

УДК: 613.8(477.54)

ПРО СТАН ЗАХВОРЮВАНОСТІ РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ В ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ (з 2001 по 2013 р.р.)

*М.О. Сидоренко, І.В. Завгородній, К.М. Сокол, Н.І. Завгородня,
Т.М. Дмуховська, ХНМУ, м. Харків.
Харківський національний медичний університет*

Дослідженнями захворюваності населення Харківської області і м. Харкова розладами психіки і поведінки встановлено високий рівень захворюваності, особливо серед дітей в підлітковому віці, а також розвиток таких станів як «Посттравматичний стресовий розлад», «Синдром емоційного вигорання», «Синдром хронічної втоми» серед учасників АТО та внутрішньо переміщених осіб, а також високого рівня показників тривоги, агресії, депресії в окремих осіб серед студентів, лікарів, вчителів.

***Ключові слова:** розлади психіки і поведінки, синдром емоційного вигорання, синдром хронічної втоми, посттравматичний стресовий розлад, тривога, депресія.*

В багатьох країнах світу в останні десятиліття значно погіршився стан психічного здоров'я населення, змінилася симптоматика психічних захворювань, деякі психопатологічні та особистісні розлади не вкладаються в жодну з нозологічних форм [2]. Вважається, що головними чинниками у порушенні психічного здоров'я населення є негативна інформація, екологічні та соціальні проблеми, військові конфлікти і тероризм, поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до послуг, міграція населення, природні і техногенні катастрофи тощо [6]. Розлади психіки і поведінки в значній мірі впливають на інвалідизацію населення, економічні збитки, суттєве зниження якості життя, чим визначають актуальність вивчення цього питання [3].

Метою наших досліджень було вивчення розладів психіки та поведінки серед населення Харківського регіону та встановлення чинників, що можуть потенційно впливати на їх розвиток та перебіг.

Матеріали і методи. Матеріалом наших досліджень були статистичні показники захворюваності за період з 2000 по 2013 роки, дані соціально-гігієнічного моніторингу середовища життєдіяльності населення області, анкет опитування різних професійних і вікових груп населення, а також студентів. В роботі застосовувалися епідеміологічні, санітарно-гігієнічні методи досліджень, 8-факторний особистісний опитувальник Спілбергера в адаптації Радюка, який дозволяє провести оцінювання психоемоційного стану одночасно за 8 шкалами [1].

Результати досліджень. Хвороби класу «Розлади психіки та поведінки» надзвичайно поширені в усьому світі (МКХ-10, Клас V). У щорічній доповіді про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію за 2008 рік наводяться детальні дані ВООЗ про поширеність психічних розладів в усьому світі. Вони є причиною страждань 10-15% населення економічно розвинених країн Західної Європи та Північної Америки, 6-9% населення Азії та Океанії, 2-2,5 % населення країн, що розвиваються [2]. В аналогічній доповіді за 1999 рік психічні розлади в країнах Європи коливались від 1% до 6 %, а в більшості країн цей показник складав 1-3 %. В Україні він сягав 4,6 % в 1999 р. [3]. Наведені дані свідчать про зростання захворюваності психічними розладами в усьому світі, в тому числі в Європі.

Наводяться дані [3], що протягом 2000-2005 рр. показники захворюваності на психічні розлади в Фінляндії збільшилися на 47,1 %, Польщі – на 46,7 %, Чеській Республіці – 16,7 %, Грузії – на 16 %, Республіці Молдова – на 13,8 %, Румунії – на 12,8 %, Данії – на 10,1%, Естонії – на 6,2 %, Російській Федерації – на 2,9 %. В той же час в Угорщині, Ізраїлі, Казахстані, Киргизстані, Латвії, Литві, Азербайджані, Болгарії, Узбекистані відмічалось зменшення захворюваності на розлади психіки.

Із наведених в таблиці 1 показників рівня захворюваності розладами психіки та поведінки в Харківській області в період з 2001 по 2013 роки можна зробити висновок, що

область відноситься до регіонів з високим рівнем первинної захворюваності. У наведені роки показник захворюваності на розлади психіки та поведінки коливався в області в межах 245,78 у 2004 році до 344,17 у 2008 році на 100 тис. населення. В м. Харкові в цей же період мінімальний показник був також у 2004 році – 216,83, а максимальний у 2001 році – 368 на 100 тис. населення (Табл.1).

Таблиця 1

Рівень захворюваності розладами психіки та поведінки в Харківській області в 2000-2013 рр. на 100 тис. населення.

	Рік									
	2001	2002	2004	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Область	341	320,6	254,78	307,82	344,17	327,09	312,99	323,42	324,33	317,94
м. Харків	368	356,9	216,83	261,91	294,39	291,84	277,31	283,83	276,53	265,08
Райони	313	284,2			350,73	318,55	307,09	295,46	306,44	319,53

Нервово-психічні розлади в Україні на 11,3 % формують загальний тягар нездоров'я у чоловіків і на 16,5 % у жінок [2]. В Харківській області і місті Харкові серед хворих на розлади психіки і поведінки переважали жінки (61,8 %).

Найбільший рівень первинної захворюваності на психічні розлади нами спостерігався у дитячому віці (0-17 років). У 2012 і 2013 роках показник захворюваності був відповідно в області 474,48 і 428.15, а в м. Харкові – 589,66 і 617.34

Літературні дані [3] і наші спостереження вказують на причини високої захворюваності дитячого населення. В цьому віці відбувається активний період фізіологічної і психічної перебудови організму. Висока інтенсивність режиму навчання, порушення гігієнічних принципів організації навчального процесу, стресові ситуації, які виникають під дією поганих умов виховання, жорстокості вдома і в суспільстві, екологічні, матеріальні, соціальні фактори можуть призвести до перенапруження і зриву адаптаційних механізмів, ускладнення психоемоційного стану, визвати нервово-психічні розлади.

Високий рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки відмічався у підлітковому періоді (15-17 років). Рівень захворюваності у цій віковій групі у 2008 і 2009 роках була відповідно 2,9 та 2,8 на 1000 осіб підліткового населення. Найвищим цей показник був у 2012 році – 4,28. Ряд районів області виділявся особливо високими показниками, які у разі відрізнялися від середньообласних показників. За рівнем перевищення середньообласних показників ми виділили 3 групи: групу з дуже високим рівнем захворюваності, яка в 1,5 і більше разів перевищувала середньообласні показники, з високим рівнем – від 1,3 до 1,5 разів, та середнім рівнем – до 1,3 рази. В таблиці 2 показані райони з дуже високим та високим рівнем захворюваності. У ці дві групи увійшли 13 районів із 28 (Табл.2).

Таблиця 2

Параметри розладу психіки і поведінки серед підлітків у розрізі районів, які перевищували середньообласні показники у 2008-2009 рр.

Райони	2008	2009
Дуже високий рівень		
Нововодолазький	3,73 рази	-
Балаклійський	4,56 рази	6,04 рази
Барвінківський	3,62 рази	3,04 рази
Вовчанський	3,35 рази	2,92 рази
м. Люботин	2,34 рази	2,20 рази
Краснокутський	-	5,44 рази
Зачепилівський	-	2,66 рази
Борівський	-	2,44 рази
Первомайський	-	2,13 рази

Близнюківський	-	1,94 рази
Кегичівський	1,81 рази	-
Богодухівський	1,78 рази	-
Високий рівень		
Зачепилівський	1,47 рази	-

Психічні розлади можуть бути причиною інвалідності та смертності.

Первинна інвалідність дорослого населення, яка пов'язана з розладами психіки та поведінки в Харківській області, у 2010-2014 роках знизилась із 1,9 до 1,6 на 10 тис. населення. В Україні цей показник також зменшився від 2,9 у 2007 році до 2,7 у 2009 році. Питома вага інвалідності цього класу хвороб також зменшилася від 5,03 % до 4,34 % у 2014 році. Розлади психіки і поведінки займають шосте місце в області і в Україні за показником інвалідності серед усіх класів хвороб. В той же час, показник смертності від розладів психіки і поведінки виріс в області від 0,05 у 2010 році, до 0,06 у 2012-2014 роках.

Важливою проблемою для багатьох країн світу є самогубства. Їх рівень становив 14,5 на 100 тис. у світі, та 19,1 в Європі. В структурі причин смерті самогубства займають 13 місце у світі і 7 у Європі. Україна відноситься до країн із найбільш високим рівнем самогубств, показник на 100 тис. населення – 21,2. Цей показник серед чоловіків – 20,6 і серед жінок – 7,3. Найбільший рівень суїцидальної активності зафіксовано у промислових районах Східної України, в середньому 34,5 на 100 тис. населення. Наукові дані свідчать, що понад 90% осіб, які здійснюють самогубства, страждають від депресії або іншого психічного розладу [2]. Є дані [8], що у 2020 році депресія займатиме 2-ге місце в структурі головних причин інвалідності та смертності в світі, поступаючись лише ішемічній хворобі серця.

Методом анкетного опитування за Спілбергером в модифікації Радюка нами встановлено, що рівень депресії у студентів ХНМУ (всього 75 студентів 6 курсу медичного факультету за спеціальністю лікувальна справа, педіатрія, медико-профілактична справа) становив $9,42 \pm 0,31$ бали, рівень агресії – $6,83 \pm 0,31$ [4].

При опитуванні педагогів Харківського національного медичного університету (всього 38 осіб), вчителів міських (всього 48 осіб) і сільських шкіл (всього 39 осіб) встановлено, що питома вага осіб з високим рівнем депресії була відповідно 22,15 %, 43,64 %, 39,3 %; рівень агресії – 19,7%, 50,9 %, 31,8 % та рівень тривоги – 29,8 %, 41,9 %, 46,8 %.

Таким чином, найбільш благополучним був психоемоційний стан викладачів ХНМУ, а найбільш високий рівень депресії - у вчителів міської школи. Дані опитування вказують на досить високу поширеність осіб, що потенційно можуть страждати на розлади психіки і поведінки, які залишаються поза реєстрацією і медичною допомогою.

Події на Сході України та політичні і економічні події, які відбуваються останнім часом, обсяг і характер інформації щодо цих подій у засобах масової інформації зумовили поширення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інформаційного, емоційного, фізіологічного стресових станів і близьких до них станів, таких як синдром емоційного (професійного) вигорання, синдром хронічної втоми.

Посттравматичний стресовий розлад виникає як віддалена і затяжна реакція на стресову подію загрозливого чи катастрофічного характеру, яка викликає загальний дистрес практично у кожній людині. Поширеність ПТСР коливається від 10 % до 95 % серед осіб, які були учасниками або свідками військового конфлікту, природної або техногенної катастрофи [5]. На першій стадії у відповідь на спогади про екстремальну ситуацію частіше виступають розлади сну, роздратованість, зниження пам'яті та уваги. Можливий розвиток депресії, тривожних розладів. Постраждалі не контактують з оточуючими, вони мають проблеми в родині внаслідок роздратованості та періодичних немотивованих нападів агресії. На цьому етапі вони спілкуються із оточенням, створюючи неформальні групи, здатні на антисоціальні дії. В подальшому, через 4-6 місяців на фоні порушення сну, відчаю, песимістичної оцінки ситуації у 15-22 % пацієнтів розвивається депресія [5].

Значне занепокоєння психіатричної служби викликає інформація, що подається через засоби масової інформації відносно соціальних та економічних подій, які відбуваються в

нашій країні. Споживачі інформації, а їх значну кількість становлять люди похилого віку, стають її заручниками, переживають ситуації, які їм подають ЗМІ, втрачають душевний спокій, переживають за долю країни і своїх дітей. Як наслідок, у споживачів інформації зростає тривога, порушення сну, підвищується артеріальний тиск, падає працездатність, загострюються хронічні хвороби, знижується якість життя [6].

В останні роки зросла кількість публікацій відносно патології, яка відома під такими назвами як синдром після вірусної астенії, синдром післявірусної астенії, синдром хронічної втоми і імунної дисфункції, міалгічний енцефаліт. Мова йде про синдром хронічної втоми (СХВ). Для діагностики СХВ використовують критерії Центру контролю за захворюваннями (СДС, США), які включають в себе комплекс великих, малих і об'єктивних критеріїв. Діагноз СХВ встановлюється при наявності великих критеріїв, а також 6 із 11 симптоматичних критеріїв і 2 (або більше) із 3-х фізикальних критеріїв. [9,10].

На відміну від європейських країн названа проблема в Україні почала досліджуватися лише в останні декілька років і залишається майже недослідженою.

Вірогідність формування СХВ нами вивчалась серед медичних працівників 8 професій (всього 90 осіб; терапевти, хірурги, реаніматологи, педіатри, стоматологи, дільничні лікарі, лікарі швидкої допомоги, гігієністи). Було встановлено, що частота всіх трьох груп симптомів зростала із зростом віку і стажу роботи, при цьому зростання великих діагностичних критеріїв було максимальним у віковій групі 45-49 років, а малих (симптоматичних) – у віці 30-34 роки.

За результатами аналізу даних опитувальника було встановлено, що лікарі-хірурги і реаніматологи серед інших лікарських професій мали найбільше ознак СХВ (більше 70 %). Вони мали порушення сну, нападоподібний головний біль, немотивовану втомленість, міалгії, нейропсихологічні розлади, полі артралгії. В групу спеціальностей, серед яких спостерігалася висока розповсюдженість СХВ, увійшли лікарі-стоматологи (5-17 %), дільничні лікарі, лікарі швидкої допомоги. Вказані порушення лікарі пов'язували з нераціональним режимом праці і відпочинку, з чисельними цілодобовими чергуваннями, високим психоемоційним навантаженням.

Висновки.

1. Захворюваність розладами психіки і поведінки в Харківській області і м. Харкові за всі роки спостережень (2001-2014 рр.) не перевищувала загальнодержавні показники, але коливалася у високих межах. Максимальна захворюваність в області була у 2008 році (344,17 на 100 тис. населення) і співпала із світовою економічною кризою.

2. Найбільший рівень первинної захворюваності на розлади психіки і поведінки спостерігався у дитячому віці (0-17 років) і особливо підлітковому віці (15-17 років). В області виділяються 12 районів, в яких показники психічних розладів у підлітків перевищували середньообласні в 1,5 і більше разів. Максимальна захворюваність серед підлітків в Балаклійському і Краснокутському районах у 2008-2009 роках перевищувала середньообласну відповідно у 6,04 і 5,44 рази.

3. У зв'язку із подіями на Сході України серед їх учасників і осіб тимчасово переміщених у відповідь на посттравматичний, психогенний стрес розвивалися такі синдроми як «Посттравматичний стресовий розлад», «Синдром емоційного (професійного) вигорання», «Синдром хронічної втоми». Серед студентів-медиків, лікарів, вчителів виявлялися особи з високим рівнем тривоги, агресії, депресії.

4. Причинами психічних і поведінкових розладів психіки, стресогенних синдромів, тривоги і депресії є негативна інформація, екологічні та соціальні проблеми, воєнні конфлікти і тероризм, природні і техногенні катастрофи, суттєве зниження якості життя населення.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Радюк О.М. Восьмифакторный личностный опросник Спилбергера-Радюка.-Минск: РИВШ, 2009.-96 с.

2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію: 2008 рік.
3. Охорона здоров'я України: результати діяльності (щорічна доповідь, 1999 рік). – к., 2000. – 512 с.
4. Дмуховська Т.М., Завгородній І.В., Сокол К.М., Сидоренко М.О.. Оцінка психоемоційного стану студентів – випускників ХНМУ// «Гігієнічна наука та практика: сучасні реалії». – Матер. XV з'їзду гігієністів України. – 2012. – с.184-185.
5. Матяш М.М., Худенко Л.І. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції// Укр. мед. часопис. – 6 (104) – 2014/www.umj.com.ua.
6. Пінчук І. Як вберегти психічне здоров'я в умовах інформаційної війни?//Укр.мед.часопис. – 2014. - №2. – с. 45-46.
7. Сидоренко М.О., Дмуховська Т.М., Завгородній І.В., Сокол К.М.. Інформаційна екологія: проблеми та перспективи // Медицина сьогодні і завтра.-2014.-№ 4(65).- С.141-143.
8. Стрес як начальна медико-соціальна проблема в умовах військової агресії/ Укр.мед.часопис. – 2015. - №1. – с. 11-12.
9. De Jong L.W., Prons I.B., Fiselier T.I. et al. Chronik fatigue syndrome in young persons //Ned. T. Geneesk. – 1997 - V.141, №31. – P. 1513-1516.
10. Shimomitsu T. Occupational Stress and health in Japan//Asian-Pasifik Newstett on Ocurr.Health and Safety. – 1999 – V.6. – P. 16-19.

О СОСТОЯНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ (С 2001 ПО 2013 Г.Г.)

*Н.А. Сидоренко, И.В. Завгородний, К.М. Сокол, Н.И. Завгородняя,
Т.Н. Дмуховская, ХНМУ, г. Харьков.
Харьковский национальный медицинский университет*

Исследованиями заболеваемости населения Харьковской области и г. Харькова расстройствами психики и поведения определен высокий уровень заболеваемости, особенно среди детей в подростковом возрасте, а также развитие таких состояний как «посттравматическое стрессовое расстройство», «Синдром эмоционального выгорания», «Синдром хронической усталости» среди участников АТО и лиц, временно перемещенных, а также высокого уровня тревоги, агрессии, депрессии у отдельных лиц среди студентов, врачей, учителей.

***Ключевые слова:** расстройства психики и поведения, синдром эмоционального выгорания, синдром хронической усталости, синдром посттравматического стрессового расстройства, тревога, депрессия.*

ON THE STATE OF MORBIDITY WITH MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN KHARKIV REGION

*M. O. Sidorenko, I.V.Zavgorodnii, K. M. Sokol, N. I.Zavgorodnia, T.M.Dmuhovska
Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

The studies of morbidity with mental and behavioral disorders in population of Kharkiv region and the city of Kharkiv revealed a high level of morbidity, especially among teenagers, as well as development of such syndromes as posttraumatic stress disorder, burnout syndrome, and chronic fatigue syndrome among members of anti-terrorist operation and refugees; a high level of anxiety, aggression, depression is also registered in separate persons among students, doctors, and teachers.

***Key words:** mental and behavioral disorders, burnout syndrome, chronic fatigue syndrome, posttraumatic stress disorder syndrome, anxiety, depression.*