УДК 613.8(477.54)

**ПРО СТАН ЗАХВОРЮВАНОСТІ РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ В**

**ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ (з 2001 по 2013 рр.)**

*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 відмічалося 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 - 150 - 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. 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 рази 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. 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 - 151 - 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±0,31 бали, рівень агресії – 6,83±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 кожної людини. 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’ятіта уваги. Можливий розвиток депресі ., тривожних розладів. Постраждалі не контактують з оточуючими, вони мають проблеми в родині внаслідок роздратованості та періодичних немотивованих нападів агресії. На цьому - 152 - 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, 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, міальгії, 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 середьообласну 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 - 153 - 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 fatique 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 Ocupp.Health and Safety. – 1999 – V.6. – P. 16-19.

**О СОСТОЯНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ В**

**ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ (С 2001 ПО 2013 ГГ.)**

*Н.А. Сидоренко, И.В. Завгородний, К.М. Сокол, Н.И. Завгородняя,*

*Т.Н. Дмуховская, ХНМУ, г. Харьков.*

*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*

*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.*\_\_