#### **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области "Областная клиническая психиатрическая больница"**

По данным литературы нет никаких оснований допускать наличие в г. Астрахани какой-либо особой организации помощи больным, а душевнобольным в частности, за время с 1556 по 1786 год. Как и везде на Руси, этим делом занимались преимущественно монастыри. Древнейшим монастырем в Астрахани был Троицкий, основанный во второй половине XIV века. В 1700 г. его приписали к Троицко-Сергиевой лавре, после чего он стал клониться к упадку. Больше известно о деятельности Спасского монастыря, где в середине XVIII века была открыта странноприимная больница, просуществовавшая до 1796 г., в которой возможно находили себе приют душевнобольные.

В 1775 г. при губернских правлениях были учреждены «приказы общественного призрения». В Астрахани приказ был открыт в 1786 - 1787 гг. Первыми заведениями приказа были богадельни. В них приказ и стал помещать душевнобольных. Первый такой случай относится к 1789 г., когда по ходатайству войсковых властей Кавказский наместник направил в Астраханский приказ предписание о помещении «в дом сумасшедших» некоего сержанта Ладожского пехотного полка. Приказ вынес решение: «За неимением в учреждении такого дома причислить его в состоящую в здешнем городе богадельню». В дальнейшем до открытия больницы в подобных случаях больные направлялись по преимуществу в богадельню города Екатеринограда (в то время - станица в бывшей Терской области).

1 сентября 1792 г. в г. Астрахани была открыта первая гражданская больница – прародительница Александро- Мариинской Областной клинической больницы. Отныне душевнобольные стали помещаться в открытую соматическую больницу. Так, смотритель больницы Михайлов доносит рапортом, «что находящийся в больнице в уме помешавшийся армянин Артемий Семенов от болезни своей получил свободу». Еще одно упоминание о помещении «в уме тронутых» в больницу относится к 1798 г., когда приказ принял решение принять в больницу «на казенное содержание с прочими наряду сумасшедшего калмычанина».

В 1798 г. больница была уже перенесена на Паробичев бугор и именовалась Павловской. В 1799 г. здесь же было открыто «убежище для душевнобольных». 26.05.1800 г. полиция направила «безумного человека неизвестного звания», задержанного на улице, которому было определено освидетельствовать через штаб-лекаря, «и буде он несовершенного ума», то принять его «в дом сумасшедших». Иными словами, с 1800 г. психиатрический стационар рассматривается как действенная единица с определенным порядком его работы. Обслуживался психиатрический стационар всего лишь одним надзирателем, обычно из отставных унтер-офицеров, и «сидельниками» из числа лиц, находящихся в «работном» или «смирительном» домах. До 1814 г. стационар помещался в каменном доме, состоял всего из двух «камор» - мужской и женской. Больные, о которых проявляли заботу родственники или лица «дворянского достоинства» не могли помещаться в эти общие «каморы». Такой принцип размещения больных сохранялся до 1815 г., когда из 9-ти поступлений в 2-х случаях заведомо душевнобольные помещались в соматические больницы (в одном случае речь идет о докторе Владикавказского гарнизонного полка). С 1816 года для душевнобольных был отведен деревянный корпус, в который помещались больные «всех сословий», но в разные «покои» (так сообщается об одном из важных больных – титулярном советнике Покровском).

Помещению в психиатрический стационар предшествовало освидетельствование. Так, в 1816 г. доктор Цитович отказал в приеме больному олигофренией на том основании, что он «не одержим сумасшествием», а от рождения «малоумен», поэтому «не лечить его надо, а родители должны смотреть за ним».

К 1818 г. относятся указания на то, что в «человеколюбивых заведениях» производилась и, выражаясь современным языком, военно-психиатрическая экспертиза. Так, в журнале от 25.01.1818 г. имеется запись, сделанная после месячного испытания рядового Зотова: «Болезнь сия признается неизлечимою, поелику он был лечим, но без успеху, а посему признается и к службе вовсе неспособен, так что во время произрождающегося недуга повреждаются силы душевные и телесные и всегда означенный недуг происходит перед наступлением переменной погоды». Имеется описание недуга, которым страдал Зотов: «Одержим нервною во внутренностях болезнию по очевидности их, от отраслей чувствительных жил некоторым образом раздражаемых у него судорожных чревных внутренностей припадок, дрожание и трепетание сердца, биение жил, неровное волнующееся, неосновательно часто изменяется, дыхание трудное, в кишках слышно сильное ворчание и туканье, от взаимообразного же сообщения чувствительных жил рождается боль во всей спине, дрожание в руках и сильное изнеможение сил…».

С 1818 г. в разрешении больничных вопросов приказа стали принимать участие врачебные инспектора. Первый такой инспектор Г. Эгг, обнаружив в психиатрическом стационаре двух «персиян в высшей степени меланхолии и потерянии здорового рассудка, но притом смирных», предписал «пищу давать по народной привычке, белый хлеб называемый чуреком». Больные если и терпели притеснения, то исключительно от «сидельцев», которые набирались из бродяг работного и смирительного домов. Они пьянствовали, ничего не делали, о чем имеются жалобы в архивах. До 40-х годов XIX века в Астраханский психиатрический стационар помещались больные со всего Кавказа, в частности больные из числа служилых людей. В 1824 г. душевнобольные помещаются в другое каменное здание на Паробичевом бугре.

Имеется указание на количество коек в Астраханском психиатрическом стационаре: до 1822 г. - 10 (мужских – 5, женских – 5) 1823-1847 г. - 15 (мужских – 10, женских – 5) 1848-1862 г. - 25 (мужских – 15, женских – 10) 1862-1893 г. - 40 (мужских – 25, женских – 15)

В первой половине XIX века никогда все койки не были заполнены. Движение больных было ничтожное: поступало от 8-ми до 13-ти человек в год. Смертность была не велика. «На содержание одного умалишенного человека пищею, одеждою и постельным снарядом, кроме услуги, свету, дров, посуды и употребляемых на пользование его медикаментов составляет в год расхода 146 рублей 60 копеек». Во второй половине XIX века в инвентаре дома для душевнобольных уже имеются смирительные рубашки, которые просуществовали до 1931 г. В 1891 г. выстроен новый корпус стоимостью 78.000 рублей, но только через 2 года он был запущен в эксплуатацию. Совет больницы сообщил, что среди работников больницы нет психиатров, а для заведования домом нужен «специалист, т.е. психиатр».

Первым психиатром, приглашенным для работы в г. Астрахань был Петр Иванович Догаев, который приступил к работе в 1893 г. В этом же году штатное количество коек было увеличено до 73-х. Штат «дома для душевнобольных» был установлен такой: 1 врач, 3 фельдшера, 3 надзирателя, 3 их помощника, смотритель, помощник смотрителя, бухгалтер, кастелянша, священник, псаломщик и 17 санитаров.

Уже в 1893 г. П.И. Догаев сообщает, что число больных в доме колеблется между 112 - 118 и предлагает назначить к нему на должность ординатора Федоровича-Ведера, однако, через год эту должность сократили.

На 1.01.1899 г., т.е. через 100 лет после организации, в «доме для душевнобольных» на 73 койки было 152 больных, за год поступило 239 человек, выписано 198, умерло 40. Смета дома выражалась в цифре 18.700 рублей. Для сравнения, в соматической больнице на 160 коек поступило 1589, выписано 1491, умерло 70 больных.

В 1914 г. больница перешла в ведение Земства. При этом количество больных постоянно увеличивалось и в зимние месяцы достигало 400 человек. В этом же году доктор П.И. Догаев из больницы ушел, и некоторое время в психиатрическом стационаре работал один доктор Страхов. В 1916 г. заведывание отделением перешло на некоторое время доктору Болдыреву, которого сменил доктор А.Н. Иванов, проработавший на этом посту до 1938 г. Прекрасный практический врач-психиатр Александр Наумович Иванов, будучи одиноким человеком, жил на территории больницы и все свое время отдавал больным.

В 1922 г. на базе психиатрического отделения была организована кафедра психиатрии Астраханского государственного медицинского института, которую и возглавил А.Н. Иванов. В дальнейшем кафедрой заведовали профессор Н.И. Скляр (1924-1936 гг.), ассистент А.М. Кравцов (1936-1938 г.г.), профессор А.Ю. Выясновский (1938-1953 гг.), профессор А.М. Халецкий (1954-1974 гг.), доцент Т.Е. Тощева (1974-1981 гг.), доцент А.В. Улезко (1981-2007 гг.), доктор мед.наук А.В. Хрящёв (с 2007 г.).

В 1938 г. была доработана организационная структура психиатрической клиники с делением на отделения. Штат врачей был доведен до 9-ти ставок, а среднего медицинского персонала до – 21 ставки. Долгое время психиатрическая больница исторически и фактически была связана с 1-й клинической больницей.

В 1962 г. был открыт областной психоневрологический диспансер, который возглавила М.М. Бурди (1962-1976 г.г.). Далее главным врачом ОПНД был кандидат медицинских наук А.А. Романенко (1977-1982 г.г.), Р.Н. Викина (1982 - до момента объединения с Областной психиатрической больницей в 1998 г.).

В 1964 году психиатрические отделения были выделены из состава 1-й областной клинической больницы и преобразованы в самостоятельную психиатрическую больницу. На тот период времени в областной психиатрической больнице насчитывалось уже 530 коек, в ее структуре насчитывалось 7 отделений, одно из которых было клиническим. На базе этого отделения работала кафедра психиатрии АГМИ им. А.В. Луначарского. Главным врачом больницы стал М.А. Расин, который руководил больницей до 1997 г. С 1997 по 2006 г. больницу возглавлял Г.А. Сидоров.

В 1980 г. было построено новое типовое здание для размещения 1-й Областной психиатрической больницы на 850 коек, на территории которой в 1989 году был сдан еще один корпус. В этом же году была закрыта 2-я Областная психиатрическая больница, а работавшие в ее структуре подразделения присоединены к 1-й Областной психиатрической больнице.

В 1998 г. произошло объединение Областного психоневрологического диспансера и Областной психиатрической больницы в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница» (с 10.01.12 года - ГБУЗ АО «ОКПБ»).

ГБУЗ АО «ОКПБ» является клинической базой для 3-х кафедр АГМУ: психиатрии, наркологии и психотерапии, медицинской психологии и педагогики, при этом кафедра психиатрии расположена на территории стационара учреждения.

Со времени расформирования и закрытия 2-ой Областной психиатрической больницы и закрытия 3-ей Областной психиатрической больницы в с. Большой Могой Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» является единственным в Астраханской области медицинским учреждением, оказывающим все виды диагностической, лечебной, реабилитационной и социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

С 2006 года ГБУЗ АО «ОКПБ» возглавляет доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии АГМУ А.В. Хрящёв.

До 2006 года технологическое оборудование и здания находились в крайне изношенном состоянии, так как за предыдущие годы эксплуатации, капитальный ремонт всех систем и корпусов зданий не производился.

Ввиду полного выхода из строя системы канализации, подвалы всех корпусов были подтоплены фекальными водами, что в свою очередь, приводило к быстрому износу зданий и всех техническим систем.

В течение 7-ми лет, при закрытии отопительного сезона (апрель – октябрь), отсутствовало горячее водоснабжение больницы, которое должно было постоянно осуществляться от котельной «Покровская».

Начиная с 2008 года, за счет средств полученных от приносящей доход деятельности, силами подрядных организаций капитально отремонтированы (с заменой электропроводки, систем холодного и горячего водоснабжения, вентиляции, пожарной сигнализации и систем пожаротушения, восстановлением системы канализации) следующие структурные подразделения: аптека, отделение №5 (психотуберкулёзное), отделение№2, 6, 8 (общепсихиатрическое), отделение № 13 (детское), отделение №14 (психиатрический стационар специализированного типа), отделение №12, 17, 18(соматогериатрическое), отделение №9 (психотерапевтическое), отделение № 1 (отделение трудовой экспертизы и первого психотического эпизода).

Проведены перепланировка и ремонт отделения скорой помощи и приемного отделения, текущий ремонт палат отделения № 10, 16. Отремонтированы кабинеты ФТО, отделение амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, отделение функциональной диагностики, кафедра психиатрии, конференц-зал, кабинет хирургии, гинекологии, бухгалтерия, экономический отдел, реконструкция и ремонт регистратуры и кабинетов амбулаторно-поликлинического отдела, ремонт кабинетов организационно-методического отдела, ремонт всех кабинетов психиатров в районных учреждения здравоохранения Астраханской области и мн.др.

Завершено строительство и произведён пуск в эксплуатацию автономной блочно-модульной котельной, в результате чего с начала отопительного сезона осуществляется постоянная подача горячей воды, и отопление всех зданий лечебного учреждения.

В настоящее время идет капитальный ремонт и в последующем ввод в эксплуатацию медико-реабилитационного отделения, расположенное в Трусовском районе города.

В учреждении выделены двенадцать самостоятельных отделов с четко определенными функциями и задачами, отвечающими современной концепции развития психиатрической службы. Пять отделов (лечебно-диагностический, отдел геронтопсихиатрии и медико-социальной реабилитации, амбулаторно-поликлинической помощи (диспансерный), детско-подростковый и эпидемиологический) полностью охватили всю лечебную, профилактическую, реабилитационную, диагностическую работу службы. Следующие три (клинико-экспертный, судебно-психиатрических экспертиз и профилактики ООД, организационно-методический) обеспечивают всю экспертную деятельность учреждения, осуществляя все виды экспертиз, проводимых психиатрической службой – от экспертизы качества медицинской помощи до специфических судебно-психиатрических экспертиз. Оставшиеся четыре (медицинского обеспечения, финансово-экономический, материально-технического обеспечения и документационного и кадрового обеспечения) полностью удовлетворяют потребности учреждения в ресурсах, необходимых для его бесперебойного функционирования. Четко сформулированные цели и задачи, структура, иерархия, соподчинение, функции отделов позволили значительно улучшить взаимодействие структурных подразделений учреждения, устранить препятствия в обмене информацией, ускорить документооборот.

В 2012 г. в организации психиатрической службы в Астраханской области произошли существенные изменения: в штат ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» (единственного в субъекте специализированного психиатрического учреждения) были переданы районные сельские врачи-психиатры, а также Скорая специализированная психиатрическая помощь (по обслуживнию пациентов г. Астрахани, Наримановского, Икрянинского и Приволжского районов, нуждающихся в оказании скорой психиатрической помощи). В связи с этим в структуре отдела амбулаторно-поликлинической помощи (ОАПП) учреждения было сформировано 3 диспансерных отделения: № 1 - городская участковая психиатрическая служба (более 500,0 тыс. населения), № 2 - районная сельская участковая психиатрическая служба (около 500,0 тыс. населения) и № 3 - медико-социально-психологической помощи. Следует отметить, что кабинеты сельских участковых врачей-психиатров расположены на расстоянии от 10 до 300 км от ГБУЗ АО «ОКПБ». А в структуру лечебно-диагностического отдела (ЛДО) добавлено отделение скорой специализированной психиатрической помощи.

Организация отделения скорой специализированной психиатрической помощи в структуре ГБУЗ АО «ОКПБ» позволила:

* оперативно знакомить врачей-психиатров бригад скорой помощи с имеющейся в нашем учреждении информацией о пациенте до выезда бригады к месту вызова, в том числе, о его склонности к общественно опасным действиям и многом другом;
* получать оперативную информацию сотрудникам психиатрических бригад от участковых психиатров, сотрудничать с ними при осуществлении госпитализации, а также получать сведения из стационара, позволяющие оценить правильность принятых решений;
* поддерживать более высокий уровень психиатрической квалификации сотрудников психиатрических бригад;
* быть в курсе всех новых требований, нормативных положений;
* использовать новые медикаментозные средства и методы лечения, что в конечном итоге приведет к улучшению качества оказываемой психиатрической помощи населению АО.

Процесс реформирования амбулаторной службы проходил планомерно и не вызвал перебоев в оказании психиатрической помощи на местах. Это произошло благодаря многолетней практике использования в области единой электронной базы данных больных, страдающих психическими и поведенческими расстройствами. Кроме того с 2007 г. в учреждении успешно функционирует локальная вычислительная сеть (ЛВС), в которой на данный момент функционируют рабочее место врача стационара, врача поликлиники, специалиста организационно-методического отдела, регистратора стационара, регистратора поликлиники. В МИС «МедОС» возможно формирование и ведение учетных форм и статистических отчетов. В полном объеме функционирует МИС «МедОС» в кабинетах районных врачей-психиатров, соединение с сервером (и с районами и со стационаром) происходит через интернет, а защищается канал посредством ПО «OpenVPN». OpenVPN — свободная реализация технологии Виртуальной Частной Сети (VPN) с открытым исходным кодом для создания зашифрованных каналов. В плане разработка и осуществление проекта наиболее защищенного канала для передачи данных.

Внедрение МИС «МедОС» привело к:

* улучшению статистического учета;
* улучшению управления медицинской деятельностью;
* сокращению затрат времени на ведение документации;
* повышению качества оказания медицинской помощи;
* уменьшению времени анализа и предоставления информации. Таким образом, было фактически создано единое информационной пространство психиатрической службы области.

Помимо возможности ведения электронной истории болезни (в соответствии с ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. и ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни») у врачей имеется возможность работы с программой централизованной выписки рецептов отдельным категориям граждан, имеющим право на получение лекарственных средств на льготных условиях за счет средств федерального и регионального бюджета (MTerm/NT 1.99a). Одновременно в рамках реализации программы модернизации в Астраханской области была создана закрытая ЛВС учреждений здравоохранения региона, благодаря которой все ЦРБ получили возможность взаимодействия с головными профильными областными учреждениями.

Не секрет, что одним из существенных недостатков в организации качественной амбулаторной специализированной психиатрической помощи в сельской местности является удаленность областных специалистов, а учитывая относительно небольшую численность населения в районах Астраханской области (в основном от 20,0 до 80,0 тыс. чел.) зачастую невозможность проведения экспертной работы. Кроме того, зачастую страдает преемственность между стационарным и амбулаторным звеном психиатрической помощи.

Созданная в 2013 г. в Астраханской области инфраструктура психиатрической службы позволила решить эти проблемы. Самым существенным шагом вперед стала проведение консультации наиболее сложных пациентов областными специалистами в режиме on-line. Другими словами, удалось проводить заседания врачебных и клинико-экспертных комиссий в масштабе реального времени. Вопросы постановки (снятия) пациентов на диспансерное наблюдение (в том числе, активное диспансерное наблюдение), диагностики и лечения в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, экстренной госпитализации в стационар стали решаться в максимально короткие сроки.

Большое значение использование on-line режима имело для работы подкомиссии ВК по контролю применения лекарственных средств (ЛС), оперативно решающей вопросы обоснованности и эффективности назначения ЛС, подлежащих предметно-количественному учету, назначение одному пациенту 5-ти и более наименований в течение одних суток или свыше десяти наименований в течение 1-го месяца в случаях нетипичного течения болезни, при наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, а также при индивидуальной непереносимости. Улучшилась работа по обслуживанию федеральных и региональных льготников, проживающих в сельской местности, что в предыдущие годы было существенной проблемой из-за случаев массового отказа от получения ЛС сельскими пациентами из-за сложностей в организации доставки и учета.