

На правах рукописи

СТУПИНА ОЛЬГА ПЕТРОВНА

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

14.01.06. – психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Томск – 2012

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития».

Научный консультант:

доктор медицинских наук,
профессор

Говорин Николай Васильевич

Официальные оппоненты:

д-р мед. наук,
профессор

Семке Аркадий Валентинович

ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

д-р мед. наук,
профессор

Чуркин Александр Александрович

ФГБУ «Государственный научный центр
социальной и судебной психиатрии им. В. П.
Сербского» (Москва)

д-р мед. наук,
профессор

Дроздовский Юрий Викентьевич

ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская
академия Минздравсоцразвития России

Ведущее учреждение: ФГБУ Московский НИИ психиатрии
Минздравсоцразвития России (Москва).

Защита состоится ____ марта 2012 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан ____ февраля 2012 г.

Ученый секретарь совета по
защите докторских и
кандидатских
диссертаций Д 001.030.01
кандидат медицинских наук



О. Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Происходящие с конца 90-х годов прошлого столетия радикальные социально-экономические преобразования в Российской Федерации, снижение эффективности деятельности психиатрической службы в целом и региональных служб, в частности, привели к росту заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами (Гурович И.Я. и соавт. 2010; Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2009-2010).

Ухудшение психического здоровья населения является важным критерием социального неблагополучия общества и, соответственно, прямо или косвенно приводит к экономическим потерям, снижению обороноспособности страны, росту правонарушений, увеличению распространенности суицидов и злоупотребления психоактивными веществами (Дмитриева Т.Б., 2008).

Суицидальный феномен представляет собой «статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития, как государств, так и их отдельных регионов» (Амбрумова А.Г., 1996). Таким образом, распространенность самоубийств является одним из важнейших индикаторов социально-экономической и политической ситуации как в стране в целом, так и в регионах. По уровню причин смертности от суицидов Россия занимает второе место в мире, а максимальное различие самоубийств в субъектах федерации составляет 100-120 раз (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2006). Высокие показатели суицидальной активности населения определяют актуальность исследований в данном направлении и являются стимулом для развития не только клинических суицидологических подходов, но и целостной системы организации суицидологической службы, направленной на превенцию и сокращение аутоагрессивных тенденций населения (Козлов Т.Н., 2004; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2006).

Последнее десятилетие в исследованиях как зарубежных, так и отечественных авторов в качестве одного из важнейших показателей психического здоровья рассматривается качество жизни и социальное функционирование. Учитывая существующую социально-экономическую ситуацию в РФ и менталитет общества, наиболее всего отличается от параметров здоровых людей качество жизни больных с расстройствами шизофренического спектра (Гурович И.Я., 2010). При этом первоочередной задачей организации помощи психически больным должна стать диагностика и терапия психических расстройств в наиболее приемлемых, нестигматизирующих условиях, что возможно путем совершенствования системы полипрофессионального и межведомственного взаимодействия.

В последние годы большое внимание также уделяется изучению регионального аспекта психического здоровья населения (Хритинин Д.Ф. и

соавт., 2008; Некрасов М.А., 2008; Ракитский Г.Ф., 2011, Сорокина А.В., 2011).

И.А. Былим и соавт. (2010), в частности, с учетом экологической ситуации. Исследования, проведенные в регионах РФ с различными экологическими характеристиками, позволили установить прямую зависимость между уровнем антропогенного загрязнения и показателями нервно-психического здоровья населения. Показано, что на территориях с разной экологической ситуацией переменными являются не только распространенность психических расстройств, но и структура психопатологических нарушений (Сединина Н.С., 2008; Балашов П.П., 2010 и др.). При этом наиболее чувствительными к экотопогенному воздействию являются дети и подростки (Сухотина Н.К. 2001, 2002; Говорин Н.В. и соавт., 2003; Суханов А.А., 2005; Рудницкий В.А., 2009 и др.).

Оценка состояния психического здоровья подростков, подлежащих призыву на военную службу, рассматриваются как элемент национальной безопасности страны, и ей придается особое значение. Ухудшение состояния здоровья подростков в Российской Федерации наглядно подтверждается снижением годности к военной службе лиц призывного возраста. Согласно данным литературы, среди причин негодности к службе в армии по состоянию здоровья в РФ 33,0% приходится на психические расстройства. При этом в структуре психических расстройств, послуживших причиной освобождения лиц призывного возраста от службы в армии, первое место занимает умственная отсталость. Имеет также устойчивую тенденцию к повышению распространенность среди призывников расстройств личности, злоупотребления алкоголем и токсическими веществами (Литвинцев С.В., 2002; Куликов В.В., Краснов В.Н., 2002; Куликов В.В. с соавт., 2007). Увеличивается количество призывников, имеющих низкий уровень образования, более 60% призывников – выходцы из неблагополучных или неполных семей (Дроздовский Ю.В. 2005; Глушко Т.В., 2008).

Несмотря на очевидную значимость проблемы укрепления и сохранения психического здоровья детско-подросткового населения, на сегодняшний день в РФ отсутствуют комплексные программы профилактики психических расстройств и реабилитации детей и подростков, страдающих нервно-психическими заболеваниями, основанные на целостном понимании клинко-эпидемиологической картины указанного контингента, влиянии социально-экономических факторов, клинической динамики, адаптационных возможностей молодых людей.

Анализ показателей психического здоровья населения РФ показывает, что структура психиатрической службы страны не в полной мере удовлетворяет потребности населения и, в первую очередь, это объясняется несовершенством организации психиатрической помощи и слабым материально-техническим обеспечением. Помимо этого, на показатели, отражающие состояние психического здоровья населения в

различных регионах Российской Федерации, оказывают влияние географические, экономические, экологические, этно-культуральные и другие факторы. Становится очевидным, что современная система оказания психиатрической помощи требует проведения серьезных преобразований. Вместе с тем, совершенствование психиатрической помощи в РФ должно быть тесно связано с региональной политикой реформирования служб психического здоровья (Голдобина О.А., Трешутин В.А., 2005; Власовских Р.В., 2005; Былим И.А., 2010).

Учитывая, что население Забайкальского края, равно как и регионов Сибири, находится под прессом экономических, социальных и экологических проблем, это повлекло за собой более высокий уровень потерь здоровья, рост психических и поведенческих расстройств, убийств и самоубийств. Безусловно, указанная ситуация вызывает опасения за будущее нации и ее генофонд, что, в свою очередь, ставит задачи перед руководством психиатрических служб по внедрению новых более качественных форм оказания психиатрической помощи населению с учетом региональных особенностей.

Таким образом, изучение состояния психического здоровья населения Забайкалья является актуальным как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Цель исследования

Клинико-эпидемиологическая оценка состояния психического здоровья населения Забайкальского края, факторов влияющих на него, с последующей разработкой научно-практического комплекса медико-социальных мероприятий, направленных на оптимизацию психиатрической помощи в регионе.

Задачи исследования:

1. Провести анализ основных статистических показателей распространенности и структуры психических и поведенческих расстройств среди населения Забайкальского края за последние 13 лет (1998-2010 гг.).
2. Определить качество жизни и социальное функционирование больных с расстройствами шизофренического спектра при использовании традиционных и новых форм организации психиатрической помощи (на примере клиники первого психотического эпизода).
3. Проанализировать состояние психического здоровья детско-подросткового населения Забайкалья за период с 1998 по 2010 гг.
4. Разработать и внедрить в практику комплексную программу лечебно-реабилитационных мероприятий для детей с экологически обусловленными психическими расстройствами (на примере экологически неблагоприятного региона Восточного Забайкалья), оценить ее эффективность.

5. Выявить особенности психического здоровья призывного контингента Забайкальского края за период 2005 по 2010 гг., изучить социально-психологический профиль призывников.

6. Изучить динамику показателей суицидальной активности населения Забайкальского края, определить роль ведущих факторов в формировании аутоагрессивного поведения.

7. Разработать научно-обоснованную программу оказания психиатрической помощи населению Забайкальского края с учетом регионального фактора и клинико-динамических особенностей состояния психического здоровья детского и взрослого населения.

Научная новизна исследования. Впервые проведена комплексная оценка и анализ состояния психического здоровья взрослого и детско-подросткового населения Забайкальского края за период с 1998 по 2010 гг. Показаны региональные особенности распространенности, структуры и динамики психических и поведенческих расстройств в краевом центре (г. Чита) и районах с учетом социально-демографических и экологических факторов.

Получены данные о состоянии психического и наркологического здоровья призывного контингента Забайкалья за период с 2005 по 2010 гг.

Проведен клинико-динамический анализ первичной диагностики умственной отсталости, как одной из наиболее актуальных проблем психического здоровья населения в регионе. Разработана и предложена комплексная программа медико-психолого-педагогических лечебно-реабилитационных мероприятий для детей с экологически обусловленными задержками психического развития (на примере экологически неблагополучного района Восточного Забайкалья).

При помощи научно обоснованного статистически верифицированного анализа качества жизни и социального функционирования пациентов доказана эффективность новых организационных форм оказания психиатрической помощи больным с расстройствами шизофренического спектра на примере клиники первого психотического эпизода.

Изучена динамика распространенности суицидов в Забайкальском крае за период с 1975 по 2010 гг. Проанализирована зависимость суицидального поведения от социально-демографических, психологических, психопатологических (в том числе, алкоголизации) факторов.

На основании полученных сведений разработан и предложен комплекс мероприятий по реформированию психиатрической службы Забайкалья, эффективность которого продемонстрирована анализом клинико-эпидемиологических показателей.

Теоретическая и практическая значимость результатов исследования. Проведенный анализ клинико-эпидемиологических показателей психического здоровья взрослого и детско-подросткового

населения Забайкальского края может быть использован для статистического сравнения и планирования организации психиатрической помощи в других регионах Сибирского федерального округа и РФ.

Доказанная эффективность внедрения новых организационных форм психиатрической помощи, в частности, клиник первого психотического эпизода, позволяет рекомендовать их в качестве альтернативы традиционной терапии, особенно для пациентов с расстройствами шизофренического спектра, как заболевания, часто приводящего к нарушению качества жизни.

Полученные при изучении психического здоровья детско-подросткового населения Забайкалья результаты предоставляют объективную информацию по факторной обусловленности психических и поведенческих расстройств и могут быть использованы при разработке профилактических и реабилитационных программ в регионах СибФО. Предложенная комплексная программа реабилитации для детей с экологически обусловленными нарушениями интеллекта может успешно использоваться в других регионах страны и округа.

Установленные тенденции динамики показателей суицидов в Забайкалье и количественная оценка наносимого ими ущерба позволят улучшить планирование и организацию суицидологической помощи населению, привлечь внимание региональных органов власти, социальных и медицинских служб к проблеме профилактики самоубийств. Знание роли алкогольного фактора в генезе аутоагрессивного поведения дает возможность применения новых подходов к предупреждению суицидов и покушений на самоубийство. Разработанные первостепенные направления развития суицидологической службы в Забайкалье позволят создать основу для ее совершенствования и эффективной деятельности.

Внедрение в практику. Основные положения, разработанные в диссертации, применяются в практической работе врачей ГУЗ «Краевая психиатрическая больница №1», ГУЗ «Краевая психиатрическая больница №2», ГУЗ «Краевой психоневрологический диспансер, ГУЗ «Краевая психотерапевтическая поликлиника» г. Читы.

Теоретические и клинические положения исследования внедрены в учебный процесс на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия». Полученные данные включены в программу преподавания регионального аспекта психических нарушений у студентов, а также слушателей курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

Апробация работы. Материалы диссертационного исследования были доложены и обсуждены на областной научно-практической межведомственной конференции «Проблемы алкоголизации и наркотизации населения Читинской области» (Чита, 2001); научно-практической конференции, посвященной 120-летию психиатрической и

25-летию наркологической служб Читинской области (Чита, 2005); межрегиональной конференции «Клинические и реабилитационные аспекты при органических заболеваниях головного мозга (Томск. Кемерово, 2006); межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 50-летию кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ЧГМА, (Чита, 2007); межрегиональной научно-практической конференции «Роль государства и общества в усилении борьбы с пьянством, алкоголизмом и наркоманией» (Чита, 2007); научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию ОГУЗ Томской клинической психиатрической больницы (Томск, 2008); Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 55-летию ЧГМА (Чита, 2008); всероссийской научно-практической конференции, посвященной 55-летию ЧГМА «Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины» (Чита, 2008); межрегиональной конференции «Актуальные вопросы детской психиатрии» (Киров, 2008); всероссийской конференции «Охрана психического здоровья работающего населения России» (Кемерово, 2009); межрегиональной конференции, посвященной презентации Атласа психического здоровья населения Забайкальского края (Чита, 2009); краевой научно-практической конференции психиатров, наркологов и психотерапевтов (Чита, 2010); XV Съезде психиатров России (Москва, 2010); XV Отчетной научной сессии, посвященной 30-летию НИИПЗ СО РАМН (Томск, 2011); IV Национальном Конгрессе по социальной и клинической психиатрии (Москва, 2011).

Публикации. По материалам диссертационного исследования опубликована 41 работа, из них монографии – 2, главы в монографии в соавторстве – 2, методические рекомендации с грифом МЗ РФ – 1, статьи – 19 (в том числе, 17 в журналах, рекомендованных ВАК), тезисы в сборниках общероссийских и межрегиональных конференций – 17.

Положения, выносимые на защиту

1. Региональные особенности психического здоровья населения Забайкальского края представлены высокой распространенностью умственной отсталости, главным образом, резидуально-органического генеза.

2. В структуре негодности к военной службе в Забайкалье на первом месте стоят психические расстройства, среди которых большую часть составляют расстройства личности и умственная отсталость.

3. Качество жизни и социальное функционирование больных с расстройствами шизофренического спектра существенно лучше при использовании новых форм организации психиатрической помощи (Клиника первого психотического эпизода) по сравнению с традиционным ее оказанием.

4. Забайкальский регион характеризуется высокими показателями суицидной смертности населения и уровнем парасуицидов. Сложившаяся

ситуация обусловлена массовой алкоголизацией, которая, в свою очередь, опосредована неблагоприятной социально-экономической обстановкой (в особенности это касается сельского населения).

5. Разработаны основные направления оптимизации и реструктуризации психиатрической службы в Забайкальском крае с учетом территориальных особенностей и акцентом на превентивные лечебно-реабилитационные мероприятия: программа профилактики и коррекции экологически обусловленными нарушений психического развития у детей, организация суицидологической службы, клиник первого психотического эпизода.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 255 страницах машинописного текста, состоит из введения, восьми глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа содержит 36 таблиц, 35 рисунков. Список литературы включает 316 источников, в том числе 250 отечественных и 66 на иностранных языках.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе, с целью **комплексного изучения и получения объективной характеристики показателей психического здоровья населения Забайкальского края** проведен анализ статистических данных ежегодных отчетов организационно-методического кабинета ГУЗ «Краевой психоневрологический диспансер» (ГУЗ КПНД). Изучена распространенность психических и поведенческих расстройств среди населения Забайкальского края за последние 13 лет (1998-2010 гг.): в целом и по отдельным нозологическим формам (психозы, непсихотические расстройства, умственная отсталость), в разных возрастных группах (дети 0-14 лет, подростки 15-18 лет, взрослые). Показатели рассчитывались на 100 000 населения соответствующего возраста. Для сравнения проанализированы соответствующие показатели психического здоровья по Сибирскому федеральному округу (СибФО) и Российской Федерации (РФ).

Учитывая, что в структуре болезненности и заболеваемости психическими расстройствами в детско-подростковой популяции большую долю занимают нарушения интеллекта, проведен **анализ случаев первично диагностированной умственной отсталости**. С этой целью сплошным методом были проанализированы амбулаторные карты детей в возрасте от 0 до 14 лет включительно (n=1125), состоящих на учете в ГУЗ «Краевой психоневрологический диспансер» с диагнозом «Умственная отсталость» (по МКБ-10 F 7...). Для этого разработана анкета, включающая социально-демографические (возраст, пол, место проживания, сведения о семье – полная / неполная, социально благополучная / неблагополучная), клинические (возраст первичного выявления и установления диагноза умственной отсталости, наличие / отсутствие до этого другого психиатрического диагноза, и какого именно, назначение терапии по поводу указанного расстройства) и

педагогические сведения для детей 7 лет и старше (наличие и вид обучения).

Учитывая высокую распространенность нарушений интеллекта у детей, проживающих на экологически неблагоприятных территориях, проведена **отдаленная оценка эффективности комплексной реабилитации детей с экологически обусловленными нарушениями интеллекта** (проживающими в г. Балей Забайкальского края). Сплошным методом обследованы дети (n=103), которым в период с 2000 по 2003 гг. был выставлен диагноз «Задержка психического развития органического генеза» (по МКБ-10 шифр F 06.7) и которые прошли курс медико-психолого-педагогической реабилитации в ЦРБ г. Балей.

На протяжении нескольких лет (2002-2009) сотрудниками кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская государственная академия» проводилось комплексное изучение состояния нервно-психического здоровья детско-подросткового населения Балейского района Забайкальского края. Наиболее значимыми факторами экологического загрязнения в указанном районе являются антропогенные: высокое содержание солей тяжелых металлов в воде, почве и донных отложениях, наличие в поверхностных водах нефтепродуктов (до 3-4 ПДК) и фенолов (до 2-3 ПДК), высокий уровень альфа-радиоактивности в подземных водах (до 30 ПДК), гамма-радиоактивности в строениях жилых и административных учреждений. В течение многих лет в пределах города и в ближайших его окрестностях функционировали горнодобывающие и горно-обоганительные предприятия, которые являются основным «внешним» источником загрязнения всех природных сред (в частности, предприятие по добыче и обогащению монацитового торийсодержащего песка в районе пос. Новотроицк). В соответствии с критериями санитарно-гигиенических норм г. Балей официально признан экологически неблагоприятной территорией («Отчет о геолого-экологическом состоянии окружающей природной среды и медико-биологических проблемах на территории Балейского экологического полигона» – Чита, 2005; Ревич Б.А., 2007).

Кроме того, экологическое неблагополучие в Балейском районе обусловлено географическими и геохимическими особенностями региона. Расположение городской агломерации в межгорной котловине, обрамленной горными сооружениями, препятствует оптимальному рассеиванию загрязняющих веществ. Балейский район, как и Забайкалье в целом, является йод- и селен-дефицитной природной биогеохимической провинцией (Вощенко А.В., 1988; Лапердина Т.Г. и др., 2000 и др.). Высокая приподнятость района над уровнем моря, что способствует выветриванию почв, значительная удаленность от морей и океанов и водоснабжением из горных рек с низким содержанием йода.

Учитывая социальную значимость и высокий уровень инвалидности при эндогенных заболеваниях, представляется важным проведение анализа эффективности современных методов лечения больных с расстройствами шизофренического спектра. Таким образом, на следующем этапе

проводили **оценку эффективности терапии расстройств шизофренического спектра в Клинике первого психотического эпизода.** Для реализации поставленной цели сплошным методом были обследованы 97 больных (48 мужчин и 49 женщин) шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (по МКБ-10 F 20-29), получавших лечение в Клинике первого психотического эпизода (далее – КППЭ) ГУЗ «Краевая психиатрическая больница №2» (ГУЗ КПБ №2) в 2004-2007 гг. Большую часть респондентов КППЭ (89,6%) составили больные шизофренией (по МКБ-10 F 20), оставшиеся 11,4% распределились следующим образом (в порядке убывания): острое преходящее психотическое (F 23), шизотипическое (F 21) и шизоаффективное (F 25) расстройства.

В группу клинического сопоставления вошли 79 пациентов (40 мужчин и 39 женщин) с аналогичной патологией, находившихся в те же сроки на стационарном лечении в обычных психиатрических отделениях (далее – ОПО) ГУЗ КПБ №2. Указанную группу также составили преимущественно больные с диагнозом «Шизофрения» (92,4%) и незначительную часть – пациенты с острым преходящим психотическим расстройством.

Клинико-социальный катамнез оценивали при помощи специально разработанной карты-анкеты, в которой учитывались: длительность заболевания от инициального и манифестного начала, клинико-психопатологические и клинико-эпидемиологические особенности, терапия (как стационарная на этапе купирования психоза, так и амбулаторная), наличие и частота повторных госпитализаций, сохранение трудоспособности и адаптации.

Для оценки качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ) использовали разработанный в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского «Способ оценки качества жизни для диагностики психического состояния человека» (Чуркин А.А., Демчева Н.К., 2005; Демчева Н.К., 2006). Основным инструментом исследования являлся опросник, в котором различные стороны социального функционирования и качества жизни, а также состояние здоровья в целом оценивались объективно (врачом) и субъективно (пациентом), по 5-ти балльной и 4-х балльной шкале, соответственно. Сохранность критических возможностей оценивали по «коэффициенту нарушения критических способностей»: при отсутствии критических способностей данный коэффициент равен 0, при полной сохранности критических способностей – 1, при незначительном снижении критических возможностей – 0,7, при значительном снижении критических способностей – 0,3.

Итоговые показатели, позволяющие судить об адекватности оценки пациентом своего состояния и социального положения, рассчитывали по формулам:

$$КО = (КЖ + СФ) / 2, \text{ где:}$$

КО – итоговый показатель качества жизни и социального функционирования;

КЖ – итоговый балл оценки качества жизни;

СФ – итоговый балл оценки социального функционирования.

Для определения наличия и выраженности снижения КЖ и СФ использовали следующие критерии (Чуркин А.А., Демчева Н.К., 2005; Демчева Н.К., 2006): 0,81-0,98 – нормальное значение КО; о снижении качества жизни и социального функционирования свидетельствует показатель ниже 0,81, о высоком КЖ и СФ – выше 0,98.

$KД = KЖо / KЖс$, где:

КД – коэффициент диссоциации объективной и субъективной оценки качества жизни;

КЖ о – объективная, оценка качества жизни;

КЖ с – субъективная оценка качества жизни.

Нормальным считается КД в диапазоне 0,85-1,14, $KД < 0,85$ свидетельствует о завышении, $> 1,14$ – о снижении самооценки (Чуркин А.А., Демчева Н.К., 2005; Демчева Н.К., 2006).

Статистическую обработку данных по качеству жизни пациентов с шизофренией проводили на персональном компьютере при помощи пакетов программ «Microsoft Excel-2007» и «Statistica 6.0» с оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента и расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

На следующем этапе исследования проводили **изучение распространенности и структура психической патологии у лиц призывного возраста**. С этой целью были проанализированы статистические таблицы об итогах медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе в Забайкальском крае за период с 2005 по 2010 гг. (они отражают основные показатели деятельности Военно-врачебной комиссии отдела подготовки, призыва и набора граждан на военную службу по контракту Военного комиссариата Забайкальского края).

Военно-врачебной комиссией осуществлялось медицинское освидетельствование подростков в возрасте 15-16 лет при первоначальной постановке на воинский учет (в 2010 году в Забайкальском крае обследование проходили 6 857 подростков), а также медицинское освидетельствование граждан при призыве на военную службу (в 2010 году освидетельствование прошли 17 442 призывника). Наличие психических расстройств у призывников оценивали по «Расписанию болезней» (Приложение к Постановлению Правительства РФ от 25 февраля 2003 года № 123 «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе») – статьи 14-20 (психические заболевания). Каждая статья состоит из таблицы, а каждая таблица, в свою очередь, состоит из номера статьи расписания болезней; наименования болезней, степени нарушения функции; графы категорий годности к военной службе – I, II, III и IV; в графах указаны категории годности к военной службе «А», «Б», «В», «Г», и «Д».

При изучении клинико-эпидемиологических и социальных особенностей призывников на первом этапе в период призыва проведен анализ материалов личных дел подростков призывного возраста с психическими расстройствами после прохождения ими военно-психиатрической экспертизы в психиатрических стационарах Забайкальского края. Всего сплошным методом проанализированы 793 личных дела призывников 1991-1992 гг. р. и 1982-1990 гг. р. с психиатрическими диагнозами. Учитывались следующие сведения о подростке: психиатрический диагноз, возраст, условия проживания и воспитания, наследственность, образование, совершение криминальных действий, вредные привычки и другие социальные характеристики.

Второй этап работы основан на данных обследования 18-летних призывников (1991-1992 гг. р.), проходивших психиатрическую экспертизу в ГУЗ «Краевая психиатрическая больница №1» и ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» города Читы в течение 2010 года. Всего сплошным методом обследованы 372 подростка. Для проведения исследования разработана специальная карта, включающая следующие сведения о подэкспертном: психиатрический диагноз, возраст, место проживания, условия проживания и воспитания, наследственность, образование, совершение криминальных действий, вредные привычки и другие социальные характеристики, учитывались также данные инструментальных методов обследования и осмотры офтальмолога и невролога. Для постановки психиатрических диагнозов использовались критерии МКБ-10.

Для изучения структуры алкоголизации лиц призывного возраста с психическими расстройствами на базе ГУЗ «Краевая психиатрическая больница №1» Забайкальского края на протяжении всего периода 2010 года были обследованы 18-летние призывники (1991-1992 гг. рождения), направленные в данное учреждение для проведения стационарной военно-психиатрической экспертизы. Всего в стационаре проходило обследование 349 таких лиц, при этом у 242 из них (69,3 %) была установлена психическая патология, и они были включены в исследование, остальные (n=107) были признаны психически здоровыми. Для объективизации данных осуществлялся также анализ историй болезни и другой документации на каждого подэкспертного.

Группой сравнения на этом этапе стали признанные годными к военной службе 18-летние призывники (1991-1992 гг. рождения), обследованные сплошным методом на базе Военно-врачебной комиссии Военного комиссариата Забайкальского края в период осеннего призыва 2009 года и весеннего призыва 2010 года (n=2403, характеристика этой группы представлена ранее).

Для проведения исследования была разработана специальная карта, включающая разнообразные сведения о призывнике (наследственность, образование, занятость, семейное положение, бытовые условия жизни и другие социальные характеристики), а также подробный наркологический

анамнез, позволяющий верифицировать степень злоупотребления алкоголем. Кроме этого, использовался тест AUDIT (ВОЗ).

Выделение донозологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Бехтель Э.Е. (1986). Для постановки психиатрических и наркологических диагнозов использовались критерии МКБ-10.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа «Microsoft Excel-2007» и включала описание выборки, нахождение средней арифметической, ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных с оценкой достоверности различий при помощи t-критерия Стьюдента.

Согласно поставленным целям и задачам, далее проводили **изучение клинико-эпидемиологических показателей суицидов в Забайкальском крае**. Первая часть настоящего раздела основана на анализе данных, полученных при работе с архивными документами, хранящимися в ГУ «Государственный архив» Забайкальского края (за период с 1975 по 1994 гг.), Территориальном органе Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю (за период с 1995 по 2010 гг.). Для сравнения проанализированы соответствующие показатели по СибФО и РФ.

На втором этапе проанализирована медицинская документация по завершенным суицидам и парасуицидам в городе Чите за исследуемый период (с 1995 года по 2010 год). Данные о завершенных случаях получены из актов судебно-медицинской экспертизы и журналов регистрации трупов ГУЗ «Краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». Всего за исследуемый период в бюро СМЭ произведено 22673 вскрытия, из них на долю завершенных суицидов пришлось 1497, что составило 6,6% от общего числа.

Для изучения парасуицидов в городе Чите сплошным методом был проведен ретроспективный анализ историй болезни лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в отделение неврологии ГУЗ «Краевая клиническая больница»; отделения неврологии, травматологии, токсикологический и ожоговый центры МУЗ «Городская клиническая больница №1» за период с 2001 по 2010 гг. (n=2760). В каждом случае анализировался пол, возраст, место проживания, дата и способ попытки, социальный статус суицидента, данные о состоянии трезвости, сопутствующей психопатологии, сроках стационарного лечения.

Статистическую обработку результатов проводили при помощи пакетов программ «Microsoft Excel-2007» и «Statistica 6.0» с оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента и расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе был проведен **анализ основных статистических показателей распространенности и структуры психических и поведенческих расстройств среди населения Забайкальского края за последние 13 лет (1998-2010 гг.)**. При изучении заболеваемости психическими расстройствами в Забайкалье за исследуемый период была выявлена тенденция роста показателей до 2007 года включительно, особенно выраженная в 2001, 2003 и 2006 гг. (394,0 – 389,3 – 386,3 на 100 000, соответственно). Указанная динамика показателей связана с проводимыми сплошными эпидемиологическими исследованиями состояния психического здоровья населения края. В 2008 году отмечено снижение первичной регистрации лиц с психическими расстройствами до 304,0 на 100 000 населения, что согласуется со статистическими данными по РФ и Сибирскому округу. В 2010 году показатель первичной регистрации психических расстройств по Забайкальскому краю составил 350,8 на 100 000 населения, что в целом приближается к таковому по РФ (358,3, 2009) и на 21,2% ниже соответствующего по СибФО за 2009 год. В структуре заболеваемости в Забайкальском крае за исследуемый период наметилась тенденция к снижению доли умственной отсталости, начиная с 2007 года, что связано, главным образом, с усилением контроля за диагностикой когнитивных расстройств (согласно решению краевого координационного совета по психиатрии и наркологии). К 2010 году этот показатель составил 40,9%, что ниже такового по СибФО, однако в 1,5 раза выше общероссийского (26,6 на 100 000).

При анализе показателей болезненности психическими расстройствами за период с 1998 по 2010 гг. значимых изменений не обнаружено. В 2010 году показатель в целом по краю (3121,1 на 100 000) превысил таковой по РФ на 13,7% (2693,1 на 100 000) и соответствует среднему по СибФО (3196,3 на 100 000). Однако, начиная с 2008 года, изменилась структура контингента больных в крае: до 2007 года в структуре болезненности преобладали лица с умственной отсталостью (40,3%). В последние 3 года лидирующее место занимают непсихотические расстройства (45,4%), вытеснив умственную отсталость на второе место (34%). Указанная динамика показателей связана с изменениями критериев диагностики когнитивных нарушений. Структура болезненности в целом соответствует окружным показателям, хотя по РФ второе место занимает рубрика «психозы и состояния слабоумия».

Рост болезненности психическими расстройствами в Забайкалье подтверждает указанную тенденцию, которую мы наблюдаем при изучении динамических показателей инвалидности, особенно среди лиц трудоспособного возраста (в 2010 году – 63,7% от общего числа пациентов являются инвалидами). В Забайкалье пик роста инвалидности пришелся на 2000 год, когда показатель первичного определения стойкой утраты трудоспособности составил 96,6 на 100 000 населения (в РФ – 41,1, 1999 год). Описанные изменения показателей связаны с социально-

экономическим кризисом, который был в этот период в Забайкальском крае и РФ в целом, а оформление инвалидности было для людей одним из способов получения финансовых средств. В 2010 году показатель первичного выхода на инвалидность в крае составил 44,9, что в 1,5 раза выше, чем по РФ (29,3 на 100 000, 2009 год).

Сохраняющиеся высокие показатели первичного выявления и болезненности психическими и поведенческими расстройствами в Забайкалье, а также высокий уровень инвалидизации демонстрируют социальную напряженность в обществе и побуждают к разработке и внедрению новых современных организационных форм с акцентом на превенцию психических расстройств и на интеграцию ее в общество как в рамках программы по социально-значимым заболеваниям, так и в рамках программы модернизации психиатрической службы края.

Учитывая социальную значимость и высокий уровень инвалидности при эндогенных заболеваниях, на следующем этапе проводили **анализ эффективности современных методов лечения больных с расстройствами шизофренического спектра на примере клиники первого психотического эпизода (КППЭ).**

Сплошным методом были обследованы 176 пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, 97 из которых находились на лечении в клинике первого психотического эпизода (КППЭ) и 79 – в обычных психиатрических отделениях (ОПО) ГУЗ «Краевая психиатрическая больница №2» г. Читы. Большую часть респондентов в обеих группах (более 80%) составили больные с диагнозом «Шизофрения параноидная», в клинике преобладала галлюцинаторно-параноидная симптоматика.

Основными принципами работы КППЭ являются:

- оказание помощи в наименее стигматизирующих условиях на основе принципа партнерства с пациентом;
- комплексный подход с формированием «полипрофессиональных бригад» (психиатр, психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе);
- оптимальный выбор нейрорепитивной терапии;
- раннее присоединение психосоциальной реабилитации, включение пациентов и их родственников в психообразовательные программы, осуществление тренинга социальных навыков и нейрокогнитивного тренинга.

Анализ результатов показал более низкий уровень качества жизни и социального функционирования среди пациентов ОПО по сравнению с таковым в КППЭ (КО < 0,81 выявлен в 84,4% и 61,4% случаев, соответственно, $p < 0,05$), минимальный балл при этом в группах не различался (0,26 и 0,27, соответственно). Количество респондентов с нормальным КЖ и СФ (КО 0,81-0,98) в КППЭ, соответственно, было выше по сравнению с ОПО (35,4% и 15,6%, $p < 0,02$).

Анализ медико-социальных показателей выявил, что среди больных с низким КО в обеих группах (КППЭ и ОПО) половину составили лица с

сохранной трудоспособностью, не имеющие инвалидности (47,4% в КППЭ и 53,8% в ОПО) и примерно треть – инвалиды 2-й группы (38,9% в КППЭ и 32,3% в ОПО). Среди больных с нормальным КО лица, не имеющие инвалидности, в обеих группах составили большую часть (97,05% в КППЭ и 90,9% в ОПО), оставшуюся небольшую долю – инвалиды 2-й группы.

Подсчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена позволил объективно подтвердить зависимость качества жизни и социального функционирования от следующих факторов:

- КО и количество госпитализаций в последующем ($r = -0,42$, $p < 0,02$) – чем больше госпитализаций в последующем, тем хуже КЖ и СФ;
- КО и наличие группы инвалидности ($r = 0,34$, $p < 0,05$) – наличие группы инвалидности говорит о снижении КЖ и СФ;
- КО и тип течения ($r = 0,34$, $p < 0,05$) – КЖ и СФ лучше при эпизодическом течении, хуже – при непрерывном.

Для устранения субъективности выбора коэффициента проводящим обследование лицом коэффициенты степени сохранности критических способностей рассчитывались автоматически, по выделенным формулам. Для выявления преимущественного влияния на общий показатель объективной и субъективной оценки использовалась формула для расчета коэффициента диссоциации (КД) между объективными и субъективными показателями. В тех случаях, когда значение КД выше или ниже экспериментально установленных границ нормы, можно говорить о завышенной или заниженной субъективной оценке по отношению к реально существующей действительности.

Анализ наших результатов показал, что диссоциация объективной и субъективной оценки качества жизни выше у пациентов обычных психиатрических отделений (число лиц с неадекватной самооценкой составило 62,7% против 37,7% в КППЭ, $p < 0,02$), главным образом, за счет завышенной самооценки, что, вероятно, можно объяснить снижением критики (46,6% в ОПО против 22,5% в группе КППЭ, $p < 0,01$). Соответственно, показателей «нормы» (адекватной самооценки) среди респондентов Клиники первого психотического эпизода было больше (62,3% против 37,3% в ОПО, $p < 0,02$).

По нозологической принадлежности среди респондентов с завышенной самооценкой в обеих группах большую часть составили больные с диагнозом «Шизофрения» (95,0% в КППЭ, 100% – в ОПО). По типу течения среди больных с шизофренией в обеих группах преобладал непрерывный (КППЭ – 55,8%, ОПО – 57,6%), а также случаи «дебюта» заболевания, т.е. длительность до года (КППЭ – 35,2%, ОПО – 34,6%).

Среди больных с низкой самооценкой отмечена схожая картина – абсолютное большинство составили пациенты с шизофренией (КППЭ – 85,7%, ОПО – 100%), для которой было характерно непрерывное течение или длительность до 1 года (соотношение указанных типов течения 1:1).

Большую часть пациентов с адекватной самооценкой также составили лица с диагнозом «Шизофрения» (КППЭ – 89,6%, ОПО –

96,4%), для которой были характерны непрерывное течение или дебют заболевания.

Анализ медико-социальных показателей выявил, что среди больных с завышенной самооценкой в КППЭ чуть более трети не имеют группы инвалидности (38,1%), в ОПО группа инвалидности была установлена всем пациентам ($p < 0,01$). При этом большую часть (как в КППЭ, так и в ОПО) составили инвалиды 2-й группы.

Среди респондентов с низкой самооценкой в КППЭ большая часть не имели группы инвалидности (64,2%), в ОПО инвалидность была определена у всех пациентов ($p < 0,001$). По структуре преобладали инвалиды 2-й группы, однако в ОПО их было больше (50% по сравнению с 21,4% в КППЭ, $p < 0,02$).

У пациентов с адекватной самооценкой отмечена похожая картина: в обеих группах большую часть составили лица, не имеющие инвалидности, однако в КППЭ количество таких респондентов было выше (75,8% в КППЭ и 64,2% в ОПО, $p < 0,05$); среди оставшихся большую часть имели 2-ую группу инвалидности.

Подсчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена выявил прямую зависимость самооценки больных (КД) и обобщенного показателя качества жизни и социального функционирования (КО).

Таким образом, у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, находящихся на лечении в Клинике первого психотического эпизода, качество жизни и социальное функционирование объективно было выше по сравнению с респондентами, находящимися на лечении в отделениях с традиционной формой организации психиатрической помощи. При этом у пациентов КППЭ формировалась более адекватная оценка своего личностно-психологического и психопатологического состояния.

Проблема психического здоровья детей является одной из приоритетных, поскольку определяет будущее здоровье нации. Учитывая это, нами был проведен **анализ состояния психического здоровья детско-подросткового населения Забайкалья за период с 1998 по 2010 гг.**

У детей младшей возрастной группы (0-14 лет) заболеваемость психическими расстройствами за исследуемый период увеличилась – от 381,0 в 1998 году до 625,0 на 100 000 в 2010 году и, таким образом, показатель приблизился к среднему по РФ (664,7 на 100 000, 2009). Болезненность психическими расстройствами детского населения за период с 1998 по 2010 гг. также выросла – от 2218,0 в 1998 году до 3005,6 на 100 000 в 2010 году (это на 14% ниже средней по СибФО и на 9% - общероссийской).

В структуре болезненности детского населения за последние 13 лет произошло уменьшение доли умственной отсталости и увеличение непсихотических расстройств (среди которых большая часть – задержки психического развития).

Указанные изменения распространенности и структуры психической патологии у детей Забайкальского края связаны, главным образом, с активизацией клинико-эпидемиологических исследований сотрудников кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО ЧГМА в этом направлении и, безусловно, являются положительными. Однако в структуре болезненности психическими расстройствами умственная отсталость, как и прежде, занимает значительную долю.

Как известно, распространенность психических расстройств среди детей старшей возрастной группы является одной из наиболее высоких по сравнению с другими возрастными группами (Гурович И.Я. с соавт., 2007). При анализе статистических показателей было выявлено, что заболеваемость психическими расстройствами среди подросткового (15-18 лет) населения Забайкальского края в течение последних 13 лет является стабильно высокой по сравнению с таковой по Сибирскому федеральному округу и РФ. При этом в структуре заболеваемости у подростков края доля умственной отсталости выше среднероссийской в 2 раза (231,8 на 100 000 по Забайкальскому краю, 2010 против 108,4 по РФ, 2008).

Настораживающим является увеличение показателей болезненности умственной отсталостью среди подростков Забайкальского края – за последние 10 лет более чем в 2 раза. Соотношение болезненности умственной отсталостью у детей и подростков по РФ относительно стабильно и в 2008 году составило 1 : 2,1, в Забайкальском же крае – кратно выше у подростков и в динамике за последние три года возрастает.

Структура болезненности подросткового населения края в течение последних трех лет соответствуют общероссийской, однако обращает на себя внимание высокая доля умственной отсталости (почти половина от всей психической патологии у подростков). Основной причиной инвалидности по психическому заболеванию в детско-подростковом возрасте также является умственная отсталость (в 2010 году 83,7% в общей структуре инвалидности у детей от 0 до 17 лет).

Высокая распространенность умственной отсталости в детско-подростковой популяции определила необходимость проведения анализа случаев первичного ее выявления в детском возрасте. С этой целью были проанализированы амбулаторные карты детей в возрасте от 0 до 14 лет включительно (n=1125), состоящих на учете в ГУЗ «Краевой психоневрологический диспансер» с диагнозом «Умственная отсталость» (по МКБ-10 F 7...).

Выявлено, что клинически умственная отсталость в подавляющем большинстве случаев (более 80% респондентов) представлена резидуально-органическими формами (по МКБ-10 F.7*.*7, F.7*.*2, F.7*.*1, F.7*.*8), кратно реже встречаются наследственные и наследственно-экзогенные формы заболевания. Учитывая резидуально-органический генез, помимо собственно психопатологических особенностей интеллектуального дефекта, у детей отмечена частая встречаемость «органических знаков»: церебрастенические и психоорганические

проявления, рассеянная неврологическая симптоматика, стигмы дизэмбриогенеза.

Демографический анализ показал, что более 80% обследованных проживают в районах Забайкальского края и меньшая часть – в краевом центре (г. Чита). Большую часть респондентов с умственной отсталостью составили мальчики: соотношение мальчиков и девочек 3 : 1. Анализ возрастной структуры показал преобладание детей среднего школьного возраста (63,4%), меньшую часть составили дошкольники. Изучение зависимости показателей от социального статуса выявило, что поздняя диагностика умственной отсталости и, следовательно, отсутствие адекватной терапии более характерно для детей из социально-неблагополучных семей (особенно проживающих в районах края), а также для воспитанников детских домов (несмотря на то, что в интернатных учреждениях ежегодно проводится диспансеризация).

В последние годы наметилась тенденция к более детальному анализу влияния различных экопатогенных факторов, которые могут обуславливать специфические структурные особенности выявляемой патологии. В Забайкальском крае одним из экологически неблагополучных районов является Бaleyский, что обусловлено комплексом факторов антропогенного и геохимического характера. Сплошное клинико-эпидемиологическое исследование состояния нервно-психического здоровья детско-подросткового населения указанной биогеохимической провинции показало, что уровень болезненности кратно превышает общие показатели по краю и округу. Выявлены клинические особенности и нейробиологические механизмы развития экологически обусловленных нарушений интеллекта у детей. Предложена программа медико-психолого-педагогической реабилитации детей с нарушениями интеллекта, проживающих на указанной экологически неблагополучной территории, для реализации которой в 2004 году в г. Балее было открыто специализированное детское отделение (Говорин Н.В. и соавт., 2003, 2007, 2008).

Следующим этапом исследования стала оценка эффективности программы реабилитации. С этой целью нами проведено отдаленное исследование катамнеза детей (n=103), которым в период с 2000 по 2003 гг. был выставлен диагноз «Задержка психического развития органического генеза» (по МКБ-10 шифр F 06.7) и которые прошли 2-3 курса реабилитации в специализированном отделении при ЦРБ. «Комплексность» реабилитации была представлена разносторонностью воздействий с участием специалистов разного профиля: медицинского (врачи педиатры, психиатры, неврологи, физиотерапевты, врачи ЛФК; массажисты), психолого-социального (социальный работник, психолог), педагогического (дефектолог, логопед, воспитатель, музыкальный работник). Медикаментозная терапия была подобрана для каждого ребенка индивидуально и включала: нейрометаболический препарат (церебролизин или кортексин); ноотропный препарат (выбор в зависимости от других клинических особенностей ЗПР пикамилон, пантогам или пирацетам);

сосудистый препарат (циннаризин или кавинтон); витамины (вит. Е, вит. группы В). Коррекционная психолого-педагогические занятия также проводились по индивидуальному плану в зависимости от нейропсихологических и патопсихологических особенностей ЗПР.

Выявлено, что у половины детей (49,5%) после проведения лечебно-реабилитационных мероприятий отмечено отчетливое улучшение состояния и они перешли в группу «Психически здоров». При анализе статистических показателей психического здоровья детей Бaleyского района обращает на себя внимание высокая болезненность (в 2010 году 11102,7 на 100 000), что, с одной стороны, отражает экологические особенности региона, а с другой – указывает на адекватную работу специалиста по оказанию психиатрической помощи детскому населению. Так, в 2010 году в структуре болезненности у детей Бaleyского района преобладают непсихотические расстройства (63,2%), большую часть среди которых (85-90%) составляют задержки психического развития. В отличие от Бaleyского района, во многих других районах края (Петровск-Забайкальский, Оловянинский, Нерчинско-Заводский, Могочинский, Красночикойский, Борзинский) в структуре болезненности преобладает умственная отсталость, что указывает на недостаточность активного выявления минимальных дисфункций головного мозга (непсихотического характера), требующих адекватного лечения с целью недопущения прогрессирования расстройств. В связи с этим становится очевидным, что выявление детей с риском возникновения психических нарушений и минимальных инициальных проявлений психических расстройств, позволит проводить своевременные реабилитационные мероприятия детям в детских реабилитационных отделениях. Данный подход к оказанию детской психиатрической помощи приведет к снижению показателей умственной отсталости и улучшит качество оказания медицинской помощи детскому населению.

Очередной задачей исследования стало **выявление особенностей психического здоровья юношей призывного возраста**. Призывники – это контингент, который обследуется сплошным методом и, кроме того, сохранение здоровья молодых людей призывного возраста напрямую связано с вопросами национальной безопасности страны.

Выявлено, что при первоначальной постановке на воинский учет в 2010 году показатель годности к военной службе по категориям «А» и «Б» (годен без органический или с незначительными ограничениями) был равен 66,5 %, соответственно, по категориям «В», «Г», «Д» ограниченно годными и не годными к службе в общей сложности было признано 33,5 % 15-16-летних подростков. В структуре заболеваний, вызвавших ограниченную годность при первоначальной постановке на воинский учет, первое место со значительным отрывом занимают психические расстройства, среди которых в 2010 году лидировали умственная отсталость (49,4%), расстройства личности (38,9%) и наркологическая патология (5,0%).

Согласно данным медицинского освидетельствования, показатель годности к военной службе по Забайкальскому краю в 2010 году составил 65,5 %, а 34,5 % признаны негодными к службе в армии. При этом основной причиной негодности также является психическая патология. Структура психических расстройств в соответствии со статьями расписания болезней в динамике за 5 последних лет поменялась, так в 2006-2007 гг. лидирующую позицию среди психических нарушений у призывников занимала умственная отсталость (статья 20). Начиная же с 2008 года, на первое место вышли расстройства личности (статья 18), а умственная отсталость занимает вторую позицию. При этом в структуре диагнозов статьи 18 за последние 3 года (2008-2010) доминирует инфантильное расстройство личности (по МКБ-10 F 60.8). Также в 2010 году отмечен рост наркологической патологии как показателя негодности к службе в армии, что связано, в том числе, с активизацией клинико-эпидемиологических исследований по изучению употребления психоактивных веществ среди подросткового населения Забайкальского региона

В рамках изучения клинико-эпидемиологических и социальных особенностей призывников с психическими расстройствами, проведен анализ материалов личных дел подростков призывного возраста, проходивших военно-психиатрическую экспертизу в психиатрических стационарах Забайкальского края. Выявлено, что за период осеннего призыва 2009 года и весеннего призыва 2010 года признано негодными к военной службе по разным причинам 2 733 призывника 1982-1992 гг рождения. На психические и поведенческие расстройства пришлось 793 случая, при этом в возрастной группе 18-летних они составили 35,4%, у респондентов старше 18 лет – лишь 18,3%, поскольку психическая патология чаще уже была выявлена ранее (в период призыва). Анализ 793-х личных дел призывников с психическими расстройствами показал, что большая часть из них (76,5%) старше 18 лет, проживают в сельской местности (78,9%) и имеют психопатологически отягощенную наследственность (чаще это алкоголизация). В структуре психических расстройств преобладают расстройства личности (57,7%), далее следует умственная отсталость (31,8%) и 10,5% приходится на другие расстройства

И, наконец, были обследованы юноши с психическими расстройствами, направленные психиатрами Военно-врачебной комиссии на стационарную военно-психиатрическую экспертизу. За один календарный год экспертизу прошли 372 человека 1991-1992 гг. р. (в возрасте 18 лет). По результатам экспертизы 28,8% юношей были признаны психически здоровыми, в 71,2% случаев установлен психиатрический диагноз. В структуре психической патологии, как и было описано ранее, преобладают расстройства личности (63,0%) и умственная отсталость (21,1%). Отмечено, что чаще это подростки из малообеспеченных и многодетных семей из семей с отягощенной алкоголизацией и криминальным поведением родителей наследственностью.

Кроме того, по результатам клинического обследования у 52% обнаружена наркологическая патология, вызванная алкоголем: в 41,8 % случаев установлено употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) и в 10,2 % случаев – синдром зависимости от алкоголя (F 10.2). Полученные данные определили дальнейший путь исследования по части выявления коморбидности психической и наркологической патологии у призывного контингента. При исследовании 18-летних юношей с психической патологией было выявлено, что алкоголь с вредными последствиями (F 10.1) употребляют 40,1%, синдром зависимости от алкоголя (F 10.2) – у 9,5%. В совокупности наркологическая патология, вызванная употреблением алкоголя, составила в данной группе 49,6%. При этом максимальная распространенность наркологической патологии, вызванной употреблением алкоголя, диагностирована у лиц с умственной отсталостью.

Исходя из поставленных задач, далее проводили **анализ динамики показателей суицидальной активности населения края**. Распространенность самоубийств является одним из индикаторных показателей здоровья населения (Амбрумова А.Г., 1996). В свете последних лет особенно важным является изучение особенностей суицидального поведения на региональном уровне. Забайкальский край является одной из территорий с высокими и сверхвысокими показателями смертности от самоубийств (Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2008).

С этой целью были проанализированы показатели суицидальной активности населения Забайкалья за последние 35 лет (1975 по 2010 гг.). Выявлено, что напряженная ситуация по суицидам в крае сохраняется, начиная с 1993 года, когда показатель летальности от самоубийств стал превышать 60 на 100 000, максимальным он был в 2002 году – 93,4 на 100 000. В целом, за изучаемый период времени показатель самоубийств в крае вырос в 1,6 раза. При этом распространенность завершенных суицидов в регионе в 2,5-3 раза выше среднероссийской (23,5 на 100 000 в 2010 году) и в 1,5-2 раза выше, чем в Сибирском Федеральном округе (34,3 на 100 000 в 2010 году). Следует также отметить, что амплитуда колебаний уровня самоубийств в Забайкалье значительно выше, чем в среднем по России.

В 2010 году показатель суицидов в Забайкалье составил 64,8 на 100 000, что на 9,8% ниже, чем в 2009 году. В связи с этим, наш регион по распространенности суицидов стал занимать четвертое место в РФ, хотя в 2009 году занимал вторую позицию, после Чукотского автономного округа.

Отмечена существенная разница (в 1,5-2 раза) между показателями смертности по причине самоубийств среди населения городских поселений и сельской местности Забайкальского края (58,7 против 94,9 на 100 000 в 2009 году). При этом в административном центре края (г. Чита) распространенность завершенных суицидов еще ниже (33,8 на 100 000 в 2008 году), нежели в целом в городских поселениях, и сопоставима с таковой в РФ.

Выявлено, что завершённые суициды совершают мужчины чаще, чем женщины, так в 2009 году «мужских» самоубийств было 82,2%, «женских» – 17,8% (соотношение 4,6 : 1). При этом смертность от суицидов среди сельских мужчин и женщин (160,0 и 32,1 на 100 000, соответственно, в 2009 году) в 1,5-1,8 раза выше, чем среди городских (101,8 и 20,4 на 100 000, соответственно, в 2009 году). Данный факт является косвенным подтверждением чрезвычайно низкого качества жизни сельских жителей, и как макросоциальный фактор занимает важное место в возникновении и частоте самоубийств именно у мужчин, незначительно влияя на частоту самоубийств у женщин.

Анализ возрастной структуры завершённых суицидов в Забайкальском крае демонстрирует, что среди суицидентов преобладают лица молодого, трудоспособного возраста (98,1 на 100 000 в 2009 году). Стабильно высокими в течение последних 15-ти лет являются показатели суицидов среди детско-подросткового населения края: в 2009 году показатель среди детского (0-14 лет) составил 3,2 на 100 000, у подросткового (15-18 лет) – 6,7 на 100 000. Летальность по причине суицидов у лиц старше 70 лет составила 70,0 на 100 000 населения соответствующего возраста.

Чтобы подробнее оценить сложившуюся ситуацию с суицидами в Забайкалье, нами были проанализированы данные, полученные из журналов регистрации трупов и статистических карт умерших по причине самоубийств в 2010 году (из 13 крупных районов и населённых пунктов края). Всего в исследование вошли 354 случая, что составило 49% от всех самоубийств, зарегистрированных на территории региона. Социально-демографический анализ показал, что среди лиц, совершивших завершённый суицид, преобладали мужчины (81,1%), преимущественно трудоспособного возраста, неработающие. Преобладающим способом совершения завершённых суицидов как у мужчин, так и у женщин являлось самоповешение (83,7% и 72,8%, соответственно). Выявлено также, что 59,6% всех завершённых суицидов в Забайкалье совершается в состоянии алкогольного опьянения, ещё выше этот показатель при наиболее частых способах совершения самоубийств – самоповешение и огнестрельные повреждения.

Результаты, полученные по исследованию завершённых суицидов, не могут в полной мере давать целостную картину о суицидальном поведении и аутоагрессивных тенденциях населения Забайкальского края. Для более адекватной оценки ситуации нами были проведены исследования незавершённых суицидов в динамике за 10 лет на базе крупного соматического стационара г. Читы, куда лица были доставлены по поводу попытки самоубийства. Всего в исследование было включено 2760 случаев. Обращаемость в стационары по поводу суицидальных попыток за исследуемый период была относительно стабильной: от 73 до 97 на 100 000 населения. Отмечено, что суицидальные попытки чаще совершали женщины (73,7%), соотношение М : Ж составило 1 : 2,8. Наиболее распространённым способом парасуицида было самоотравление.

Кроме того, у женщин чаще встречались попытки самоотравления, у мужчин – самоповешения и нанесения самопорезов. В 24,2% случаях у лиц, совершивших суицидальную попытку, была выявлена сопутствующая психопатология, и чаще это была алкогольная зависимость. Количество парасуицидов, предпринятых в алкогольном опьянении, составило 40,4% (у мужчин – 52,1%, у женщин – 36,3%). У парасуицидентов в опьянении, в сравнении с трезвыми, значительно (в 3,5 раза) превалировала алкогольная зависимость ($t = 9,16$; $p < 0,001$).

Выявлены корреляционные связи между показателями алкоголь-обусловленной смертности и числом самоубийств:

- Прямая зависимость показателей смертности от самоубийств и смертности от отравлений алкоголем;
- Прямая зависимость показателей суицидальной смертности и заболеваемости алкогольными психозами.

При этом достоверные связи выявлены у жителей сельской местности. Следовательно, роль алкогольного фактора в суицидогенезе становится весомой, вероятно, только во взаимосвязи с социальным неблагополучием в обществе.

Выявленная неблагоприятная ситуация с суицидами в Забайкалье, вероятно, как и в других территориях, требует проведения комплексной программы профилактики, включающей не только медицинские мероприятия, но и разработку и внедрение социальных программ по улучшению качества жизни и снижению алкоголизации населения.

Полученные данные позволили нам определить основные необходимые и возможные пути оптимизации оказания психиатрической помощи населению Забайкальского края с учетом регионального фактора и клинико-динамических особенностей состояния психического здоровья детско-подросткового и взрослого населения.

Начиная с 2007 года, в Забайкалье работает краевая (ранее – областная) целевая подпрограмма «Психические расстройства» в рамках Федеральной программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями. В 2011 году психиатрическая служба вошла в программу модернизации здравоохранения Забайкальского края (2011-2012 гг.). Принята краевая долгосрочная целевая программа «Комплексные меры по профилактики суицидального поведения (2012-2014 гг.)».

Для оптимизации терапии расстройств шизофренического спектра, как одной из наиболее актуальных нозологий взрослой психиатрии, в 2004 году под научно-методическим руководством Московского НИИ психиатрии на базе Краевой психиатрической больницы № 2 г. Читы была организована Клиника первого психотического эпизода. Эффективность работы указанной организационной формы объективно подтверждается лучшими показателями качества жизни и социального функционирования больных шизофренией, получавших лечение в Клинике первого эпизода по сравнению с обычными психиатрическими отделениями. В 2012 году

предполагается ввод в эксплуатацию новых корпусов Краевой психиатрической больницы № 2, где предусмотрена КППЭ.

С целью приближения психиатрической помощи к населению, сокращения числа повторных госпитализаций и сроков пребывания больных в стационаре, в 2011 году на базе Краевого психоневрологического диспансера открыт стационар на дому на 10 коек, с перспективой увеличения до 30-ти.

Высокий уровень самоубийств, в том числе среди детско-подросткового населения Забайкалья, диктует необходимость создания в крае кризисной службы. Разработана и предложена схема взаимодействия учреждений и ведомств, оказывающих данный вид специализированной помощи населению края (рис. 1). Министерство здравоохранения Забайкальского края в лице главного психиатра и психотерапевта выступило инициатором в создании межведомственного Координационного совета по вопросам суицидологии и оказания помощи при кризисных состояниях. Комплексный подход в работе совета по профилактике кризисных состояний, дает уже сегодня определенные положительные результаты. Так, за последние 3 года появилась положительная тенденция снижения показателей завершенных суицидов на территории Забайкальского края: от 80,0 на 100 000 населения в 2007 году до 64,8 в 2010 году.

В рамках краевой целевой программы по кризисным состояниям предполагается, для более продуктивной и адекватной рекомендациям МЗ РФ работы суицидологической службы края, открыть на базе Краевого психотерапевтической поликлиники отделение «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи; решить вопрос о предоставлении палаты для лиц с кризисными состояниями и суицидальным поведением на базе ГУЗ «Городская клиническая больница №1». При сдаче новых корпусов психиатрической больницы № 2 будет открыт психотерапевтическое отделение на 25 коек. Данные организационные решения позволят оказывать психотерапевтическую помощь пациентам с депрессивными расстройствами, как в круглосуточном стационаре, так и в амбулаторных условиях.



Рисунок 1. Перспективный план развития кризисной службы Забайкальского края

Другим, не менее важным направлением в оптимизации работы психиатрической службы края, является организация мероприятий по профилактике и коррекции экологически обусловленных нарушений интеллекта у детей. С учетом полученных результатов, основные положения и этапы организации мероприятий по профилактике и коррекции экологически обусловленных нарушений интеллекта у детей могут быть представлены следующим образом:

Первый этап (первичная профилактика)

- Организация мероприятий по скрининговой оценке экологической ситуации в субъектах РФ и создание «экологического паспорта» отдельных (экологически неблагополучных) регионов – так называемых

«горячих точек» (hot spots) в отношении тех или иных факторов окружающей среды.

- Проведение сплошных скрининговых обследований детей экологически неблагополучных территорий с целью выявления донозологических форм психического дизонтогенеза (т.н. группы риска).

- Диспансеризация детей раннего и дошкольного возраста врачами-педиатрами детских поликлиник. При этом важным является грамотная оценка педиатрами состояния нервно-психического развития детей с использованием методов экспресс-диагностики и своевременное направление к детским психиатрам или в специализированные отделения реабилитации.

- Проведение сплошного скрининг-осмотра детей врачами-психиатрами при поступлении детей в дошкольные и школьные образовательные учреждения.

- Информационно-методическая работа педиатров, воспитателей детских садов, педагогов школ с целью информирования родителей о мерах, направленных на предупреждение возникновения психических расстройств у детей.

Второй этап (вторичная профилактика)

- Организация и проведение своевременных и адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий детям с ЗПР, направленных, в первую очередь, на компенсацию имеющихся нарушений.

- Организация обучения и социального сопровождения детей с ЗПР (работа психолого-медико-педагогической комиссии).

Третий этап (третичная профилактика)

По существу, это профилактика формирования интеллектуального дефекта (умственной отсталости) и последующей инвалидизации. Содержание же в целом аналогично второму этапу, однако большее значение имеет не столько сам факт проведения реабилитации, а ее длительность, непрерывность, а также участие различных специалистов (врачи, педагоги, социальные работники).

Основные этапы и принципы реабилитации детей с экологически обусловленными ЗПР.

Этапы реабилитации:

1) Диагностический, целью которого является постановка диагноза и верификация состояния. При этом важно помнить и системном подходе к изучению нарушения психического развития у детей:

- Клинико-анамнестическое обследование;
- Общий осмотр;
- Неврологическое обследование;
- Психопатологическое обследование;
- Нейро- и психолингвистическое обследование;
- Психолого-педагогическое обследование. На первом определяется уровень психического развития (констатирующий эксперимент), а на втором – «зона ближайшего развития» (обучающий эксперимент);
- Нейропсихологическое обследование;

- Психодиагностика – включает в себя стандартизированные методики определения индекса интеллекта;

- Синдромологическая диагностика.

2) Лечебно-оздоровительный (стационарный или амбулаторный). Целью его является клиническое выздоровление, максимально возможная компенсация или стабилизация морфологических или функциональных отклонений;

3) Адаптационно-профилактический, который обеспечивает восстановление или расширение физической и психической деятельности ребенка и профилактику возможного ухудшения состояния здоровья.

Принципами реабилитации детей с ЗПР являются:

1. Учет региональных особенностей, социокультурной и экономической ситуации в регионе.

2. Комплексность, т.е. разносторонность реабилитационных мероприятий с участием специалистов различного профиля (медицинского, психолого-социального, педагогического).

3. Единство биологических, психосоциальных и педагогических методов.

4. Ступенчатость – последовательность включения отдельных «блоков» в реабилитационный процесс.

5. Длительность. Средняя длительность одного курса реабилитации – 3 месяца, рекомендованное количество курсов – 2-3 раза в год.

6. Непрерывность и преемственность.

7. Индивидуально-личностный и гуманистический подход.

8. Работа с семьей и ближайшим окружением ребенка.

Для внедрения и организации описанных программных подходов к оказанию психиатрической помощи детям в Забайкалье были открыты два реабилитационных центра: в административном центре г. Чите (40 коек круглосуточного пребывания и 30 коек дневного пребывания) и в экологически неблагополучном г. Балее (на 30 коек).

Принципиально вопросы по реорганизации психиатрической службы Забайкальского края могут быть решены лишь с улучшением материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений. Правительством края и Губернатором, в частности, было принято решение о строительстве новых корпусов психиатрической больницы на 600 коек. В 2012 году предполагается ввод в эксплуатацию первой очереди на 330 коек. Это позволит не только улучшить материально-техническую базу стационарной психиатрической помощи, но и создаст возможность осуществить реорганизацию психиатрической службы в целом в соответствии с современными подходами. В ходе реорганизации предполагается сокращение 50 круглосуточных коек, наряду с увеличением коек дневного пребывания (на 10 мест) и стационара на дому (до 30 коек), а также дальнейшее развитие бригадных форм оказания амбулаторной психиатрической помощи для проведения адекватной и эффективной психосоциальной реабилитации больных после

стационарного лечения, оказание помощи на дому через организацию отделения интенсивного лечения.

КППЭ на базе новой больницы будет представлена как стационарной составляющей, так и амбулаторным звеном, что позволит контроль и учет больных, нуждающимися в лечении, осуществлять централизованно, а это, в свою очередь, позволит улучшить качество жизни пациентов.

Открытие на новой базе специализированного геронтопсихиатрического стационарного отделения с палатами интенсивной терапии позволит более качественно и по потребности оказывать психиатрическую помощь данному контингенту в достойных условиях содержания.

Дальнейший этап реструктуризации будет включать в себя реорганизацию детской стационарной психиатрической службы. Планируется создание профильной детской психиатрической больницы с коечным фондом до 150 коек, специализированными отделениями военно-врачебной экспертизы и реабилитации детей с ЗПР. Данные мероприятия позволят улучшить материальную базу для содержания детей в условиях круглосуточного стационара и в дальнейшем совершенствовать оказание психиатрической помощи детскому населению.

Выводы

1. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами населения Забайкальского края за период с 1998 по 2007 гг. имела отчетливую тенденцию к росту, максимально выраженную в 2001 г. В 2010 году показатель по Забайкальскому краю составил 350,8 на 100 000 населения, что в целом приближается к таковому по РФ и на 21,2% ниже соответствующего показателя по Сибирскому федеральному округу. В структуре заболеваемости в Забайкальском крае за исследуемый период наметилась тенденция к снижению доли умственной отсталости, начиная с 2007 года, и к 2010 году этот показатель составил 40,9%, что ниже такового по СибФО, однако в 1,5 раза выше общероссийского.

Показатель болезненности психическими расстройствами среди населения края за последние 13 лет (1998-2010 гг.) значимо не изменился и в 2010 году в целом по краю составил 3121,1 на 100 000, превысив таковой по РФ на 13,7%, и соответствует среднему по СибФО. При этом, начиная с 2008 года, изменилась структура контингента больных в крае: до 2007 года в структуре болезненности преобладали лица с умственной отсталостью, в последние же 3 года лидирующее место занимают непсихотические расстройства (45,4%), на втором месте – умственная отсталость. Указанная структура соответствует таковой в СибФО, в РФ же второе место занимает рубрика «психозы и состояния слабоумия».

Динамика показателей болезненности, в свою очередь, закономерно определяет высокие показатели инвалидности по причине психических расстройств. В 2010 году показатель первичного выхода на инвалидность в крае составил 44,9 на 100 000, что в 1,5 раза выше среднероссийского.

2. Использование новых форм организации психиатрической помощи в лечении пациентов с расстройствами шизофренического спектра по эффективности превосходит традиционную терапию. У больных, находящихся на лечении в Клинике первого психотического эпизода качество жизни и социальное функционирование объективно выше по сравнению с респондентами, находящимися на лечении в отделениях с традиционной формой организации психиатрической помощи. Кроме того, у пациентов Клиники первого эпизода формируется более адекватная оценка своего личностно-психологического и психопатологического состояния.

3. Заболеваемость психическими расстройствами у детей старшей возрастной группы (15-18 лет) в Забайкальском крае в течение последних 13 лет является стабильно высокой по сравнению с таковой по Сибирскому федеральному округу и РФ. При этом в структуре заболеваемости доля умственной отсталости и непсихотических расстройств в 2 раза выше таковых по РФ.

У детей младшей возрастной группы (0-14 лет) заболеваемость психическими расстройствами за исследуемый период увеличилась (до 625,0 на 100 000 в 2010 году) и, таким образом, показатель приблизился к среднему по РФ. Болезненность психическими расстройствами детского населения края также выросла (до 3005,6 на 100 000 в 2010 году), что на 14% ниже такового по СибФО, но на 9% выше среднероссийского. При этом в динамике за 13 лет болезненность детского населения умственной отсталостью уменьшилась, а непсихотическими расстройствами (среди которых, главным образом, задержки психического развития), напротив, – увеличилась. Указанные изменения в целом являются положительными, однако в структуре болезненности психическими расстройствами умственная отсталость, как и прежде, занимает значительную долю. Поздняя диагностика умственной отсталости и, следовательно, отсутствие адекватной терапии более характерно для детей из социально-неблагополучных семей (в особенности, проживающих в районах края), а также для воспитанников детских домов. Основной причиной инвалидности по психическому заболеванию в детском возрасте также является умственная отсталость.

4. Разработаны основные положения (этапы) организации мероприятий по профилактике и коррекции экологически обусловленных нарушений интеллекта у детей. В катамнезе детей с задержками психического развития, проживающих в экологически неблагоприятном Баянском районе Восточного Забайкалья, курс реабилитации по специально разработанной программе, у половины отмечено отчетливое улучшение состояния. В 2010 году в структуре болезненности у детей Баянского района преобладают непсихотические расстройства (63,2%), большую часть среди которых составляют задержки психического развития.

5. В структуре заболеваний, обусловивших ограниченную годность при первоначальной постановке на воинский учет подростков,

проживающих на территории Забайкальского края, в 2010 году на первом месте стояла психическая патология (35,7%), в структуре которой лидируют умственная отсталость (49,4%), расстройства личности (38,9%) и зависимость от психоактивных веществ (5,0%).

Среди заболеваний, послуживших причиной негодности к исполнению воинских обязанностей, также лидируют психические расстройства (35,4%), в структуре которых на первом месте (56,8 %) стоят расстройства личности (из них инфантильное расстройство личности – 28,5%, транзиторное расстройство личности – 19,4), далее следует умственная отсталость (33,6%).

Наиболее высокой степенью влияния среди ряда патогенных факторов на риск развития психической патологии у призывников обладают алкогольная зависимость родителей, низкий достаток в семье и наличие психических расстройств у близких родственников.

6. Показатели смертности от суицидов в Забайкальском регионе, начиная с 1993 года, являются сверхвысокими (более 60 на 100 000 человек) и кратно превышают таковые по РФ и Сибирскому Федеральному округу. Наиболее высокая распространенность завершенных суицидов зарегистрирована среди населения сельской местности (более 90 на 100 000), в особенности мужчин трудоспособного возраста (более 160 на 100 000). Распространенность суицидальных попыток в крае в течение последних 10 лет также является стабильно высокой: обращаемость населения в стационары по поводу парасуицидов составляет от 73 до 97 на 100 000. Одним из основных факторов, влияющих на суицидальную активность населения, является алкогольный.

7. Особенности психического здоровья населения Забайкальского края в динамике за последние десятилетия, позволили определить пути оптимизации деятельности психиатрической службы региона. С учетом имеющихся тенденций, предложены основные программные подходы к совершенствованию организационных форм оказания психиатрической помощи населению, сформированы комплексные реабилитационные программы сопровождения детей в экологически неблагополучных территориях. Представлена программа дальнейшего совершенствования суицидологической службы края. В рамках модернизации здравоохранения разработана новая структура реорганизационных мероприятий по оптимизации оказания психиатрической помощи населению Забайкальского края на ближайшую перспективу.

Практические рекомендации

1. Клинико-динамические показатели психического здоровья взрослого и детско-подросткового населения Забайкальского края могут быть использованы организаторами психиатрических служб других регионов РФ (в первую, очередь Сибирского федерального округа) для статистического сравнения и планирования деятельности службы на межведомственном и внутриведомственном уровне.

2. Создание Клиник первого психотического эпизода является хорошей альтернативой традиционным формам организации психиатрической помощи в лечении больных с расстройствами шизофренического спектра, поскольку позволяет в большей степени улучшить качество жизни и социальное функционирование пациентов.

3. Разработанная и предложенная модель комплексной реабилитации детей с экологически обусловленными нарушениями интеллекта (на примере экологически неблагополучного региона Восточного Забайкалья) может быть использована при разработке профилактических и реабилитационных программ для детей и подростков в регионах РФ и СибФО с разной экологической ситуацией.

4. Разработанные первостепенные направления развития суицидологической службы в Забайкальском крае позволят создать основу для ее совершенствования и эффективной деятельности. Профилактика суицидального поведения, наряду с общеизвестными подходами (наличие центра кризисных состояний; работа телефона доверия; психотерапевтическая коррекция; координация с психологами), должна включать мероприятия, направленные на снижение потребления алкоголя в популяции и лечение алкогольной зависимости (как потенциально опасного в суицидальном плане заболевания), а также внедрение социальных программ по улучшению качества жизни, особенно сельского населения.

Список работ опубликованных по теме диссертации

1. Говорин, Н.В. Состояние психического здоровья населения и интеллектуальный потенциал как основа национальной безопасности / Н.В. Говорин, О.П. Ступина // Материалы областной научно-практической межведомственной конференции «Проблемы алкоголизации и наркотизации населения Читинской области». – Чита, 2001. – С. 11-23.

2. Говорин, Н.В. Основные исторические этапы становления и развития психиатрической и наркологической служб Читинской области / Н.В. Говорин, О.П. Ступина, О.П. Дубинин // Материалы научно-практической конференции, посвященной 120-летию психиатрической и 25-летию наркологической служб Читинской области» - Чита, 2005. – С. 4-17.

3. Ступина, О.П. Состояние и перспективы развития психиатрической службы Читинской области / О.П. Ступина // Материалы научно-практической конференции посвященной 120-летию

психиатрической и 25-летию наркологической служб Читинской области» - Чита, 2005 – С. 41-48.

4. **Ступина, О.П. Состояние психиатрической службы Читинской области и перспектива развития / О.П. Ступина, З.И. Честикова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2006. – Приложение 41. – С. 277-279.**

5. Ступина, О.П. Комплексный подход к реабилитации детей с экологообусловленными задержками психического развития / О.П. Ступина, Н.В. Говорин, Т.П. Злова, В.В. Ахметова, И.Л. Морозова // Материалы конференции «Клинические и реабилитационные аспекты при органических заболеваниях головного мозга». – Томск, Кемерово, 2006. – С.91-94.

6. Ступина, О.П. Влияние алкоголизации на ухудшение показателей психического здоровья населения Читинской области / О.П. Ступина, З.И. Честикова // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Роль государства и общества в усилении борьбы с пьянством, алкоголизмом и наркоманией» / под ред. Н.В. Говорина. – Чита, 2007. – С. 294-296.

7. Ступина, О.П. Показатели психического здоровья подросткового населения Читинской области в период с 1997 по 2006 г. / О.П. Ступина, З.И. Честикова // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 50-летию кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ЧГМА». – Томск, Чита, 2007. – С. 214-217.

8. Ступина, О.П. Анализ показателей состояния психического здоровья населения Читинской области за 2004-2006 гг. / О.П. Ступина, З.И. Честикова // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 50-летию кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ЧГМА». – Томск, Чита, 2007. – С. 210-214.

9. **Говорин, Н.В. Алкогольный фактор и суицидальное поведение в Восточном Забайкалье / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2007. – №2. – С. 115-118.**

10. Ступина, О.П. Оказание помощи при кризисных состояниях населению Забайкалья / Ступина О.П., Сахаров А.В. // Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященная 100-летию ОГУЗ Томской клинической психиатрической больницы. – Томск, 2008. – С. 318-320.

11. Говорин, Н.В. Состояние психического здоровья подросткового населения и годность к службе в армии юношей Забайкалья / Н.В. Говорин, О.П. Ступина, О.Н. Горяева, А.А. Иванов // Забайкальский медицинский вестник. – №1. – 2008. – С. 65-67.

12. Ступина, О.П. Состояние психического здоровья подросткового населения и годность к службе в армии юношей в Читинской области / О.П. Ступина, О.Н. Горяева, А.А. Иванов // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 55-летию ЧГМА

«Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины». – Чита, 2008. – С. 257-258.

13. Ступина, О.П. Заболеваемость психическими расстройствами населения Забайкальского края в 1998-2007 гг. / О.П. Ступина, Н.В. Говорин // Материалы конференции «Охрана психического здоровья работающего населения России». – Томск, Кемерово, 2009. – С. 249-251.

14. Говорин, Н.В. Структурно-динамическая характеристика заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в Забайкальском крае за период 1998-2007 гг. / Н.В. Говорин, О.П. Ступина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2009. – № 1. – С. 17-19.

15. Ахметова, В.В. Комплексная программа реабилитации детей с нарушениями интеллекта в зоне экологического неблагополучия Забайкалья / В.В. Ахметова, Н.В. Говорин, Т.П. Злова, О.П. Ступина // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 55-летию ЧГМА «Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины». – Чита, 2008. – С. 234-235.

16. Сахаров, А.В. Уровень алкоголизации населения и распространенность самоубийств в Забайкальском крае / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин, О.П. Ступина // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 55-летию ЧГМА «Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины». – Чита, 2008. – С. 254-255.

17. Ступина, О.П. Эпидемиологические аспекты суицидов и парасуицидов / О.П. Ступина // Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность, 2008. – С. 36-49. (в монографии: Говорин, Н.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. – Томск : Иван Федоров, 2008. – 178 с.)

18. Ступина, О.П. Организация суицидологической помощи населению / О.П. Ступина // Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность, 2008. – С. 100-113. (в монографии: Говорин, Н.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. – Томск : Иван Федоров, 2008. – 178 с.)

19. Говорин, Н.В. Оценка эффективности комплексной реабилитации детей с экологически обусловленными задержками психического развития / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, В.В. Ахметова, О.П. Ступина // Забайкальский медицинский вестник, 2008. - №4. – С. 8-11.

20. Говорин, Н.В. Комплексная реабилитация детей с экологически обусловленными нарушениями интеллекта / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, В.В. Ахметова, О.П. Ступина // Материалы конференции «Актуальные вопросы детской психиатрии» – Киров, 2008. – С. 35-36.

21. Говорин, Н.В. Атлас психического здоровья населения Забайкальского края / Н.В. Говорин, Т.П. Злова, О.П. Ступина,

О.П. Дубинин, В.В. Ахметова, З.И. Честикова, Д.В. Чупрова. – Чита : Экспресс-издательство, 2009. – 132 с.

22. Говорин, Н.В. Профилактика и коррекция экологообусловленных нарушений интеллекта у детей: Методические рекомендации / Н.В. Говорин, Е.В. Макушкин, О.П. Ступина, Т.П. Злова, В.В. Ахметова, И.Л. Морозова. – Москва, 2009. – 25 с.

23. Говорин, Н.В. Показатели заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами детей Забайкалья, перспективы совершенствования психиатрической помощи детскому населению / Н.В. Говорин, О.П. Ступина, Т.П. Злова // Российский психиатрический журнал, 2009. – №4. – С. 26-29.

24. Говорин, Н.В. Структурно-динамические показатели состояния психического здоровья подросткового населения Забайкальского края за 10-летний период (1998-2007 гг.) / Н.В. Говорин, О.П. Ступина, В.В. Ахметова // Дальневосточный медицинский журнал, 2009. – №2. – С. 84-86.

25. Говорин, Н.В. Психическая патология у лиц призывного контингента в Забайкальском крае (по результатам осеннего призыва 2009 г.) / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина, И.В. Кичигина, А.М. Балданов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2010. – №4. – С. 38-40.

26. Говорин, Н.В. Качество жизни больных с расстройствами шизофренического спектра при различных организационных формах стационарной психиатрической помощи / Н.В. Говорин, О.П. Ступина, В.В. Ахметова, Т.П. Злова // Психическое здоровье, 2010. – №11. – С. 60-63.

27. Ступина, О.П. Оценка эффективности работы клиники первого психотического эпизода (по результатам 3-5 летнего катамнеза) / О.П. Ступина, Н.В. Говорин, А.С. Озорнин // Материалы XV съезда психиатров России. – 2010. – С.87.

28. Ступина, О.П. Клиника первого психотического эпизода как перспективная организационная форма лечения расстройств шизофренического спектра: катамнестическое исследование / О.П. Ступина, Н.В. Говорин, В.В. Ахметова, Т.П. Злова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2011 - №2. – С. 10-15.

29. Говорин, Н.В. Динамика показателей самоубийств в Забайкальском крае: возрастные и гендерные особенности / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2011. – №3. – С. 16-19.

30. Говорин, Н.В. Клинико-эпидемиологические и социальные характеристики психической патологии у лиц призывного возраста в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина // Психическое здоровье, 2011. - №7. – С. 39-44.

31. Говорин, Н.В. Психическое здоровье призывного контингента / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина, И.В. Кичигина. – Томск : Иван Федоров, 2011. – 204 с.

32. Говорин, Н.В. Сравнительный анализ характера употребления алкоголя лицами призывного возраста с наличием и отсутствием психической патологии / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина, И.В. Кичигина // Вопросы наркологии, 2011. - №3. – С. 37-44.

33. Злова, Т.П. Первичное выявление умственной отсталости у детей Забайкальского края: социально-демографический и клинический анализ // Т.П. Злова, В.В. Ахметова, О.П. Ступина, Ю.В. Лебедева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2011. – №5. – С. 37-39.

34. Ступина, О.П. Структура и динамика показателей психического здоровья населения Забайкальского края (1998-2010 гг.) / О.П. Ступина, Н.В. Говорин, В.В. Ахметова, Т.П. Злова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2011. – №5. – С. 99-101.

35. Ступина, О.П. Психическое здоровье детского населения Забайкалья на современном этапе: проблемы и пути решения / О.П. Ступина, В.В. Ахметова, Т.П. Злова, Н.В. Говорин // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2011. - №11. – С. 23-28.

36. Говорин Н.В. Психическое здоровье лиц призывного контингента в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, И.В. Кичигина, О.П. Ступина // Актуальные вопросы психиатрии: тез. докл. Российской научно-практ. конф. (Чита, 25-26 октября 2011 г.) / под ред. В. Я. Семке, Н. В. Говорина. – Томск, Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2011. – С. 38-41.

37. Кичигина И.В. Факторная обусловленность психической патологии у лиц призывного контингента в Забайкальском крае / И.В. Кичигина, Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина // Актуальные вопросы психиатрии: тез. докл. Российской научно-практ. конф. (Чита, 25-26 октября 2011 г.) / под ред. В. Я. Семке, Н. В. Говорина. – Томск, Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2011.– С. 89-92.

38. Ахметова, В.В. Мониторинг психического здоровья детского населения экологически неблагоприятных территорий: методология и тактика / В.В. Ахметова, Т.П. Злова, Н.В. Говорин, О.П. Ступина // IV К33 Четвертый национальный конгресс по социальной психиатрии, посвященный 90-летию ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского». Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профилактические аспекты). Всероссийская конференция Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным. / Под редакцией З.И. Кекелидзе и В.Н. Краснова. – СПб: Айсинг, 2011. – С. 65

39. Злова, Т.П. Влияние семейного воспитания на формирование аддиктивного поведения подростков / Т.П. Злова, В.В. Ахметова, А.Н. Ишимбаева, О.П. Ступина // Дальневосточный медицинский журнал, 2011. – №4. – С. 49-51.

40. Ступина О.П. Организация психиатрической помощи населению Забайкальского края, проблемы и пути оптимизации на современном этапе / О.П. Ступина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2012. – №1.

41. Говорин Н.В. Клинические особенности и факторная обусловленность психической патологии у призывного контингента Забайкалья / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, О.П. Ступина, И.В. Кичигина // Социальная и клиническая психиатрия, 2012. – №1.

Список сокращений:

- ВОЗ – всемирная организация здравоохранения
- ГБОУ – государственное бюджетное образовательное учреждение
- ГНЦ – государственный научный центр
- ГУЗ – государственное учреждение здравоохранения
- ЗПР – задержка психического развития
- КЖ – качество жизни
- КПБ – краевая психиатрическая больница
- КПНД – краевой психоневрологический диспансер
- КППЭ – клиника первого психотического эпизода
- КСПП – кабинет социально-психологической помощи
- МЗ – Министерство Здравоохранения
- МКБ – международная классификация болезней
- МУЗ – муниципальное учреждение здравоохранения
- НИИ – научно-исследовательский институт
- ОПО – обычное психиатрическое отделение
- ПДК – предельно допустимая концентрация
- РФ – Российская федерация
- СибФО – Сибирский федеральный округ
- СМЭ – судебно-медицинская экспертиза
- СФ – социальное функционирование
- ЦРБ – центральная районная больница
- ЧГМА – Читинская государственная медицинская академия