

поступлений больных шизофренией в III пятилетнем периоде, с 1985 г. по 1989 г. (35,2 %), снизилась в 1,2 раза в сравнении с предыдущим пятилетием (44,1 %) ($p < 0,001$). Отмеченная тенденция к уменьшению частоты больных шизофренией наблюдалась и в IV и V пятилетних периодах, с 1990 г. по 1999 г., где ее частота составляла 26,3 и 28,7 % случаев, что соответственно в 1,7 и 1,6 раза меньше в сравнении со средней ее величиной (45,2 %) в I и II пятилетних интервалах, с 1975 г. по 1984 г. ($p < 0,001$).

Снижение частоты больных шизофренией среди поступающих в дневной стационар в 15-летний период (с 1985 г. по 1999 г.) обусловлено повышением количества поступивших пациентов с невротическими, аффективными и соматоформными расстройствами, связанными с социально-экономической нестабильностью и снижением материального уровня населения в период перед распадом СССР и в первое 10-летие независимости Украины.

В VI и VII пятилетних периодах, составляющих последнее 10-летие, с 2000 г. по 2009 г., частота шизофрении среди различных заболеваний у поступавших на лечение в дневной стационар пациентов не отличалась и соответственно составляла 44,6 % и 46,3 %. Отмеченные величины в 1,6 раза превышали частоту шизофрении в структуре V пятилетнего периода (1995—1999 гг.) — 28,7 % ($p < 0,001$). Ее частота соответствовала показателям в I и II пятилетних интервалах (45,4 и 44,9 %), приходящихся на первое 10-летие работы дневного стационара.

Таким образом, анализ поступлений больных шизофренией на лечение в дневной стационар в течение 35 лет (с 1975 г. по 2009 г.), обнаружил снижение ее частоты в 15-летний период, с 1985 г. по 1999 г., что обусловлено увеличением частоты невротических, аффективных и соматоформных расстройств. В последнее десятилетие (2000—2009 гг.) частота больных шизофренией достигла уровня первого 10-летия работы дневного стационара, с 1975 г. по 1984 г.

УДК 616.89-008.441.44-036.8:711.437:711.13(477)

Юрєва Л. Н.*, Зинченко Е. Н.**, Юрєв А. Е.*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины*
(г. Днепропетровск),

Министерство здравоохранения Украины** (г. Киев)

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Нами была проанализирована динамика городских и сельских самоубийств в Украине за двадцатилетний период (1991—2010 гг.). Преобладание сельских суицидов над городскими было стабильным на протяжении всего изучаемого периода времени. Причем, соотношение суицидов среди сельского населения к суицидам среди городского населения имеет тенденцию к увеличению. В 1990 году оно составило 1,4:1; в 2008 году — 1,7:1, в 2010 году — 1,8:1.

Анализ суицидологической ситуации среди городского и сельского населения Украины за 2010 год выявил, что сельские жители в 1,8 раза чаще совершают самоубийства, чем городские. Причем, мужчины, проживающие в сельской местности гораздо чаще совершают самоубийства, чем женщины. Соотношение завершенных суицидов у мужчин и женщин в сельских районах в 2010 году составило 6,7:1 (в городах — 4,8:1, а в среднем по Украине 6,1:1). Среди факторов, потенцирующих суицидальный риск, первостепенное значение имеет злоупотребление алкоголем и его суррогатами.

Для анализа регионального и гендерного уровня смертности в результате суицидов среди городского и сельского населения нами были вычислены средние показатели частоты суицидов в восточных, западных, центральных и южных регионах Украины за 2000—2010 годы, отраженные в таблице.

Региональное и гендерное распределение
городских и сельских суицидов в Украине
(среднее за 2000—2010 гг., на 100 тыс. населения)

Регионы	Мужчины			Женщины			Город	Село
	Город	Село	Село/город	Город	Село	Село/город		
Восточная Украина	44,3	77,9	1,8	8,9	13,0	1,5	5,0	6,0
Западная Украина	19,5	26,6	1,4	3,3	3,3	1,0	5,9	8,0
Центральная Украина	32,7	67,3	1,9	5,8	10,0	1,5	5,6	6,8
Южная Украина	42,3	62,0	1,5	8,9	9,9	1,1	4,8	6,3
Украина	35,4	56,2	1,6	7,0	8,7	1,2	5,0	6,5

При анализе данных таблицы обращает на себя внимание преобладание сельских суицидов, как в популяции мужчин, так и в популяции женщин, во всех регионах Украины. Максимальное соотношение сельских и городских суицидов отмечается в Центральной и Восточной Украине как у мужчин так и женщин. минимальное — в Западной Украине. Следует отметить, что среди женщин, проживающих в Западной и Южной Украине, различия не существенны.

В целом, соотношение мужских суицидов к женским в селе выше, чем в городе (6,5:1 и 5,0:1 соответственно). Максимальная разница этого показателя зафиксирована в Западной Украине (8,0:1), минимальная — в Южном (4,8:1 для города) и в Восточном (6,0:1 для села) регионах Украины.

Полученные данные указывают на необходимость разработки региональных дифференцированных профилактических программ, направленных на предотвращение суицидального поведения среди населения.

УДК 616.89-008.454.441.44-071.2-084:61:168.3

Юрєва Л. Н., Шевченко Ю. Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины
(г. Днепропетровск)

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КОНТЕКСТЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Аффективные расстройства являются наиболее суицидоопасными среди всех психических и поведенческих расстройств. Их высокий суицидальный потенциал обусловлен тем, что в структуре подавляющего большинства аффективных расстройств присутствует депрессия. С целью разработки современных профилактических программ для этих пациентов нами была проанализирована база данных, которая содержит в себе данные доказательной медицины, направленные на фармакотерапевтическую и психотерапевтическую коррекцию депрессивных расстройств.

Согласно современным стандартам, выделяют следующие уровни доказательности.

- Уровень I (A) — к этому уровню доказательности относят данные полученные в результате крупных, рандомизированных, двойных слепых, плацебоконтролируемых исследований.
- Уровень II (B) — данные небольших рандомизированных и контролируемых исследований.
- Уровень III (C) — результаты исследования случай — контроль, или когортные исследования (иногда их относят к уровню II).
- Уровень IV (D) — сведения, содержащиеся в отчетах экспертных групп или консенсусах специалистов (иногда их относят к уровню III).

В результате проведенного анализа было выявлено, что при фармакотерапии у пациентов с депрессивным расстройством препаратами первой линии являются антидепрессанты (уровень доказательности A), и электросудорожная терапия (ЭСТ). Доказано, что с целью профилактики суицидального поведения у пациентов с депрессивными расстройствами лечение нужно проводить в острой фазе до достижения ремиссии (уровень доказательности A). Доказана необходимость применения антидепрессантов в течение 12-ти месяцев (при первичном эпизоде). В случае рецидива — более длительно (уровень доказательности B).

При выборе антидепрессантов доказано значение следующих факторов:

- Тип депрессии (психотический или непсихотический) (уровень доказательности A)
- Прошлая результативность применения препарата (уровень доказательности C)
- Переносимость данного препарата (уровень доказательности A)
- Безопасность препарата (уровень доказательности A)
- Потенциальные побочные эффекты (уровень доказательности A)
- Лекарственное взаимодействие (уровень доказательности A)
- Хорошая приверженность терапии («комплаенс») (уровень доказательности B).

В контексте доказательной медицины установлена высокая результативность когнитивно-бихевиоральной и диалектической бихевиоральной терапии (уровень доказательности A).

Была подтверждена эффективность с уровнем доказательности «В» кризисной психотерапии.

Вышеизложенные данные свидетельствуют о необходимости создания образовательных программ по клинической суицидологии и специализированных клинических протоколов, базирующихся на данных доказательной медицины.

УДК 616.89-008.441.44-036.8(477)

Юрєва Л. Н., Юрєв А. Е.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины
(г. Днепропетровск)

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В УКРАИНЕ

При проведении анализа динамики уровня суицидов в Украине за 30-летний период (с 1981 по 2010 годы) выявлены значительные колебания суицидальной смертности, которые могут быть разделены на несколько периодов.

1. Период снижения суицидальной смертности времен позднего СССР («застой») и антиалкогольной кампании (1981—1988). Наивысший показатель суицидальной смертности в Украинской ССР был зафиксирован в начале изучаемого периода (25,06 самоубийств на 100 тыс. населения в 1982 г.). В течение следующих четырех лет число суицидов сократилось почти в 1,4 раза и достигло своего минимума в 1986 году (18,47 самоубийств на 100 тыс. населения). В дальнейшем уровень самоубийств колебался незначительно вплоть до 1991 года. В этот период проводилась масштабная антиалкогольная кампания. В работах ряда авторов выдвинута гипотеза о взаимосвязи между антиалкогольной кампанией и снижением уровня суицидов.

2. Период роста суицидальной смертности времен «кризиса после распада СССР» (1991—1996) характеризуется стремительным ростом самоубийств среди населения Украины. За период с 1991 по 1996 годы уровень завершенных суицидов увеличился в 1,4 раза с 20,6 самоубийств на 100 тыс. населения в 1991 году до 29,4 в 1996 году. Данный период исторически характеризуется глубокими и стремительными изменениями, связанными с трансформацией в социальной, экономической, культурной сферах жизни. Данный период также характеризуется отменой антиалкогольных ограничений и широкой доступностью алкоголя для населения.

3. Период стабилизации суицидальной смертности (1996—2000) характеризуется стабильно высоким уровнем суицидов на протяжении 4 лет. Исторически этот период совпал с экономическим кризисом 1998 года.

За 15-летний период (1983—1997 гг.) изменилась возрастная и социальная структура суицидентов. Так, если в 1983 году 94,6 % суицидов приходилось на возрастную группу 20—60 лет, то в 1997 году в эту группу было отнесено только 87,4 % суицидентов. Наибольшее количество завершенных суицидов в 1997 году совершили лица работоспособного возраста (71,5 %). Средний возраст смерти суицидентов составил 48,3 года. На 1,5 % возросло число лиц моложе 20 лет и на 8,4 % — старше 60 лет. Более чем в шесть раз увеличилось количество суицидов среди неработающих (2,4 % и 15,2 % соответственно).

4. Период снижения суицидальной смертности (2000—2010) характеризуется снижением уровня распространенности суицидов. С 2006 года Украина из группы стран с высоким или «критическим» уровнем суицидов (более 20 самоубийств на 100 тыс. населения) переместилась в группу стран со средним уровнем распространенности самоубийств.

Описанная динамика самоубийств в Украине характерна для многих стран СНГ, где пик суицидальной активности был достигнут через 4—6 лет после распада СССР. В этот период была особенно выражена психическая дезадаптация населения, вызванная социально-экономическими потрясениями, сменой и ломкой национальной мотивации, кризисом идентичности, anomией. Затем наступает адаптация населения к новым социокультуральным условиям и наблюдается постепенное снижение частоты суицидов.

Полученные данные указывают на высокую значимость первичной профилактики суицидов с акцентом на психологические, социальные и информационно-образовательные стратегии и необходимость разработки дифференцированных программ превентивных вмешательств.

УДК 616.831-001.31-008.47(-07)(581)

Якущенко И. А.*, Песоцкая Е. В.**

КП «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3»*, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»** (г. Харьков)

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ПОЛУЧЕННОЙ В БОЕВЫХ УСЛОВИЯХ (АФГАНИСТАН)

У ветеранов локальных войн, в т. ч. участников военных действий в Афганистане, в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) формируется дефицитарная органическая симптоматика.

Целью нашей работы явилось изучение психопатологических и неврологических нарушений у этой категории пациентов.

В период с 2009 по 2011 гг. нами обследовано 252 пациента мужского пола в возрасте от 49 до 55 лет, ветеранов войны в Афганистане, перенесших «боевую» закрытую ЧМТ легкой и средней степени тяжести, которые находились на стационарном лечении в 23-м госпитальном отделении ХОКПБ № 3. Всем больным проводили стандартное клинко-неврологическое обследование, исследование функции вегетативной нервной системы с применением опросников (Вейн А. М. с соавт., 1998), психодиагностическое исследование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS-A и HADS-D), нейропсихологическое исследование с использованием шкалы оценки психического состояния (Mini-mental state examination — MMSE).

При объективном исследовании у обследованных пациентов выявлены следующие неврологические синдромы: пирамидный — 63,8 %, вестибуло-атактический — 71,0 %, подкорковый — 34,3 %, нарушения со стороны черепно-мозговых нервов — 49,5 %, синдром вегетативной дисфункции (пароксизмальное течение — 59,1 %, перманентное — 32,6 %).

В психическом статусе у больных обнаруживались невротоподобные (36,5 %) и поведенческие (46,3 %) расстройства с ведущим психопатоподобным синдромом и неглубоким когнитивным снижением (24—25 баллов по шкале MMSE), ипохондрическими переживаниями сверхценного уровня (64,3 %). В большинстве случаев эта психопатологическая симптоматика имела тенденцию к прогрессивному течению с формированием хронических посттравматических изменений личности. У 26,2 % больных клиническая картина характеризовалась четко очерченным психоорганическим симптомокомплексом с выраженными когнитивными нарушениями (20—22 балла по шкале MMSE). Эти больные отличались однотипностью жалоб, однообразием психопатологической симптоматики, полиморфизмом сопутствующих соматических заболеваний. В психическом статусе выявлялись инертность и ригидность мышления, нарушения памяти и расстройства волевой сферы. Аффективная сфера больных характеризовалась пониженным настроением с элементами угрюмости или эксплозивности, неадекватными по силе и выраженности эмоциональными реакциями, возникающими непосредственно в ответ на психотравмирующую ситуацию. Отмечена характерная динамика личностных изменений с нарастанием мнестического дефекта и эмоционально-волевого регресса с формированием органической деменции.

Проведенное исследование продемонстрировало у пациентов, перенесших «боевую» ЗЧМТ, наличие неврологического и психопатологического симптомокомплекса, характерной особенностью которого является раннее формирование подкоркового синдрома в виде дрожательной формы паркинсонизма и прогрессирующих когнитивных нарушений (деменции).