

форму саморазрушающего поведения. Ведь преобладающий способ суицидального поведения – поведение. Данный способ суицидального поведения, не реализуется под воздействием эмоционального порыва индивида, импульсивно, а формируется в течение длительного времени, когда формируется план суицидального действия и находятся средства для его реализации.

Проведенная работа позволила разработать комплекс мероприятий, направленных на профилактику суицидального поведения среди жителей г. Минска:

- ограничение и контроль за употреблением психотропных веществ;

- активная работа со средствами массовой информации;

- регулярные общеобразовательные семинары для врачей общей практики и социальных работников.

В настоящее время остается актуальной необходимость регулярного представления на телевидении и в периодической печати информации о службе экстренной психологической помощи, что способствовало бы информированности населения и, в частности,

лиц, находящихся в состоянии суицидального кризиса, о возможности получения психолого-психотерапевтической помощи.

#### Литература

1. Гуо Б., Харсталл С. Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных? – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004
2. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2003. – 376 с.
3. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – ВОЗ, 2006. – 185 с.
4. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G-X. // World Psychiatry. – 2005. – Vol.4, No.2. – P.114–120.

#### PECULIARITIES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PEOPLE OF MINSK

S.V. Davidovsky

The conducted research of suicidal behavior in Minsk revealed certain patterns of adverse events. The use of such data will allow establishing an effective system for the prevention of suicidal behavior.

## ГОСПИТАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

М.П.ДОВЛЯШЕВИЧ, Е.М.ТИЩЕНКО

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

*Представлена эпидемиология госпитализированной заболеваемости психическими расстройствами, выявлена структура причин, состав госпитализации по полу, возрасту, месту жительства. Осуществлён эпидемиологический анализ более 5000 госпитальных карт.*

Психическое благополучие по определению ВОЗ, считается важнейшей составной понятия здоровья.

Психические и поведенческие расстройства являются очень распространенными и в любое время присутствуют приблизительно у 10% взрослого населения. Они также универсальны в том смысле, что ими страдают люди всех стран, возрастов, женщины и мужчины, богатые и бедные, в городской и сельской местности. Психические заболевания ухудшают экономический потенциал общества и качество жизни отдельных лиц и семей [2].

Эпидемиология психических расстройств (ПР) как научная проблема получила международное признание в 1959 г. на специальном заседании Комитета экспертов ВОЗ по вопросам психогигиены, когда были приняты рекомендации по разработке программ эпи-

демиологических исследований в области психиатрии в международном масштабе [1].

В психиатрической литературе уделяется достаточно внимания эпидемиологическим исследованиям. Но публикуемые данные неоднородны и противоречивы, что затрудняет их анализ. В рамках этой проблемы основное внимание уделено двум вопросам. Первый вопрос – о влиянии методологии выявления больных на показатели распространенности психических заболеваний. Второй вопрос – о зависимости между организационной структурой психиатрической помощи и выявляемостью различных категорий больных.

Эпидемиологические показатели распространенности психических расстройств в основном отражают статистические данные 3 видов: госпитальной статистики, амбулаторных служб психиатрической помощи (в том

числе и общесоматической сети), сплошных исследований населения. Однако ни один из них не отражает истинной распространенности психических расстройств

Данные госпитальной статистики, используемые во многих странах, более или менее сопоставимы. Однако они касаются 1,2 – 7,2% всех больных [5].

Программа ВОЗ в области охраны психического здоровья сконцентрирована на определении всемирных организационных стандартов психиатрической помощи [4]. Последние десятилетия характеризуются во всем мире значительными изменениями системы психиатрической помощи. Суть перемен [3] заключается в реформировании действующих национальных служб психического здоровья – значительном сокращении объемов стационарной помощи, резком расширении ее внебольничных видов, усилении правовой защиты пациентов, пересмотре экономических механизмов работы психиатрических служб, разработке стандартов оценки их деятельности. В каждой стране эти вопросы решаются по-своему в зависимости от уровня развития национальных психиатрических служб, социально-экономических и политических условий и других факторов [7].

В нашей стране в течение последних десятилетий происходит реформирование психиатрической службы с переходом к биопсихосоциальной модели оказания помощи, а также деинституционализация со сдвигом акцента оказания психиатрической помощи с госпитального на внебольничное звено. На организационном уровне необходима клиничко-социальная оценка контингентов больных с определением наиболее уязвимых сторон их функционирования и формирования на этой основе разных алгоритмов оказания психиатрической помощи [6].

Несмотря на широкую распространенность психических расстройств, проблемы социального функционирования, особенности клинических характеристик пациентов практически не нашли полного отражения в научно-медицинских исследованиях. Изучение распространенности, медико-социальные последствия этого явления представляют собой важную задачу общественного здравоохранения.

Высокая актуальность обозначенных проблем для теории и практики общественного здравоохранения послужила основанием для выбора темы настоящего исследования.

Психиатрическая служба Гродненской области в 2010 году была представлена 4 психиатрическими больницами, 1 психосоматическим отделением в структуре многопрофильного стационара, 1 психоневрологическим отделением в структуре центральной районной больницы. Амбулаторно-поликлиническую помощь лицам с психическими расстройствами оказывают 2 психоневрологических диспансера. Обеспеченность больничными койками психиатрического

профиля составляла 9,6, наркологического – 1,6 на 10 тыс. населения, врачами-психиатрами-наркологами – 1,5 на 10 тыс. населения.

Объектом исследования были пациенты с психическими и поведенческими расстройствами, которые госпитализировались в течение 2010 года в стационар Гродненской области УЗ «Областная психоневрологическая больница «Островля», рассчитанный на 436 коек.

Исследуемая группа была представлена 5110 пациентами, из них 62,5% горожан и 37,5% сельских жителей, и составила 1894 женщин (37,1%) и 3216 мужчин (62,9%, соотношение 1:1,7). Госпитализировались лица преимущественно трудоспособного возраста: 0-19 лет – 116 (2,3%); 20-39 лет – 1762 (34,5%); 40-59 лет – 2277 (44,5%); 60 и более лет – 955 (18,7%).

В структуре причин госпитализации первое место занимают психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ (50,6%); второе – органические, включая симптоматические, психические расстройства (22,4%); третье место – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (14%).

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (50,6%) являются основной причиной госпитализации. Среди госпитализированных преобладали лица мужского пола (82%), трудоспособного возраста 40–59 лет (50%), проживающие в городе (62,5%). У большинства пациентов (98,5%) был диагностирован синдром зависимости от алкоголя. Подавляющее большинство больных (55%) госпитализировались повторно, и почти 66% пациентов повторно поступили в данный стационар. Средняя длительность госпитализации составила 14 дней. 99% направлений в стационар были связаны с необходимостью лечения. Почти половина больных были направлены психдиспансером (47%) в добровольном порядке (99,9%) и поступили из дома (94%). У 6% находившихся на лечении были зарегистрированы парасуициды в анамнезе. Кроме того, в 58% случаев была диагностирована сопутствующая соматическая патология и лишь у 5% пациентов – сопутствующие психические заболевания. Основная доля пациентов из стационара выписывалась домой (96%) с улучшением (99%). У каждого десятого пациента при выписке была нарушена трудоспособность (9%) и 2,5% больных имели группу инвалидности.

Органические, включая симптоматические психические расстройства, в структуре поступлений в стационар занимают второе место (22,4%). Выборка составила 1143 человека (477 мужчин и 666 женщин), преимущественно в возрасте 60 и более лет (54,4%), проживающих в городе (60,8%). Подавляющее большинство больных (59%) лечилось в стационаре неоднократно. Два из трех (70%) пациентов повторно поступили в данный стационар. Средняя длительность госпитализации

составила  $30 \pm 0,5$  дней. Основной причиной госпитализации (97%) являлось обострение симптоматики, необходимость долечивания или подбор схемы терапии, требующей ежедневного наблюдения за пациентом. При этом в 99,8% случаев госпитализация была добровольной. Из всех лечившихся стационарно 61,2% пациентов поступили по направлению психиатрического диспансера, 9,4% – доставлены скорой психиатрической помощью, 8% – самостоятельно, 1,1% – направлены психотерапевтом, 0,3% – по решению суда и 20% – прочими путями. У 3,2% находившихся на лечении были зарегистрированы парасуициды в анамнезе. Кроме того, в 82% случаев была диагностирована сопутствующая соматическая патология, среди которой наиболее часто встречались болезни системы кровообращения (48,9%), нервной системы (20%), болезни органов дыхания (5,3%). Сопутствующие психические заболевания были зарегистрированы только у 13% пациентов. Выписывались пациенты из стационара, в основном, с улучшением (87,2%), и отсутствием инвалидизации (67%). У 42,1% больных трудоспособность при выписке была ограничена вследствие психического заболевания. 81,5% лиц выписывались из стационара домой.

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства занимают третье место в структуре госпитализации. Больше всего поступило лиц в возрастной группе 40 – 59 лет (54,8%). В гендерном аспекте соотношение больных шизофренией составило 1:1 (47,8% мужчин и 52,2% женщин). Два из трёх (64,8%) больных шизофренией проживали в городе. 67,5% пациентов были госпитализированы повторно, причем 88,6% – повторно в данный стационар и направлены УЗ «Лидский городской психоневрологический диспансер» (70%) с целью лечения (98,9%). Средняя длительность госпитализации составила  $39,9 \pm 0,5$  дней. В основном (80%) больные поступали из дома. У половины пациентов, находившихся на лечении в стационаре, была диагностирована сопутствующая соматическая патология (52%), а именно: болезни системы кровообращения (51%), органов дыхания (20%), болезни мочеполовой системы (12,7%). Сопутствующие психические заболевания встречались лишь в 2,8% случаев, имели парасуицид в анамнезе 5,2% пациентов. Большинство госпитализированных (78,2%) выписывались домой с улучшением (98,7%). При выписке трудоспособность без ограничений регистрировалась у одного из пяти (18,5%), а была стойко утрачена – у четырех из пяти больных (81%). Отсутствие инвалидизации было установлено у 22,6% госпитализированных, преимущественно регистрировалась вторая группа инвалидности (70,8% пациентов).

Таким образом, в структуре причин госпитализации первое место занимают психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением

ПАВ. Большинство госпитализированных составляли мужчины трудоспособного возраста. Исключение – лица с расстройствами класса F0, который представляли женщины в возрасте 60 и более лет. Расстройства класса F2 встречаются чаще также у лиц женского пола. Показатели распространённости психических расстройств горожан превалируют над таковыми у сельских жителей. Статистически значимых различий при сравнении наиболее часто встречающихся расстройств выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Значительная часть находящихся на стационарном лечении была направлена психдиспансером с основной целью – лечение. Преимущественно в стационар пациенты поступали из дома. У трети пациентов встречалась сопутствующая соматическая патология. Выписывались пациенты из стационара, в основном, с улучшением и отсутствием инвалидизации. Доля лиц, выбывших домой, среди госпитализированных была очень значительной. Полученные результаты следует учитывать не только при организации стационарной помощи, но, прежде всего – в обеспечении психопрофилактического наблюдения в амбулаторных условиях. Результаты исследования могут быть использованы в учебном процессе на теоретических и клинических кафедрах медицинских вузов и представляют практическую значимость при дальнейшей научной работе с целью изучения и формирования организационной модели оказания психиатрической помощи.

#### Литература

1. Артемьев И.А. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – №2. – С. 66–70.
2. Брутланд Г.Х. Доклад Всемирной организации здравоохранения о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М., 2001. – С.9–11.
3. Волгина Ф.М., Гатин Ф.Ф., Валеева А.М. // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т.91, №3. – С.354–358.
4. Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 годы (постановление Совета Министров Республики Беларусь 11 января 2001г. №27).
5. Зозуля Т.В., Ротштейн В.Г., Сулицкий А.Н. // Журн. неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1994. – №4. – С.99–103.
6. Рынков П.В. // Рецепт. – 2006. – №5. – С.14–15, 149–159.
7. Richard Lamb H., Bachrach L. // Psychiatric Services. – 2001. – Vol.52. – P.1039.

#### HOSPITAL EPIDEMIOLOGY OF MENTAL DISORDERS

**M.P.Dovlyashevich, Ye.M.Tishchenko**

Epidemiology of the hospital incidence of mental disorders was presented. The structure of causes and hospitalization by sex, age and place of residence was revealed. The epidemiological analysis of more than 5000 hospital cards was carried out.