернутися до Верховної Ради із законодавчою ініціативою щодо зміни термінів призову до лав українського війська з 19 років;

Протягом останніх років спостерігається стрімке та широке впровадження нових методів діагностики та лікування в клінічну педіатрію. Нові технології діагностики та лікування захворювань дитячого віку - це принципово новий етап розвитку педіатричної науки і практики. Однак питання впровадження сучасних технологій в клінічну педіатрію в дитячих лікувально-діагностичних закладах міста досить проблематичне. Нам здається, що це пов'язано з відсутністю сучасного дитячого діагностичного центру. Саме сьогодні ми маємо прекрасну можливість для створення дитячого діагностичного центру. Адже наприкінці року має бути введена в дію нова будівля ДКЛ №7. Враховуючи, що дитяча лікарня в м. Києві будується з періодичністю в 15 років, то якщо ми не скористаємося цією можливістю, то в найближчі 15 років ми не створимо дитячого діагностичного центру. Тому найважливішим завданням має бути створення Міського дитячого діагностичного центру на базі нової ДКЛ №7, яка має бути введена в експлуатацію наприкінці цього року. Одним підрозділів цього має стати сучасна медико-генетична лабораторія.

Ми часто чуємо, що педіатрична служба має пріоритетне фінансування. Але пріоритетність фінансування педіатричної служби міста - це міф чи реальність? Якщо врахувати, що чисельність населення міста - 2625,1 тис, а кількість дітей до 18 років - 579,9 тис.(22%), то планове фінансування педіатричної служби має бути не менше 20% від бюджету на охорону здоров'я. Однак фактично ми маємо лише - 8,7%. Враховуючи вищенаведене, доцільно в рамках міської комплексної міжгалузевої програми "Здоров'я киян" затвердити підпрограму "Здорове дитинство", передбачивши відповідне фінансування окремим рядком бюджету.

Ще одна нагальна проблема - це проблема кадрового забезпечення дитячих лікуваль-

но-профілактичних закладів. Особливу занепокоєність викликає, що в останні роки рівень укомплектованості постійно зменшується. Так, по м. Києву у середньому загальна укомплектованість штатних лікарських посад лікарями-педіатрами становить 82,9%. Більше того, при цьому 24% лікарів-педіатрів складають особи пенсійного віку, тобто фактична укомплектованість нижче 60%.

Ще більш тривожна ситуація з лікарями-педіатрами, що працюють в дошкільно-шкільних закладах міста. Укомплектованість цих закладів лікарями-педіатрами становить 68,9%, причому серед них осіб пенсійного віку 61,2%. Деякі дитячі поліклініки м. Києва укомплектовані лікарями-педіатрами лише на 20-30%. Як приклад, в одній з поліклінік Дніпровського району м. Києва на 9 дільниць працює 2 лікарі-педіатри, а в одній з поліклінік Шевченківського району на 15 дільниць працює 3 лікарі-педіатри. І такі приклади, на жаль, не поодинокі і їх можна продовжити.

Для порівняння можна навести такі дані. У 1982 році укомплектованість лікарями-педіатрами дитячих лікувально-профілактичних закладів м. Києва становила 93%, а навантаження на 1 дільничного лікаря-педіатра у середньому становило 795 дітей (Г.Г. Бородай, О.О. Дудіна, 1982).

Крім того, з року в рік спостерігається зменшення кількості інтернів-педіатрів, які направляються в дитячі лікувально-профілактичні заклади. При збереженні такої тенденції через декілька років педіатрична служба буде повністю паралізована відсутністю достатнього кадрового забезпечення і якщо така тенденція буде зберігатися, то через декілька років лікувати дітей буде нікому.

Враховуючи кризову ситуацію із забезпеченням дитячих лікувально-профілактичних закладів м. Києва лікарями-педіатрами необхідно порушити клопотання про збільшення за рахунок державного замовлення щорічної цільової підготовки лікарів-педіатрів для працевлаштування у м. Києві до 100 осіб протягом 5 років.

Останнім часом в країні відбувається тривалий і майже постійний процес реформування системи охорони здоров'я, який безпосередньо торкається і педіатричної служби. Але, на наш погляд, реформатори системи охорони здоров'я повинні пам'ятати, що дерево, яким би не було міцним його коріння, можна викорчувати за годину, але потрібні роки, щоб воно стало приносити плоди.

## Состояние психиатрической помощи детям Украины

В.Н. КУЗНЕЦОВ

Киевская медицинская академия  
последипломного образования  
им. П.Л. Шупика



**Резюме.** Стаття характеризує надання психіатричної допомоги дітям в Україні, станом на 01.01.2005 р. Наведенно показники захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки серед дитячого і підліткового населення України на сучасному етапі та у порівнянні з минулими роками, а також стан стаціонарної та амбулаторної допомоги. Подано рекомендації з удосконалення надання психіатричної допомоги дитячому населенню України.

**Ключові слова:** психіатрична допомога, дитячі психіатри, підліткові психіатри, показники захворюваності та поширеності психічних розладів, структура психічних розладів, диспансерно-динамічний нагляд, інвалідність, реабілітація.

**Summary.** The paper presents state of art of mental health care for child and adolescent population on 1st January 2005. The current indicators of mental disorders incidence and prevalence among children and adolescents and their comparison with the indicators in previous years are shown, also there are some indicators of current activities of mental health services. The recommendations on further development of mental health care for children and adolescents are provided.

**Key words:** mental health care, child psychiatrists, adolescent psychiatrists, mental health incidence and prevalence indicators, structure of mental disorders, dynamic outpatient monitoring, disability, rehabilitation.

Согласно данным Центра медицинской статистики МЗ Украины на 1.01.2005 г. население Украины составляло 47442079, из которых 7246301 - дети от 0 до 14 лет, 2257014 - подростки 15 - 17 лет. 2845,6 из каждых 100000 детей в возрасте 0 - 17 лет нуждаются в консультативной или активной помощи психиатра.

Лечебно-профилактическую помощь детям с психическими расстройствами должны осуществлять 521,50 детских психиатров - 7,20 на 100000 населения (при наличии занятых 477,75 штатных должностей - 6,59 на 100000 населения, 418,00 физических лиц - 5,77 на 100000). Однако доступность детей к оказанию специализированной психиатрической помощи ограничено из-за недостаточной укомплектованности кадрами детских психиатров штатных должностей. Так, укомплектованность физическими лицами штатных должностей по Украине - 80,15%, в том числе в Киевской области - на 50,79%, в Ровенской - 60,00%, в Волынской области - 54,05%, в Сумской - 46,15%, в Херсонской - 77,78%, в Хмельницкой - 92,31%, в Запорожской - 80,90%, в Тернопольской - 82,54%, Винницкой - 80,00%, Автономной республике Крым - 85,11%, в Закарпатской - 88,89%, Николаевской - 68,09%, Черновицкой - 108,11%, Львовской - 97,78%, Харьковской - 79,43%, Луганской - 94,31%, Черниговской - 81,95%, Кировоградской - 48,48%, Ивано-Франковской - 93,15%, Одесской - 83,81%, Днепропетровской - 61,31%, Донецкой - 80,39%, Житомирской - 84,62%, Полтавской - 92,86%, Черкасской - 70,00%, Киеве - 81,95%, Севастополе - 74,07%.

В амбулаторно-поликлиническом звене существует 307,5 ставки детских психиатров. При среднереспубликанском показателе участковых детских психиатров 4,2 на 100000, в Ровенской области - 1,3; Черновицкой - 2,7; Кировоградской - 2,0; Волынской - 1,6; Винницкой - 2,8; Житомирской - 3,0; Херсонской - 2,1; Черниговской - 3,0; Черкасской - 2,3; Закарпатской - 2,5; Хмельницкой - 3,0; Киевской - 3,3; Николаевской - 3,7; Харьковской - 4,3; Одесской - 4,6; Полтавской - 4,4; Сумской - 3,6; Тернопольской - 4,1; г.Севастополе - 8,3; г.Киеве - 7,1; Львовской области - 5,8; Днепропетровской - 4,7; Донецкой - 6,5; Запорожской - 4,9; Ивано-Франковская - 4,9; Луганской - 6,0; Львовской - 5,8. В соответствии со штатным расписанием должно быть 6,6 на 100000 детского населения.

Занятые должности врачей психиатров для подростков: Украина - 50,3 (2,2 на 100000), Автономная республика Крым - 4,5(4,5); Винницкая область - 1,0 (1,2), Волынская - 1,0 (1,9), Днепропетровская - 3,5 (2,1), Донецкая - 7,8 (3,5), Житомирская - 2,0 (3,2), Закарпатская - 1,5 (2,3), Запорожская - 3,0 (3,3), Ивано-Франковская - 3,5 (5,0), Киевская - 0,5(0,6), Кировоградская - 0,5(1,0), Луганская - 3,3 (2,8), Львовская - 2,3 (1,8), Николаевская - 0,0 (0,0), Одесская - 3,3 (2,8), Полтавская - 3,0 (4,1), Ровенская - 1,0(1,6), Сумская - 1,3(2,1); Тернопольская - 1,0(1,9), Харьковская область - 1,8(1,3); Херсонская - 0,0 (0,0); Черновицкая - 1,3 (2,7); Черниговская - 1,0(1,9); Хмельницкая - 0,5(0,8); Черкасская - 1,0(1,6); г.Киев - 0,0 (0,0); г.Севастополь - 1,0 (5,7).



Занятые должности детских психиатров амбулаторно-профилактических учреждений в Ровенской области 3,0, Кировоградской - 3,5; Киевской - 9,0, Волынской - 3,3; Кировоградской - 3,5; Сумской -6,5, Хмельницкой - 7,0, Черкасской - 4,8, г.Севастополе - 4,0; Херсонской - 4,0, Закарпатской - 6,3, Черновицкой - 4,5; Черниговской - 5,0; Николаевской - 7,3; Житомирской - 7,0, Тернопольской - 8,0; Полтавской - 10,0; Винницкой - 8,0; Запорожской - 13,3; Ивано-Франковской - 12,8; Донецкой - 39,8; Львовской - 25,8; Харьковской - 16,0, Луганской - 19,5; Днепропетровской - 23,3; Одесской - 17,3; АР Крым - 15,3; г.Киеве - 23,8.

В сельских районах различных регионов Украины при отсутствии детских психиатров психиатрическую помощь детям и подросткам оказывают участковые психиатры центральных районных больниц

Количество больных (диспансерно-консультативная группа) на одну занятую должность участкового детского психиатра / подросткового психиатра: Украина - 643 / 1450; Автономная республика Крым -618 /860; Винницкая область - 892 / 3008; Волынская -1197 / 1398; Днепропетровская - 608 / 1365; Донецкая - 407 / 792; Житомирская - 947 / 1137; Закарпатская - 754 / 1034; Запорожская - 636 /1255; Ивано-Франковская - 556 /748; Киевская - 685 / 3732; Кировоградская - 1076 /3274; Луганская -

519 /1426; Львовская - 617 /1000; Николаевская - 686 / 0; Одесская - 469 / 1177; Полтавская - 542 / 772; Ровенская - 1192 / 2061; Сумская - 643 / 1242; Тернопольская - 623 / 2303; Харьковская - 953 /3432; Херсонская - 1183 / 0; Хмельницкая - 829 / 4904; Черкасская - 1326 / 2339; Черновицкая - 755 /1316; Черниговская - 1085 / 1373; г. Киеве - 444 / 0; г. Севастополе - 337 /508.

Анализируя выше представленные данные, при наличии 1-го детского и 1-го подросткового психиатров, суммарное среднереспубликанское количество пациентов детско-подросткового возраста, состоящих на диспансерно-консультативном наблюдении составляет 643+1450=2093. В г. Киеве, Николаевской и Херсонской областях, в которых выполнен приказ №465 от 12.12.02 "О усовершенствовании организации медицинской помощи детям подросткового возраста", при отсутствии подростковых психиатров, по-видимому, не все дети подросткового возраста находятся на диспансерно-динамическом наблюдении у участкового детского психиатра.

В результате законодательного изменения условий и порядка психиатрического освидетельствования в период 1989-1995 гг. снизилась выявляемость больных, в 1998 - 2005 годах выявляемость детей с расстройствами психики почти возвратилась к 1985 году (Табл.1, 2).

Таблица 1.

**Динамика показателей заболеваемости расстройств психики и поведения**

	1985	1989	1990	1993	1994	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2004
Подростки	618	292	282	248	297	305	566,4	523,1	427,7	485,8	440,1	441,34
Дети	564	408	441	462	449	470	538,2	511,5	518,4	495,0	495,0	503,57

Таблица 2.

**Динамика показателей распространенности расстройств психики и поведения**

	1985	1994	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2004
Дети	2621	2251	2280	2439	2486	2563	2616	2656,5	2726,63

Отмечаются колебания показателей заболеваемости и распространенности психических заболеваний среди детского населения в различных регионах Украины:

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ** (диспансерно-консультативные группы) - Украина 503.57 на 100000, Автономная республика Крым -605.37; Винницкая - 489.16; Волынская - 427.83; Днепропетровская - 584.70; Донецкая - 439.96; Житомирская - 859.61; Закарпатская - 305.61; Запорожская - 639.26; Ивано-Франковская - 586.48; Киевская - 408.67; Кировоградская - 475.71; Луганская - 616.35; Львовская - 579.69; Николаевская - 482.73; Одесская - 313.58; Полтавская - 596.11; Ровненская - 264.09; Сумская

- 480.60; Тернопольская - 479.82; Харьковская - 441.70; Херсонская - 471.49; Хмельницкая - 483.81; Черкасская - 420.90; Черновицкая - 273.77; Черниговская - 766.12; г.Киев - 569.66; г.Севастополь - 509.38.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ** (диспансерно-консультативные группы) - Украина 2726.63 на 100000; Автономная Республика Крым - 3201.48; Винницкая - 2529.85; Волынская - 1925.72; Днепропетровская - 2832.54; Донецкая - 2624.82; Житомирская - 2872.15; Закарпатская - 1880.75; Запорожская - 3144.45; Ивано-Франковская - 2717.62; Киевская - 2260.33; Кировоградская - 2197.62; Луганская - 3119.69;

Львовская - 3556.77; Николаевская - 2134.85; Одесская - 2210.27; Полтавская - 2363.91; Ровенская - 1628.13; Сумская - 2342.50; Тернопольская - 2527.41; Харьковская - 4108.62; Херсонская - 2522.80; Хмельницкая - 2527.06; Черкасская - 3022.10; Черновицкая - 2040.06; Черниговская - 3253.44; г.Киев -3135.52; г. Севастополь -2802.61.

Колебания показателей в разных регионах связаны с недостаточной выявляемостью пациентов и с неоднозначным диагностическим подходом к основным группам психических заболеваний детского и подросткового возраста в различных регионах.

В структуре контингента детей с расстройствами психики и поведения ведущее место занимают нарушения психологического развития, поведенческие расстройства F80-F89; F90-F98 - 1467,2 на 100000 (53,8 %); умственная отсталость (все формы) F70-F79 - 631,9 на 100000 (23,0%); в том числе умственная отсталость легкой и умеренной степени F70 - F71 - 530,2 (19,4%), другие формы (тяжелая и глубокая умственная отсталость) F72 - F79 - 101,8 (3,7%); органические, включая симптоматические расстройства психики F00-F09 - 353,6 (13,0%), непсихотические психические расстройства органического генеза F06.3-9 - 332,2 (12,2%), в том числе вследствие эпилепсии F06.x3; F07.83 - 38,4 (1,4%); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F40-F48 - 229,8(8,4%), реже встречаются шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства - 5,3 (0,2%); острые и транзиторные бредовые расстройства - 0,7; аффективные расстройства F30-F39 - 1,6 (0,1%), из них аффективные психотические расстройства F-30,2,F-31.2,5,F-34 - 0,4; поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами F50-F59 - 37,1 (1,4%); детский аутизм F84.0-4 - 7,3 на 100000 (0,3%).

Расстройства психики непсихотического характера составляют 2060,2 на сто тысяч детского населения ( 75,6%), расстройства психики психотического характера -34,5 (1,3%), умственная отсталость (все формы) - 631,9 (23,2%), расстройства личности и поведения F-50-69, 80-98 - 1504,4( 55,2%).

Распространенность расстройств психики и поведения среди подростков по Украине - 3227,6 на 100000. Структура контингента подростков, которые болеют расстройствами психики и поведения ( диспансерная и консультативная группы): расстройства психики непсихотического характера - 1885,9 (58,4%), расстройства психики психотического характера -

89,1 (2,8%), умственная отсталость (все формы) - 1252,5 (38,8%), органические, включая симптоматические расстройства психики F00-F09 - 571,3 (17,7%), деменция вследствие эпилепсии - 26,9 (0,8%), другие психозы F-04,F-05,F-06.0,1,2-11,3(0,3%); непсихотические психические расстройства органического происхождения F06.3- 9 - 525,0 (16,3%), из них вследствие эпилепсии F06.x3-F07.83 - 95,9 (3,0%), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства - 40,3 (1,2%), острые и транзиторные бредовые расстройства F23,F24 - 11,5(0,4%), аффективные расстройства F30-F39 - 10,8 (0,3%), из них аффективные психотические расстройства F30.2, F31.2, 5, F34 - 1,9(0,1%), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F40-F48 - 319.7 (9,9%), поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями F50-F59 - 91,1 (2,8%), расстройства психологического развития, поведенческие расстройства F80-F89, F90-F98 - 940,0 (29,1%), расстройства личности и поведения F50-F69,80-98 - 1033,0 (32,0%).

За прошедшие два года в Украине сокращено 152 детских психиатрических коек. Всего в Украине 2053.0 психиатрических коек для детей (28,3 на 100000), 1813 находятся в 32 психиатрических больницах, 165 в диспансерах. Наибольшее количество коек в АР Крым - 205, Киеве -215, Днепропетровской области - 120, Донецкой - 150, Запорожской - 110, Львовской - 110, Луганской - 120, Одесской - 100, Харьковской - 160, Черкасская - 80. Наименьшее в Ровенской области - 5, Волынской - 20, Херсонской - 25, Житомирской - 28; Черновицкой - 30, Закарпатской - 40;Черниговской - 40; Сумской - 40, Тернопольской - 50; Хмельницкой - 40.

Возможно ли на 5 стационарных койках для всего региона Ровенской области осуществлять диагностическую, лечебную, реабилитационно-восстановительную помощь детям с психическими и поведенческими расстройствами? 1528.13 из каждых 100000 детей региона находятся на диспансерно-диагностическом наблюдении почти в два раза меньше среднереспубликанского показателя.

В некоторых областях Украины в 2004 году обеспеченность детского населения психиатрическими койками не достигает среднереспубликанского уровня 28,3 на 100 тысяч детского населения (Ровенская - 2,1; Волынская - 9,9, Херсонская - 13,3; Житомирская - 12,1; Закарпатская - 16,0; Хмельницкая - 17,4; Черновицкая - 18,0; Киевская - 20,2; Полтавская - 21,8; Сумская - 22,4; Николаевская - 15,4;

Автономная республика Крым - 69,6; Винницкая область - 35,5; Днепропетровская - 24,0; Донецкая - 24,3; Запорожская - 41,0; Ивано-Франковская-23,0; Кировоградская-26,3; Луганская - 37,0; Львовская - 24,6; Одесская - 26,4; Тернопольская - 25,4; Харьковская - 43,1; Черкасская-38,4; Черниговская - 24,0; г.Киев - 64,0; г.Севастополь - 52,0) при ориентированном нормативе 28 (приказ МЗ от 24.03.98 №74). Нерациональное сокращение коек, как правило, приводят к снижению качества и объема оказания психиатрической помощи детскому населению. С другой стороны чрезмерное количество коек свидетельствует об их нерациональном использовании.

В среднем по Украине психиатрическая койка для детей работала 339,116 дня, в Автономной республике Крым - 348,038, Винницкой области - 333,358, Волынской - 289,197, Днепропетровской - 362,787, Донецкой - 357,390, Житомирской - 248,469, Закарпатской -293,845, Запорожской - 348,146, Ивано-Франковской - 321,611, Киевской - 318,928, Кировоградской - 338,958, Луганской - 357,127, Львовской - 350,338, Николаевской - 346,256, Одесской - 330,644, Полтавской - 340,163, Ровенской - 355,785, Сумской - 305,600, Тернопольской - 335,928, Харьковской - 353,773, Херсонской - 337,769, Хмельницкая - 337,844, Черкасской - 348,076, Черновицкая - 355,913, Черниговской - 358,490, г.Киеве - 271,694, г.Севастополе - 365,180.

Среднее пребывание на койке по Украине - 32,559. В Автономной республике Крым - 32,840; Винницкой - 31,953; Волынской - 35,701; Днепропетровской - 35,361; Донецкой - 38,104; Закарпатской - 31,135, Запорожской - 42,446; Ивано-Франковской - 31,826; Кировоградской - 31,454; Луганской - 27,310; Львовской - 27,701; Николаевской - 32,872; Одесской - 34,334; Полтавской - 34,818; Черниговской- 35,065; Киевской - 33,176; Сумской - 35,520, Тернопольской - 28,478; Ровенской - 26,250, Житомирская - 23,201, Харьковской - 34,888; Херсонской - 29,441; Черновицкой - 40,676; Хмельницкой - 19,013; Черкасской - 29,315; Черниговской - 35,065; г.Киеве- 35,718; г.Севастополе - 31,997.

Оборот койки при среднереспубликанском показателе - 9.885, в Автономной Республике Крым - 19.737; Винницкой области - 11,600; Волынской - 8,700; Днепропетровской - 9.000; Донецкой -9.207; Закарпатской - 9.275; Ивано-Франковской - 8.050; Киевской - 10.200; Кировоградской - 10.378; Луганской - 11.592; Львовской - 14.055; Полтавской - 6.040; Сумской - 10.000; Николаевской - 11.433; Одесской

- 6,950; Черниговской - 7.275; Житомирской - 11.929; Ровенской - 4.00, Тернопольской - 12.020; Харьковской - 10.350; Херсонской - 10.240; Хмельницкой - 16.850; Черкасской - 12.100; Черновицкая -9.967; г.Киеве - 8.181; г.Севастополе -11.880. В то же время обеспеченность этих коек медикаментами, питанием, бельем и даже необходимой площадью (7 м2) , как правило, по-прежнему недостаточна.

Большинство психических нарушений у детей и подростков должно лечиться в амбулаторной сети психиатрической помощи. В современных экономических условиях по-прежнему недопустимо массовое "оздоровление" на сверхдорогих психиатрических койках детей , которые находятся в интернатах системы Министерства образования и науки Украины и Министерства труда и социальной политики Украины.

Проводя сокращение детских коек в психиатрических стационарах, необходимо одновременно компенсировано расширять возможности оказания психиатрической помощи больным детям в амбулаторно-поликлиническом звене, а также помощи в условиях дневных стационаров. Положительный опыт создания лечебно-диагностических и реабилитационно-восстановительных центров для детей с психическими и поведенческими расстройствами следует отметить в Житомирском, Волынском, Ивано-Франковском, Львовском, Днепропетровском регионах. При этом, уровень и объем медицинских услуг в них должны быть такими, как и в круглосуточном психиатрическом стационаре. К сожалению, сокращение коек в некоторых регионах, например в Одесской области, не компенсируется адекватной помощью в амбулаторно-поликлиническом звене. По-прежнему есть необходимость дальнейшего изучения возможности открытия в общесоматических детских больницах психосоматических отделений.

Как и в прошлые годы не отвечают современным требованиям и традиционные для нас формы лечебно-реабилитационной работы с психически больными детьми, основное внимание в которых нередко уделяется только фармакотерапии. Особое внимание должно уделяться психическим нарушениям неглубокого уровня (непсихотическим расстройствам, задержкам психического развития, легким степеням умственной отсталости и т.д.), поскольку при своевременном оздоровительном подходе нередко удается компенсировать такие психические нарушения, тогда как в противном случае они могут стать источником более глубоких деформаций, что будет спо-

собствовать пополнению рядов инвалидов с детства.

В настоящее время 8,23% всех детей, как и в прошлые годы, которые находятся на диспансерном наблюдении в связи с психическими заболеваниями, являются инвалидами с детства. В структуре детской инвалидности как первичной, так и общей психические расстройства стойко занимают второе место. В 2004 году 2274 пациента (31,4 на 100000) первично признаны инвалидами в связи с умственной отсталостью, эпилепсией, шизофренией и других психических расстройств. На 1.01.2005 года 21105.00 детей в возрасте до 14 лет являются инвалидами детства (291,25 на 100 тысяч).

Реабилитации и своевременному лечебному оздоровлению детей с психическими расстройствами способствует совершенствование и реформирование медицинской и социальной помощи в учреждениях Министерства народного образования и науки, Министерства труда и социальной политики и других ведомств.

В Украине функционирует широкая сеть специализированных общеобразовательных школ и школ-интернатов для детей, нуждающихся в коррекции умственного и физического развития: 239 вспомогательных школ (из них 214 школ-интернатов) для детей с легкой умственной отсталостью (36,6 тысяч детей); 34 школы (23 школы-интерната) для детей с задержкой психического развития (3,9 тысячи учеников), 7,5 тысяч детей с задержками психологического развития обучаются в классах интенсивной педагогической коррекции при общеобразовательных школах; 14 школ для детей с тяжелыми нарушениями речи (3 тысячи детей); 6 санаторных школ-интернатов для детей с психоневрологическими заболеваниями (1,2 тысячи детей); 20 школ-интернатов для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (2,4 тысячи детей), 40% из которых обучаются по программе вспомогательной школы; 11 школ социальной реабилитации для детей с нарушением поведения (650 детей) и 3 профтехучилища для такого же контингента подростков 14-18 лет (350 человек); 29 школ для слабовидящих детей (4,6 тысячи человек) и 27 школ для детей с сниженным слухом (3,5 тысячи детей), из которых 30% обучающихся нуждаются в помощи детских психиатров. В 32 школах для глухих (3,6 тыс. детей), 6 школах для слепых (856 учащихся) 30% обучаются по вспомогательной программе.

На диспансерно-динамическом наблюдении в настоящее время состоит 149287.00 детей и 42566.00 подростков с психическими

расстройствами непсихотического характера (пограничными нервно-психическими заболеваниями). Автономная республика Крым, г. Киев, Донецкая и Харьковская области хорошо обеспечены учреждениями для детей с пограничными нервно-психическими заболеваниями, и только в этих регионах открыты санаторные школы-интернаты для детей с психоневрологическими заболеваниями.

В системе здравоохранения функционирует 21 специализированный санаторий психоневрологического профиля и 20 домов ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы и расстройствами психики. В системе Министерства труда и социальной политики Украины функционирует 56 специализированных детских домов-интерната I-IV группы на 9000 мест, в которых находится около 8,9 тыс. детей.

Для решения проблемы охраны психического здоровья детского населения Украины, в целях раннего выявления, более точной диагностики, улучшения качества восстановительного лечения психических расстройств у детей и их реабилитации рекомендуется как и в предыдущие годы:

- На основе законодательных актов о психиатрической помощи, об охране психического здоровья детского и подросткового населения Украины разработать проект целевой программы совершенствования психиатрической помощи детскому населению Украины;

- Укомплектовать физическими лицами штатные должности детских психиатров, осуществлять развитие кадровых ресурсов, совершенствовать додипломную, последипломную подготовку психиатров (детские психиатры должны иметь обязательную базовую сертификатную подготовку по общей психиатрии в интернатуре или специализации, а психиатрам ЦРБ необходимо обучение на циклах тематического усовершенствования "Актуальные вопросы детской психиатрии для психиатров общего профиля". Педиатрам необходимо обучение на циклах тематического усовершенствования "Начальные проявления психических расстройств у детей", педиатрам и неврологам

- "Актуальные проблемы микропсихиатрии"). Требовательно проводить аттестацию детских психиатров и психиатров общего профиля по вопросам психиатрии детского возраста;

- регулярно проводить семинары с педиатрами, врачами других специальностей, педагогами, воспитателями, логопедами, родителями на тему: "Начальные проявления и ранняя диагностика психических нарушений у детей;



- в каждом регионе провести необходимую реорганизацию различных видов психиатрической помощи в соответствии с показателями детской и подростковой психической патологии и с конкретной потребностью в организации тех или иных форм помощи (организация стационарных психиатрических отделений младшего и старшего детства, подростковых отделений, отделений с дневным стационаром, детских психоневрологических санаториев и т.д.);

- планировать открытие региональных, городских лечебно-диагностических, реабилитационно-восстановительных центров и других форм социальной адаптации для детей с расстройствами психики и поведения.

- обсудить с Министерством образования и науки Украины возможность создания специальных лечебно-восстановительных учреждений для детей и подростков с болезненными формами антисоциального поведения.

- уделять особое внимание вопросам суицидального поведения у детей и подростков, активизировать работу телефонов доверия;

- обеспечить комплексное совершенствование и расширение медицинской помощи в учреждениях различных ведомств (Министерства образования и науки, Министерства труда и социальной политики, Министерства здравоохранения и др.) для осуществления максимально возможной реабилитации детей с психическими нарушениями; психиатрическая помощь детям должна включать в себя адекватную учебную, профессиональную и социаль-

ную ориентацию ребенка с психическими отклонениями;

- актуальными остаются вопросы организации психотерапевтической помощи детям, медико-генетического консультирования детей с психической патологией, осуществление МРТ, ЭЭГ и других современных методов исследования, а также своевременного и адекватного обеспечения детей с психическими заболеваниями психофармакологическими средствами;

- необходимо обсудить возможность осуществления терапии на льготных условиях хронически протекающих психических расстройств у детей и подростков с помощью современных психофармакологических средств (рисполепт, клопиксол, флюанксол, ремерон, ламиктал, тимонил, орфирил, депакин, фенибут, альпрозалам, ципрамил, прозак, стимултон, золофт и др.) и таким образом реализовать одну из рекомендаций доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2001 года

- обеспечение доступа к психотропным препаратам для всех нуждающихся;

- содействовать организации неправительственных форм оказания помощи лицам с расстройствами психики таких как Киевское благотворительное общество помощи инвалидам и лицам с интеллектуальной недостаточностью "Джерела", "Школа жизни" и других. Вовлекать в процесс укрепления психического здоровья и оказания психиатрической помощи детям благотворительные фонды, различные отрасли общества, семьи.

#### Литература:

1. Закон Украины "Про психіатричну допомогу", Київ, 2000.
2. Показатели заболеваемости и деятельности психиатрических учреждений в 2004 году. Центр медицинской статистики МЗ Украины.

## Роль иммуногенеза и терапевтическая коррекция девиантного поведения у детей и подростков с церебральной резидуально-органической недостаточностью

Л.Т. УРАЛОВА, А.А. ГОНЧАР  
Киевская медицинская академия  
последипломного образования  
им. П.Л. Шупика

**Резюме.** В статье представлены результаты изучения иммуногенеза у детей и подростков с девиантным поведением в рамках пограничных нервно-психических расстройств на фоне церебральной резидуально-органической недостаточности; определения роли отклонений иммунологических показателей в механизме развития психофармакологической резистентности и возможности ее преодоления путем использования иммунокорректоров.

**Ключевые слова:** пограничные нервно-психические расстройства, церебральная резидуально-органическая недостаточность, девиантное поведение, иммуногенез, регуляторные пептиды.

**Summary.** This article represents the results of immunogenesis studying in children and juveniles with deviant behavior within the bounds of borderline neural-mental disorders at the background of cerebral residual-organic insufficiency; it defines the role of divergence of the immunologic indexes in the development mechanism of the psychopharmacological resistance, and abilities of resistance overcoming by using immune correctors.

**Key words:** borderline neural-mental disorders, cerebral residual-organic insufficiency, deviant behavior, immunogenesis, regulatory peptides.

**Введение.** Проблеме девиантного поведения детей и подростков уделяют больше внимания специалисты в области педагогики, психологии, социологии, права, детской и подростковой психиатрии. Это обусловлено обширным диапазоном выраженности поведенческих расстройств, высокой частотой их проявлений, непосильными для данного контингента трудностями их учебной и социальной адаптации.

Среди разнообразных вариантов психической патологии доминирующее значение имеет изучение девиантного поведения детей и подростков в рамках пограничных нервно-психических расстройств резидуально-органического генеза.

В настоящее время психиатрия располагает достаточно большим объемом материала по диагностике, клинике, медико-педагогической коррекции девиантного поведения. Опыт отечественных и зарубежных клиницистов свидетельствует, что реальные возможности преодоления школьной и социальной дезадаптации, наряду с правильной оценкой диагностической значимости клинических проявлений поведенческих расстройств, зависит в значительной мере от своевременного выбора рационального метода лечения.

**Цель исследования** - углубленное комплексное изучение иммунной системы у пациентов с выраженными поведенческими нару-

шениями в рамках пограничных нервно-психических расстройств резидуально-органического генеза, выявление иммунологических прогностических критериев эффективности терапии.

**Методы и объект исследования.** В основу работы положено изучение 43 пациентов мужского пола, перенесших в раннем детском возрасте органическое поражение головного мозга различной природы с последующим развитием разнообразных форм девиантного поведения непсихотического уровня. Использовались клинко-катамнестический метод, принципы возрастной динамики и сравнительного анамнеза, патопсихологический метод. Для диагностики последствий органического поражения головного мозга применялись МРТ и КТ (у обследуемой группы наблюдались изменения внутрижелудочкового комплекса, уплотнение сосудистых сплетений, мозжечка).

Предпринято комплексное изучение клеточных и гуморальных факторов иммунитета у 43 пациентов с последующим изучением их в динамике. В качестве контроля обследована группа из 43 психически и соматически здоровых детей и подростков. Обследуемому контингенту со стойким девиантным поведением назначался препарат из группы малых регуляторных пептидов - даларгин, активно влияющий на состояние психической деятельности с

развитием реакций компенсации, усиливающих функцию ингибиторных интернейронов, снижающих возбудимость центральной нервной системы. Установлено, что терапевтическая эффективность далагина определялась его функцией еще и как иммунокорректора при стойких, резистентных к терапии поведенческих расстройствах, о чем свидетельствуют наши данные по изучению иммуногенеза у вышеуказанного контингента больных.

Исследование содержания Т- и так называемых Т-активных лимфоцитов в периферической крови показало, что до лечения у детей отмечается значительное снижение количества указанных клеток (до  $24,2 \pm 0,8\%$  и  $22,42 \pm 0,69\%$  при контроле соответственно  $65,81 \pm 1,66\%$  и  $44,42 \pm 1,25\%$  -  $p > 0,05$ ). После проведенной терапии отмечалось значительное восстановление количества Т- и Т-активных лимфоцитов, что свидетельствует о коррекции дисбаланса Т-клеток. Установлено, что содержание В-лимфоцитов, повышенное у детей до лечения, восстанавливалось до контрольных величин после проведенного курса. Таким образом, дисбаланс в содержании различных субпопуляций лимфоцитов - уменьшенное количество Т- и Т-активных лимфоцитов возрастает, а повышенное количество В-лимфоцитов - значительно уменьшается после проведенного лечения, что указывает на иммуномодулирующее действие далагина.

Учитывая положительное влияние проводимой терапии на содержание в крови различных субпопуляций лимфоцитов с изменением функциональной активности последней, можно отметить, что пролиферативная активность в ответ на действие Т- и В-митогенов подвергается значительной модификации. Так, отмеченное значительное угнетение реакции бласттрансформации на ФГА не наблюдалось после курса лечения - пролиферативная активность восстановилась в полном объеме ( $25,5 \pm 3,2\%$  и  $59,7 \pm 2,1\%$  при контроле  $57,23 \pm 1,5\%$  -  $p > 0,05$ ). Особо важно отметить изменения в активности В-лимфоцитов. Так, если у детей до лечения отмечали относительное повышение содержания В-лимфоцитов ( $14,2 \pm 0,7\%$  против  $8,5 \pm$  в контроле, -  $p > 0,05$ ), то пролиферативная активность, в ответ на действие В-митогена - декстрана-сульфата, снижена в 2 раза. Следовательно, в функциональном отношении эти лимфоциты не полноценны, несмотря на их большое содержание в крови.

Проведенные исследования показывают, что у исследуемого контингента больных, наряду с дисбалансом в содержании различных субпопуляций лимфоцитов в крови, имеется

значительное угнетение функциональной активности этих лимфоцитов, что позволяет говорить о вторичном иммунодефиците, затрагивающем как Т-, так и В-клеточное звено иммунного ответа. Достаточно полное восстановление бласттрансформирующей способности В-лимфоцитов в ответ на декстран-сульфат указывает на иммуномодулирующее действие далагина и позволяет утверждать, что имеющиеся расстройства в системе иммунитета не носят необратимого характера и могут быть скоррегированы. Это в полной мере относится как к содержанию различных субпопуляций, так и их функциональной способности отвечать на митогены.

Анализируя содержание различных классов иммуноглобулинов в крови детей до и после лечения, можно отметить снижение концентрации всех трех классов иммуноглобулинов в сравнении с группой контроля, хотя достоверное снижение наблюдается лишь для двух классов иммуноглобулинов М и А. После проведенной терапии отмечается значительная активация иммуноглобулинсинтезирующих лимфоцитов, что приводит к значительному, превышающему норму увеличению этих двух классов иммуноглобулинов. Так, содержание иммуноглобулина М в крови увеличивается до  $1,32 \pm 0,06$  при норме  $1,18 \pm 0,05$  (мг/мл)  $p > 0,05$ , и до  $1,71 \pm 0,07$  при норме  $1,41 \pm 0,08$  (мг/мл) -  $p > 0,05$  в контроле. Содержание иммуноглобулина I в крови увеличивалось до контрольных величин.

Следовательно, имеющаяся у детей вторичная дисиммуноглобулинемия корригируется проводимым лечением в полной мере, что, по-видимому, должно положительно сказываться и на общей реактивности и устойчивости к скрытым вирусным и бактериальным инфекциям и вторичным воспалительным интоксикациям, которые могут наблюдаться у них при таком виде иммунодефицита. Учитывая выявленные нарушения в системе иммунитета у исследуемого контингента пациентов, а также анализируя причину и механизм развития вторичного иммунодефицита, мы пытались оценить активность некоторых регуляторных субпопуляций лимфоцитов, в частности, так называемых индометацинчувствительных супрессоров.

Полученные данные показывают, что у детей до лечения функция этой популяции клеток не нарушена (индекс супрессии - 1,3), однако после проведенной терапии отмечалось исчезновение активности супрессорных клеток (индекс супрессии - 0,7). Следовательно, у данного контингента детей, угнетение показателей

клеточного и гуморального ответа нельзя прямо связывать с гиперактивностью супрессоров, так как уровень активности одной из популяций- макрофаго-лимфоцитарной, способной синтезировать простагландин Е, угнетает пролиферацию Т-лимфоцитов. Проводимая терапия с включением даларгина также способствовала угнетению этой функции супрессоров (индекс супрессии - 0,7), что является одним из объяснений действия даларгина на иммуногенез, его влияние на индометацинчувствительную популяцию супрессоров, активацию вследствие этого синтеза иммуноглобулинов, а также усиление пролиферативной способности лимфоцитов на митогены.

Полученные нами данные, отражающие соотношение различных классов иммуноглобулинов, указывают на участие в гуморальном иммунитете синтезирующих антител. Отсутствие нарушений в переключении с синтеза одного класса иммуноглобулинов на другой позволяет говорить о том, что изменения в системе иммунитета являются вторичными и причина их находится в нарушении нейроэндокринной регуляции иммуногенеза.

## Выводы

1. Детям и подросткам с выраженными формами нарушенного поведения в регистре пограничных нервно-психических расстройств резидуально-органического генеза, резистентных к традиционно проводимой терапии, свойственны значительные изменения в иммунном статусе, связанные с дисиммуноглобулинемией, дисбалансом субпопуляций лимфоцитов, угнетением их функциональной активности на митогены, что позволяет констатировать вторичный иммунодефицит.

2. Эффективность в терапии данного контингента достигается включением в лечебный комплекс регуляторного пептида - даларгина, который позволяет активно влиять на состояние психической деятельности с развитием реакций компенсации, усиливать функцию ингибиторных интерневронов, снижающих возбудимость центральной нервной системы, направленно изменять иммунобиологическую реактивность, что приводит к улучшению клинического состояния.

## Литература:

1. Кузнецов В.Н. К оценке аффективных расстройств у детей и подростков с резидуально-органической недостаточностью // Материалы VI съезда невропатологов и психиатров УССР. - Харьков, 1978, с.498-495.
2. Кузнецов В.Н., Уралова Л.Т., Войцеховский Б.А. Коррекция отклоняющегося поведения у детей и подростков в условиях школы-интерната санаторного типа для детей с психоневрологическими заболеваниями // Психология, клиника и отклонения поведения у детей и подростков. Материалы межобластной научно-практической конференции. 3-5 апреля 1991 г. - Чернигов, 1991, с.109-112.
3. Danner L. Schlafstörungen und Kinderpsychiatrischer Sicht // Therapiewoche. - 2004. - Bd. 33, #15, S.1723-1733.
4. Gabriellei W.F. Sinistrality and delinquency // 3. Abnormal Psychol. - 2004. - Vd.89, #5. P.654-661.



УДК 612.55-053.2+612.822.1-053.2

## Состояние медиаторного обмена у детей с нарушением терморегуляции неинфекционного генеза

Е.В. СКОБЕНКО

Украинский медицинский центр  
реабилитации детей с органическим  
поражением нервной системы МЗ Украины

**Резюме.** Проведено дослідження стану нейромедіаторів в плазмі крові 40 дітей віком від 7 до 17 років з порушенням терморегуляції неінфекційного ґенезу. Отримані дані свідчать про порушення медіаторного обміну у цих дітей. Ці порушення більш виражені при перманентно-пароксизмальному типі, де страждає функція адренергічної, серотонінергічної і, в меншій мірі, ГАМК-ергічної системи. Явища дисбалансу між цими системами може бути одним з етіологічних факторів виникнення та розвитку термопатологічного синдрому у дітей з вегето-судинною дистонією.

**Ключові слова:** діти, терморегуляція, медіатори перманентні, пароксизмальні і перманентно-пароксизмальні порушення, неінфекційний ґенез.

**Summary.** The study of content of neuromediators in blood serum had been performed in 40 children aged 7 - 17 yr. with thermoregulation disorders of non-infectious origin. The obtained results prove the close connection between thermoregulation disorders and the impairment of neuromediators' circulation. The disorder is more prominent in permanent - paroxysmal type of pathology, when impaired function of adrenal, serotonin and less prominent of GABA systems takes place. The disbalance between these systems could be the cause of appearance and development of thermopathological syndrome in children with the autonomic disorder.

**Key words:** children, thermoregulation, paroxysmal and permanent-paroxysmal disorders, non-infectious origin.

**Вступление.** Большой практический интерес в медицине до настоящего времени продолжает представлять проблема термопатологических состояний неинфекционного генеза у детей. По данным литературы такие состояния среди детей в возрасте от 7 до 17 лет наблюдаются в 14,5% случаев.

Длительный субфебрилитет - не единственная форма нарушения терморегуляции. В клинической практике встречаются фебрильные кризы на фоне нормальной температуры тела или в сочетании с длительным субфебрилитетом, т.е. нарушения терморегуляции тела могут носить перманентный, пароксизмальный или перманентно-пароксизмальный характер. Вследствие этого такие дети по многу раз обследуются, неоправданно и без существенного успеха лечатся антибиотиками, гормонами и другими медицинскими препаратами, которые не приносят положительного эффекта, а наоборот могут патологически влиять на состояние здоровья больного.

**Актуальность.** Исследования, проведенные в этом направлении, позволили определить роль неспецифических систем мозга, разносторонних уровней психовегетативной регуляции, функционального состояния мозга в патогенетических механизмах, клиническом самообразовании вегетативных кризов. Терморегуляционные нарушения при этом являются составной частью многочисленных вегетативных нарушений.

Известно, что от периферических терморецепторов афферентная температурная сиг-

нализация через задние корешки, чувствительные ганглии по спиноталамическому пути достигает таламуса, сомато-сенсорных зон больших полушарий и гипоталамуса - главного центра, регулирующего температуру тела. В гипоталамусе происходит синаптическая суммация температурных сигналов интегрирующими нейронами. Структуры переднего гипоталамуса являются основным центром теплоотдачи; структуры заднего гипоталамуса - основным центром теплопродукции. Имеются небольшие представительства температурной чувствительности в мезенцефальной ретикулярной формации, в других отделах головного мозга, в спинном мозге. Связь с эфферентными механизмами центров терморегуляции осуществляется нейрогуморальным путем через симпатическую цепочку.

Определение роли различных уровней вегетативной регуляции в возникновении термопатологических нарушений позволяет выявить отдельные звенья патогенеза, оценить особенности клиники, разработать принципы их патогенетической терапии.

**Целью** проведенных исследований было изучение состояния церебральных и вегетативных структур по данным биохимических исследований нейромедіаторов возбуждения и торможения при термопатологическом синдроме у детей.

Из данных литературы известно, что серотонин возбуждает как холодочувствительные, так и теплочувствительные нейроны переднего гипоталамуса. Кроме того, в переднем

гипоталамусе, особенно в супраоптических и паравентрикулярных ядрах серотонина, норадреналина и дофамина содержится больше, чем в других отделах гипоталамуса. Экспериментально доказано, что при внутривенном введении серотонина теплопродукция и центральная температура организма повышаются, а при внутривентрикулярном введении наблюдается противоположный эффект - снижение теплопродукции и температуры мозга.

До конца не понятен механизм влияния норадреналина на теплочувствительные рецепторы кожи. Возможно, он действует непосредственно или через какие-либо вещества на мембрану термочувствительных нервных окончаний или действие норадреналина опосредованно вазоконстрикторной реакцией кожных сосудов. По мнению Т.В. Козыревой и И.М. Синдаровской (1985), норадреналин непосредственно действует на мембрану рецепторного окончания, вследствие чего изменяется ионная проницаемость мембраны, которая определяет тоническую активность рецептора.

Известно, что не менее 30% синаптических контактов мозга имеют ГАМК-эргическую природу, а основным медиатором торможения является именно ГАМК (Г-аминомасляная кислота). Распределение ее в мозге неравномерно. Наиболее высокая концентрация этой аминокислоты (9 - 10 мкмоль/г) определяется в черной субстанции, бледном шаре и гипоталамусе. Установлена параллель между изменениями активности ГАМК-эргической системы мозга и уровнем ГАМК в плазме крови. Хорошо известна функциональная связь между ГАМК-эргической и дофаминэргической системами на уровне базальных ганглиев.

Из этого следует, что центральные механизмы терморегуляции тесно связаны с гипоталамусом.

Учитывая все вышеизложенное, были проведены исследования по определению содержания в крови норадреналина, серотонина,

дофамина и ГАМК у 40 детей в возрасте от 7 до 17 лет с термопатологическим синдромом неинфекционного генеза. В качестве контрольных были использованы аналогичные исследования у 15 детей с физиологической температурой тела.

Определение содержания в крови норадреналина, серотонина и дофамина проводилось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимической детекцией на микроколоночном хроматографе "Миллихром", а содержание ГАМК определялось спектрофотометрическим (флуоресцентным) методом на лабораторном флуометре "Квант" (Россия) при 335/455 нм.

Эти методы количественного определения катехоламинов и индоламинов подробно описаны в литературе.

**Результаты исследований.** За период 1,5 года было обследовано 40 детей (21 мальчик и 19 девочек) в возрасте 7 - 17 лет с нарушением терморегуляции неинфекционного генеза. Кроме того, у этих детей была исключена соматическая патология, которая могла быть причиной повышения температуры тела (инфекции МПС, термоневрозы, патология ЛОР-органов и т. д.)

По характеру нарушений терморегуляции они распределились следующим образом: у 14 детей наблюдался длительный субфебрилитет - от нескольких недель до нескольких месяцев; у 10 детей на фоне нормальной температуры возникали состояния внезапного повышения температуры тела до 38,5 - 39,5° С, длительностью от 30 - 40 минут до нескольких часов; у 16 детей имело место перманентно-пароксизмальное повышение температуры тела.

В качестве группы контроля, как было сказано выше, служили 15 здоровых детей аналогичного возраста. Полученные результаты проведенных исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Содержание нейромедиаторов в плазме крови у детей с нарушениями терморегуляции неинфекционного генеза**

Нейромедиаторы	Виды нарушений терморегуляции			
	контроль	перманентный	пароксизмальный	перманентно-пароксизмальный
г-аминомасляная кислота (мг/мл)	0,55 ± 0,4	0,71 ± 0,14	0,65 ± 0,07	0,81 ± 0,10
Р	-	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Норадреналин (мг/мл)	364 ± 37	300 ± 23	395 ± 20	425 ± 21
Р	-	> 0,05	< 0,05	< 0,05
Серотонин (мг/мл)	90 ± 10,0	121 ± 17	130 ± 15	184 ± 22
Р	-	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Дофамин (мг/мл)	50,0 ± 9,0	57,0 ± 7,0	54,0 ± 5,0	60,0 ± 7,0
Р	-	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Как видно из таблицы, содержание ГАМК у детей с перманентным и пароксизмальным типами нарушения терморегуляции практически не отличается от контрольных цифр. При перманентно-пароксизмальном термопатологическом синдроме уровень ГАМК в плазме крови было значительно увеличено, так же, как и содержание серотонина и норадреналина. Содержание дофамина в плазме крови у всех обследованных детей существенно не отличалось от нормальных показателей.

**Заключение.** Таким образом, выявлены

нарушения медиаторного обмена у детей с вегетативно-сосудистой дистонией и нарушением терморегуляции. Более четко эти нарушения выражены при перманентно-пароксизмальном типе, при котором страдает функция адренэргической, серотонинэргической и, в меньшей степени, ГАМК-эргической систем. Явления дисбаланса между этими системами, по-видимому, могут быть одним из этиологических факторов возникновения и развития термопатологического синдрома у детей с вегето-сосудистой дистонией.

#### Література:

1. Цыгина Е.Н. Длительные температурные реакции у детей: причины и диагностика. Автореф. дисс. канд.мед.наук. М., 1988, 23 с.
2. Гурин В.Н. Терморегуляция и симпатическая нервная система /АН БССР, ин-т Физиологии/. - Минск, Наука и техника, 1989, - 232 с.
3. Козырева Т.В., Синдаровская И.Н. О механизме действия норадреналина на кожные терморегуляторы. Физиологич. журнал СССР, 1985, т. IXXI, № 10, с. 1344 - 1350.
4. Арутюнян Р.А. Изменение показателей теплообмена организма после введения серотонина в различные области гипоталамуса. Биологич. журнал Армении, 1982, т. XXXV, № 11, с. 873 - 879.
5. Бонецкий А.А., Федоров В.И. Определение катехоламинов плазмы методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на микроколоночном хроматографе "Миллихром". Лаб. дело, 1989, № 4, с. 21 - 25.
6. Lingren S., Andren N.E., Grabowska-Andren M.A. Fluorimetric method for determination of GABA in tissues following cation exchange chromatography and condensation with o-phthalaldehyde. J. Neural Transmission. 1982, Vol.55, p. 243-252.
7. Перфілов О.П., Бабко С.О., Василенко М.О. та інші. Клініка і діагностика перманентних та пароксизмальних порушень терморегуляції неінфекційного генезу у дітей. Український вісник психоневрології. Т. № 4, вип. 4 (11). Харків, 1996, с. 365 - 366.
8. Брызгунов И.П. Длительные субфебрилитеты у детей (клиника, этиология, патогенез и лечение). М.: ООО Медицинское информационное агенство. 2002. 240с.
9. Брызгунов И.П. Теплообмен и терморегуляция в практике педиатра. -М.: ИД Медпрактика-М.- 2005.- 128с.
10. Перфилов А.П. Цимбалюк В.И. Содержание нейромедиаторов в спинномозговой жидкости у детей с церебральным параличом. Современная педиатрия 3(4)/2004. Киев, с.103 -104.

# ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: СОЦІАЛЬНІ, БІОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

УДК 616.89-008+159.9+316.423.3

*Подібно до того, як моїм противникам довелося переконалися в неможливості зупинити новий рух, так і мені довелося переконалися у тому, що його не вдасться вести по тому шляху, який я для нього передбачив (З. Фрейд)*

## Состояние медиаторного обмена у детей с нарушением терморегуляции неинфекционного генеза

М.І. ВИННИК, Р.І. НИКИФОРУК,  
К.Л. БАРАНОВСЬКИЙ, В.А. ОМЕЛЬЧЕНКО  
Київський інститут екології і медицини  
Київська міська клінічна  
психоневрологічна лікарня №1



веден таке клініко-психопатологічний аналіз всіх евську городську клінічну психоневрологічну масових акцій протеста з різними формами пси-

**Ключевые слова:** "помаранчева" революція,

**The summary.** The given job is attempt of the "orange" of revolution from the point of view of deep model). Is spent also the clinical & psychopathological cases to Kiev urban clinical psychoneurological hospital №1 participants of the mass actions of the protest with the various forms of a mental pathology.

**Key words:** "orange" revolution, psychology, psychopathology.

З ходом часу феномен помаранчевої революції буде піддано всебічному аналізу. На думку відомого українського соціолога Е. Головахи [1], помаранчеву революцію не можна вважати власне революцією, бо вона не змінює соціальні інститути. Але залишимо це питання для дискусії спеціалістам, оскільки поняття "революція" є за рамками компетенції психолога чи психопатолога. Безперечно, це - соціально-психологічний феномен. Його виникнення, розвиток та наслідки мають глибокі соціально-психологічні корені. Як і будь-яка інша, помаранчева революція підтверджує думку про те, що реальним двигуном суспільної динаміки є інформаційні процеси у масовій психіці. Останню слід розглядати як єдність свідомого та безсвідомого.

Більшість великих філософів від Платона і Аристотеля, Спінози і Юма, Фіхте і Гегеля до Шопенгауера і Ніцше вказували на перевагу безсвідомих процесів над свідомістю. Тільки картезіанська філо-софія Декарта протистояла цим ідеям. На думку німецького філософа і психолога Т. Ліппса, виражену ним у роботі "Основні проблеми життя душі", автор вказує, що "... фактами психічного життя є не процеси, які складають зміст свідомості, а самі по собі безсвідомі процеси". Відомий французький філософ і соціолог Г. Лебон у праці "Психологія народів і мас" виходив із того, що внутрішнім двигуном і прихованою пружиною розвитку людс-

тва є безсвідоме, яке детермінує як думки, так і вчинки людей. Незважаючи на розбіжності, які існують у розумінні самого поняття "безсвідомого" між різними філософськими школами та психоаналізом, в даному випадку ними можна знехтувати як несуттєвими.

На нашу думку аналіз феномену помаранчевої революції з точки зору глибинної психології, а саме - психодинамічної (психоаналітичної) моделі, допоможе дати відповідь на ряд важливих питань. Незважаючи на те, що психоаналіз, зокрема клінічний психоаналіз, вивчає психологічні закономірності функціонування окремої людини як особистості, правомірно екстраполювати основні його принципи і на функціонування груп людей, в тому числі - великих, якою є суспільство. На можливість такої екстраполяції вказував і сам З. Фрейд: "повинна бути зроблена смілива спроба висвітлити за допомогою поглядів, які склались у психоаналізі того, що залишилось темним або сумнівим у психології мас" [2].

Забігаючи наперед, можна стверджувати, що феномен помаранчевої революції є проявом агресії суспільства, в усякому випадку значної його частини, на владу як на батьківський об'єкт з прагненням заміни (як на свідомому, так і на підсвідомому рівні) поганий батьківський об'єкт на інший і кращий. В основі такої агресії, на нашу думку, є складна історія української ментальності впродовж багатьох сто-



літь, коли можливості самовираження та само-реалізації української нації так чи інакше, в більшій чи меншій мірі пригнічувались панівним режимом.

У працях Ф. Бекона виражені думки з приводу пригнічення людських почуттів. Як відзначає філософ, "природа у людини часто буває прихованою, іноді подавленою, але рідко знищеною". Прихованими і подавленими виявляються перш за все афекти, які не зникають безслідно і готові у будь-який момент дати знати про себе. "Афекти - вказує автор - іноді видаються такими, що заснули, і мертвими, але ні в якому випадку не можна цьому вірити, навіть якщо вони поховані, тому що, коли з'являється привід і зручна нагода, вони воскресають знову". З цього ж приводу З. Фрейд говорить про те, що пригнічені і витіснені у безсвідоме бажання людини "продовжують існування і чекають тільки першої можли-вості стати активними". Класики психоаналізу вважали, що накопичений протестний потенціал мусить вибухнути масовою деструктивністю [2]. На щастя, український варіант протесту не супроводжувався деструктивною поведінкою його учасників.

Для глибшого розуміння феномену помаранчевої революції слід провести аналіз формування української ментальності в історичному процесі. Як у клінічному психоаналізі розуміння актуальних пе-реживань та поведінки людини неможливе без аналізу її ранніх об'єктних стосунків, так розуміння суспільних процесів неможливе без врахування історії нації.

За даними Г. Лебона "наші свідомі поступки витікають із субстрату безсвідомого, який створюється в особливості впливом спадковості. В цьому субстраті полягають численні залишки, які складають власне душу раси". На думку З. Фрейда, тут Г. Лебон оперує поняттям "безсвідомого", яке збігається із юнгіанським "колективним безсвідомим" [2].

Абстрагуючись від детального аналізу тривалого і складного процесу формування української ментальності, який може стати предметом об'ємного наукового дослідження, зупинимось коротко на радянському періоді цього процесу з його соціально-психологічними наслідками. Саме в цей історичний період завершувалось формування української ментальності в тому її вигляді, у якому вона була на період розпаду радянської імперії і початку нової епохи незалежних держав.

Впродовж багатьох десятиліть тоталітарна радянська система цілеспрямовано зомбувала суспільство, впливаючи на свідомість людей, їх сприйняття світу, переживання, самосвідомість і, в кінцевому результаті - поведінку. Процес формування людини особливого типу, яка отримала назву "советский человек", насправді супроводжувався інфантилізацією особистості. Всепроникаючий патерналізм, коли партія і влада регламентували практично усі сторони людського буття і, таким чином, гальмували розвиток людської особистості, її творчого потенціалу і незалежності.

Відомо, що характерними ознаками інфантильної особистості є немотивовано веселий, оптимістичний настрій, постійне очікування від оточуючого світу "материнського" став-

лення до себе. Її психологічна адаптація полягає у невинуватій довірливості і пасивності, незрілості і надмірній залежності (що обумовлено підсвідомим відчуттям, що при виникненні проблеми з'явиться "материнський" об'єкт, який вирішить їх.) До болю знайома картина. Багато українців ще й сьогодні на 15 році незалежності сумують за тими часами і це зрозуміло, бо психологічна незалежність, як виявляється, дається значно важче, ніж політична, і вимагає більш тривалого часу.

Разом з тим за 15 років своєї незалежності українське суспільство зробило значний поступ на шляху вищого рівня психологічної зрілості. Є підстави вважати, що капіталізація суспільного життя суттєво прискорила процеси "сепарації-індивідуації". Свідченням цього є сама здатність виражати агресію на владу ("батьківські об'єкти"). Мирний характер подій на Майдані може вказувати на високий ступінь контролю над власними агресивними імпульсами його учасників, що також характеризує високий рівень психологічної зрілості суспільства.

Згадаємо основоположника психоаналізу З. Фрейда, за яким зріла особистість здатна відмовитись від пасивності, притаманної дитячому вікові, коли любов, безпека і комфорт легко досягались, нічого не вимагаючи взамін. Зріла людина повинна вміти працювати, відкладати задоволення, проявляти тепло і турботу у ставленні до інших, брати на себе відповідальність за вирішення життєвих проблем.

Штучність самої радянської політичної системи, а значить, штучність у стосунках (основа нарцис-тичного ураження), і тотальна маніпулятивна поведінка, яка особливо гостро проявилася у роки української незалежності, апогеєм якої були сфальсифіковані результати виборів Президента (прояв соціопатичного ураження) сприяли росту агресії, яка проектувалася на владу [2].

Отримання Україною політичної незалежності і перехід до ринкової економіки продемонструвало неготовність значної частини суспільства до таких радикальних перемін. "Шокова терапія" для української економіки стала посправжньому шоковою для багатьох українців.

У складних, стресових умовах одним із поширених механізмів адаптації особистості (і суспільства в цілому) є регрес до попередніх етапів розвитку. Не викликає сумнівів, що в умовах переходу до ринкової економіки українське суспільство було значно відкинуто назад у своєму розвитку. На цьому тлі чітко виявилась його межова організація. Для розуміння проблеми необхідно пояснити, що психодинамічна модель передбачає поділ всього континууму психічної патології на невротичний, межовий та психотичний рівні. Тобто, поняття межовий означає такий рівень психічної дезадаптації, який знаходиться на межі між невротичним та психотичним. Отже, цей стан є важчим за невроз, але таким, що не досягає психозу, хоча при певних умовах може у нього трансформуватися.

В історичному сенсі слід зазначити, що уже в середині 50-х років XX ст. у багатьох психоаналітиків з'явилося невдоволення дихотомічною моделлю психопатології Е. Крепеліна невроз-психоз. Багато пацієнтів не відповідали

критеріям психозу, оскільки у них не виявлялось маячні і галюцинацій. Разом з тим у них не було тієї стабільності і передбачуваності, яка властива пацієнтам невротичного рівня, вони здавались порушеннями на більш глибокому і незрозумілому рівні. У 1980 р. термін "межовий розлад" ("borderline disorders") став достатньо леґітимним, щоб з'явитись у DSM - III.

Незважаючи на значні труднощі і протиріччя, які сьогодні існують у розумінні межової патології (одним із суперечливих є питання щодо трактування межової патології як окремого типу особистісної організації, як це зроблено у МКХ - 10, чи мова йде власне про межовий (між неврозом і психозом) рівень психічної дезінтеграції (О. Кернберг, Н. Мак-Вільямс та інші). На думку авторів даної статті, межову патологію слід кваліфікувати як рівень психічної дезінтеграції, оскільки він може спостерігатись при різних типах особистісної організації.

В теорії об'єктних стосунків (однієї із основних сучасних психодинамічних теорій розвитку особистості і психіки) людей з межовим рівнем організації слід описувати в контексті їх стурбованості проблемами сепарації-індивідуації. Згідно з даною теорією у період онтогенетичного розвитку від 8-9 місяців до 3 років життя дитини, яку М. Малер назвала фазою "сепарації-індивідуації", пізнання матері стає ключовим пунктом диференціації "Я" від "Не-Я" і дозволяє дитині вивчити часткові прояви самої себе і оточуючого світу. Базовим негативним переживанням дитини в цей час є страх втрати любові материнського об'єкту. Якщо в цей час формування людської психіки позитивного досвіду надто мало, а негативного - надто багато, то від'єднання (сепарація) стає неможливим. Саме тут, очевидно, можна знайти причини інфантильності значної частини українського суспільства в перші роки незалежності, оскільки процеси "сепарації-індивідуації" відбувались при надто травматичних обставинах. Влада як материнський об'єкт залишила своє незріле дитя один на один з його проблемами. Якщо в цій фазі розвитку мати (влада) зменшує позитивне ставлення до дитини (суспільства), тоді дитина не може зінтегрувати образ власного "Я" і образ "об'єкту" (оточуючого світу). Цей стан і є причиною формування межового розладу.

Яскравою ознакою межової організації людей (суспільства) є використання ними первинних (незрілих) механізмів психологічної адаптації, таких як заперечення, розщеплення, проєкція, проєктивна ідентифікація та ін. Функціонування даних механізмів на ранніх етапах онтогенезу є природним способом пізнання світу незрілою дитячою психікою. Їх наявність у дорослому віці є свідченням регресивного стану, який виконує захисну функцію і дозволяє оволодіти деякими загрозливими афектами, наприклад, тривогою.

Коли для людини фундаментальним механізмом адаптації є заперечення, світ сприймається як такий, коли все "прекрасно". У надзвичайних ситуаціях здатність до заперечення небезпеки є важливим способом збереження конструктивної поведінки. Атмосфера піднесеного настрою, яка панувала на Майдані у дні масових ак-

цій протесту, коли небезпека силового протистояння була реальною, може свідчити про функціонування даного механізму. Люди, котрі побували на Майдані, могли переконатися в цьому на власних переживаннях. Очевидно, в даному випадку мова йде про контрпереносні реакції, які є тонким діагностичним інструментом у психоаналітичній психотерапії.

Класичним проявом розщеплення, яке проявилось на тлі подій на Майдані, було неамбівалентне ставлення певної частини протестантів до сторін, що протистояли. В кінцевому результаті це могло мати надто серйозні наслідки для українського суспільства у вигляді його розколу.

Ідеалізація значною частиною учасників протесту лідерів нових сил та обезцінювання ними ж старої влади - теж свідчення функціонування адаптивних механізмів.

Як уже зазначалося, межова організація небезпечна високою потенційною можливістю ре'есування до психотичного стану.

За час подій на Майдані (з 23.11. по 13.12.04р.) у Київську міську психоневрологічну лікарню №1 (КМКПЛ №1) з різними психічними розладами надійшло 77 хворих, із них 59 вперше в житті були госпіталізованими у психіатричний стаціонар, а у 18 раніше виявлялись психічні порушення і вони проходили психіатричне обстеження і лікування.

Якщо врахувати, що за усі дні у масових акціях протесту брала участь велика кількість людей і зіставити із офіційними даними захворюваності на психічну патологію (18,3 по м. Києву і 24,8 по Україні (на 100 000 населення)), то відсоток госпіталізованих до лікарні виявиться значно нижчим за наведені цифри.

Усі хворі були доставлені до лікарні каретою швидкої допомоги.

Із госпіталізованих було 58 чоловіків і 19 жінок. За віком вони розподілились наступним чином: до 20 років - 10 хворих; 20-40 років - 43 хворих, більше 40 років - 24 хворих. За освітнім рівнем переважну більшість (48) склали особи із середньою спеціальною освітою 24 хворих мали вищу освіту. 5 пацієнтів на час перебування у лікарні були студентами різних ВУЗів України.

Найбільш чисельною серед госпіталізованих була група жителів західних областей України - 41 чоловік, 28 пацієнтів представляли центральний регіон, в тому числі м. Київ і тільки 8 хворих - жителі східного регіону.

Хотілося б абстрагуватись від тих 18 випадків, де мала місце повторна госпіталізація, так як мова йшла про хворих із черговими загостреннями ендогенних захворювань. Більш важливим на нашу думку, є аналіз 59 випадків первинної госпіталізації.

Найбільш частими проявами психічних порушень серед хворих даної групи були різноманітні за структурою параноїдні розлади (49 чол.).

Аналіз дозволяє зробити висновок, що у більшості випадків (37) мали місце реактивні параноїди (параноїди зовнішньої обстановки за С.Г. Жисліним) [4,5]. Незважаючи на відносність основних діагностичних критеріїв даного виду психопатології, все ж поєднання хоча б кількох із них дозволяє з високим ступенем достовірності думати саме так. Отже, зупинимось на основних.

### 1. Виникнення психопатологічних розладів після впливу психогенного фактору.

До розряду психогенних в умовах подій, що мали місце на Майдані, слід віднести очікування у учасників масових акцій протесту можливих репресивних дій з боку владних структур, епізодичні повідомлення про можливі провокації, а також відверто провокативні заяви окремих осіб про "наколоті апельсини" та "масові випадки менінгіту" в учасників протестних акцій. У 36 обстежених тривалість перебування у стресових умовах складала до 3 діб, у інших - більше 3 діб.

### 2. Фактор патологічної ("ослабленої") основи (рунту).

У більшості обстежених хворих виявлялася певна астенизація в результаті недосипання, нерегулярного харчування, а у частини хворих - через наявність соматичної патології. До факторів "ослабленої" основи слід віднести і те, що у 39 осіб до вказаних подій не було постійної роботи. Високим виявився відсоток хворих, де певну травмуючу роль відіграли незадовільні сімейні стосунки або відсутність сім'ї (36 випадків).

Вилив психогенних факторів неможливо вивчати, залишаючи поза увагою структуру особистості. Психогенія завжди носить суб'єктивний характер, а зміст психопатологічних розладів (наприклад, надцінні, настирливі чи маячні ідеї; порушення з боку афективної сфери та інше) відображають тип та рівень організації особистості з одного боку і зміст самої психогенії, з іншого.

Аналіз особистісної організації обстежених хворих показав, що у переважної більшості із них мали місце ознаки організації межового рівня.

В найбільш типових випадках хворі з параноїдною структурою психозу були тривожними і підозрілими. Вони виявляли маячні ідеї відношення, отруєння та переслідування співробітниками спецслужб чи іншими представниками влади. Маячіння у подібних випадках супроводжувалося вираженням афектом страху і примітивними імпульсивними реакціями у вигляді спроб втечі від "переслідувачів". В умовах стаціонару хворі продовжували вбачати загрозу в оточенні, що є типовим для параноїдних механізмів реагування, відмовлялись від прийому їжі, вважаючи її отруйною.

У 4 випадках у клінічній картині домінувало маячіння депресивного характеру, коли поряд із пригніченістю, відчуттям безнадійності, занепокоєністю майбутнім країни і особливо рідних та близьких, хворі заявляли, що надовго залишаться у лікарні, а якщо будуть виписані, то мертвими.

У інших 6 хворих мали місце прояви ма-

ніакального чи гіпоманіакального стану з піднесеним настроєм, моторною та ідеаторною розгальмованістю. Звучали ідеї переоцінки власної особистості. Вони переконували персонал, що їх досвід, знання і лідерські здібності були неocenними для Майдану, що вони знають, як вивести країну з кризового стану і що вони розкрили змову старої влади проти народу.

Очевидно, що в описаних випадках з параноїдною, маніакальною та депресивною симптоматикою мова іде про глибокий регрес особистості до параноїдної, маніакальної та депресивної позиції за М. Кляйн з використанням примітивних психологічних адаптаційних механізмів у вигляді проєкції, заперечення та інтроєкції. Домінування вказаних клінічних проявів серед обстежених хворих ще раз переконує в універсальності даних адаптаційних механізмів на ранніх етапах онтогенезу, коли основна проблема збереження диференціації "Я" - "Не-Я" можлива саме завдяки цим механізмам.

### 3. Психогенний розлад завершується після припинення дії психотравмуючих факторів.

Характерною особливістю значної частини вказаних розладів була їх коротка тривалість. У 37 хворих психотичний стан редукувався протягом 7 днів стаціонарного лікування. В поодиноких випадках уже на другий день госпіталізації після нічного відпочинку хворі ставали критичними, приймали їжу і просили про виписку. Значну роль у швидкому виході даної категорії хворих із психотичного стану відігравала атмосфера довіри, яка панувала у відділеннях лікарні, активне спілкування з пацієнтами.

У інших випадках перебування у стаціонарі дещо затягувалось, але основна частина хворих була виписана в межах 2 - 3 тижнів.

Більш складною в сенсі верифікації стану є група хворих з гострою поліморфною маячною симптоматикою, розладами настрою із швидкою зміною полярності, явищами дереалізації та деперсоналізації, а в окремих випадках - і елементами синдрому психічних автоматизмів, яка розвинулась у стресових умовах. В усякому випадку однозначне віднесення їх до реактивних психозів є сумнівним.

### Висновки

1. З психологічної (психодинамічної) точки зору феномен помаранчевої революції можна кваліфікувати як форму агресії на владу як на батьківський об'єкт.

2. Серед хворих, госпіталізованих у КМКПЛ №1 з Майдану, виявлялися різні форми психічної патології, але найбільш поширеними були реактивні параноїди.

### Література:

1. О. Капечь Правда про міфи помаранчевої революції. - Україна молода. - 2005, №40 (2581).
2. В. Лейбин Фрейд. Психонализ и современная западная философия. - М., изд-во полит. Литературы, 1990. - 397с.
3. Н. Мак - Вильямс Психоналитическая диагностика. - М., "Класс". - 2001. - 475 с.
4. Ганнушкин П.Б. Избранные труды.-М:Медицина.-1964.-291с.
5. Жислин С.Г. Об острых параноидах.-М:Медгиз.-1940.-115с.



УДК 616.89(477)+616.89-008.48(477)

**Ресурсне забезпечення та госпіталізована захворюваність  
хворих на розлади психіки та поведінки в Україні**

М.В. ГОЛУБЧИКОВ, О.О. ПЕТРИЧЕНКО  
Центр медичної статистики МОЗ України

**Резюме.** В связи с заинтересованностью отечественных психиатров состоянием психиатрической помощи в Украине в статье изложены данные о развитии ресурсов психиатрической помощи за последние пятнадцать лет, а также уровень госпитализированной заболеваемости среди психически больных (за тот же период) по Украине.

**Ключевые слова:** кадровое обеспечение, сеть учреждений, коечный фонд, госпитализированная заболеваемость.

**The summary.** In connection with interest of the domestic psychiatrists the condition of the psychiatric help in Ukraine in clause states the data on development of the psychiatric help resources for last fifteen years, and also quantity of the patients, which were in hospital among the mentally patients (for the same period) on Ukraine.

**Key words:** personnel maintenance, network of establishments, bed fund, the patients, which were in hospital.

В останні роки проблема психічного здоров'я населення України є одним з важливих пріоритетів соціальної політики [1, 2, 3, 4, 5, 6].

В науковій літературі є роботи, присвячені психічному здоров'ю населення, вивченню забезпеченості населення усіма видами спеціалізованої допомоги - психологічною, медико-психологічною, психотерапевтичною, психіатричною; вирішенню кадрової політики [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Разом з тим для підвищення якості надання психіатричної медичної допомоги населенню та реформуванню охорони здоров'я в даному напрямку необхідно проводити вивчення стану психічного здоров'я населення.

**Метою** нашого дослідження було проведення моніторингу психічного стану здоров'я населення України в період з 1990 по 2003р.р. та розробки заходів з їх удосконалення.

**Методи дослідження.** Було проаналізовано статистичні дані Центру медичної статистики МОЗ України в період з 1990 по 2003 р.р..

Амбулаторну і стаціонарну допомогу в Україні особам, які хворі на розлади психіки та поведінки надавали у 2003 році 34 психоневрологічні диспансери, 654 психоневрологічні кабінети (диспансерні відділення), кількість яких у порівнянні з 1990 роком збільшилась на 15 або на 2,4%), 1 психоендокринологічний кабінет, 177 психотерапевтичних кабінетів, кількість яких зменшилась у порівнянні з 1990 роком - на 30 кабінетів або на 17%).

Стаціонарну допомогу хворі на розлади психіки та поведінки отримували у 89 психіатричних та психоневрологічних лікарнях та у 22 стаціонарах, які функціонували при психоневрологічних диспансерах (таблиця.1).

Таблиця 1.

**Мережа психоневрологічних і психіатричних установ в Україні**

	РОКИ			
	1990	1995	2000	2003
<b>Амбулаторна мережа</b>				
1. Кількість психоневрологічних диспансерів (ПНД)	37	35	33	34
2. Кількість закладів, які мають психоневрологічні диспансерні відділення (кабінети)	639	666	635	654
3. Кількість закладів, які мають психотерапевтичні кабінети	207	263	172	177
4. Кількість закладів, які мають психоендокринологічні кабінети	3	2	-	1
<b>Стаціонарна мережа</b>				
5. Кількість психіатричних і психоневрологічних лікарень	90	89	89	89
6. Кількість ПНД, які мають стаціонари	37	35	33	22