

КОММЕНТАРИЙ

Статья Л.В.Шукиль и соавт. «Психиатрическая помощь в Омской области» посвящена одному из наиболее важных и актуальных вопросов, особенно в настоящее время. В недавней публикации в этом журнале (2016 № 3) с обсуждением данных английских авторов о показателях деятельности психиатрических служб стран Европы, мы отметили, что авторы обратили внимание на большие различия этих показателей (нередко во много раз) не только в разных странах, но также внутри Великобритании – в отдельных ее регионах (стратах). Аналогичные различия отмечались неоднократно нами при анализе и сопоставлении показателей деятельности психиатрических служб, и также тенденцию к сохранению этих различий, что свидетельствует об особом значении влияния местных условий на формирование традиций и результаты деятельности служб психиатрической помощи. Более широкий или целостный аспект психиатрической службы необходимо учитывать, когда вследствие деинституционализации и возможных сокращений, иногда отражавшихся на доступности помощи в той или иной ее части или после внедрения новых, более эффективных организационных форм, желательно, чтобы их использование было доступно не только живущим поблизости, но и возможно более широкому кругу пациентов данного региона. Все это свидетельствует об актуальности проблемы территориального воплощения службы с целью ее оптимального развития и эффективности.

Заслугой прежних (см. кандидатские диссертации А.А.Уткина и О.Н.Степановой), а также, несомненно, и сегодняшних авторов – руководителей службы, является то, что они нашли и разработали адекватное организационное продолжение помощи отдельным крупным группам больных, например, позволяющее сохранить принципы, заложенные вначале в клинике первого психотического эпизода и на последующих этапах путем организации для них специализированного участка в диспансере и даже

койко-мест для пациентов, обнаруживших частые госпитализации в последующем. Аналогичным образом определенная последовательность предусмотрена для пациентов, получавших помощь в отделении интенсивного лечения в амбулаторных условиях, сохраняющих ее разносторонность, включая клинико-реабилитационный аспект. Необходимо отметить специально полноту всей структуры помощи, вплоть до клубов пациентов, а также особую ценность некоторых разработок, например, достижение высокого уровня реабилитации с возвращением больных с длительными госпитализациями или феноменом «больничного проживания» после утраты жилья к независимому проживанию в сообществе, а также другие удачные решения.

Можно, конечно, указать и на некоторые недостатки. Например, при сдвиге акцента структуры помощи на последующие этапы, осталось в некоторой тени более детальное понимание к ведению и наблюдению больных в диспансере в амбулаторных условиях, что сейчас особенно важно, но, возможно, это не столько недостаток вообще, сколько недостаток изложения в статье. Можно указать также на необходимость большего внимания к психиатрической помощи сельскому населению. Это важно, несмотря на значительное преобладание городских жителей в данной области. Нуждаются также в обсуждении некоторые детали структуры службы. Вместе с тем, данная работа должна привлечь внимание к этой актуальной проблеме – территориальному совершенствованию структуры психиатрической помощи с целью повышения ее эффективности.

*Профессор И.Я. Гурович
Московский научно-исследовательский
институт психиатрии –
филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского»
Минздрава России*