

На правах рукописи

Евтушенко Евгений Иванович

**Закономерности формирования, экзогенные факторы риска и принципы
охраны психического здоровья населения в условиях урбанизированного
региона**

14.02.01 – гигиена

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Донецк – 2017

Работа выполнена в Донецком национальном медицинском университете им.М.Горького МЗ ДНР.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Агарков Владимир Иванович
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького МЗ ДНР
заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения и истории медицины Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор **Грищенко Сергей Владимирович**, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения и истории медицины
доктор биологических наук **Путилина Ольга Николаевна**, Государственное предприятие «Научно-исследовательский институт медико-экологических проблем Донбасса и угольной промышленности Министерства здравоохранения ДНР», заведующая лабораторией санитарно-химических исследований

Ведущая орга- Государственное учреждение «Луганский государст-
низация: венный медицинский университет» МЗ ЛНР, г. Луганск

Защита состоится «» 2017 года в часов на заседании диссертационного совета Д.01.022.05 при Донецком национальном медицинском университете им.М.Горького по адресу: 283003, г. Донецк, пр.Ильича, 16. Тел.: (062) 344-41-51, факс: (062) 344-40-01, e-mail: spec-sovet-01-022-05@dnmu.ru

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького по адресу: 283003, г. Донецк, пр.Ильича, 16.

Автореферат разослан « » 2017.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д.01.022.05
к.мед.н., доцент

Ю.И. Стрельченко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. К числу самых актуальных проблем современного общества относится проблема общественного здоровья, среди которого особое место принадлежит психическому здоровью (Степанова Т.Б., Юдин Б.Г., 2003; Римашевская Н.М., 2002; Lasser K., 2000). В настоящее время, отмечаются быстрые перемены в состоянии психического здоровья, которые приобретают черты кризиса в большинстве стран мира. Особенно это явление характерно для большинства высокоразвитых стран, где показатель распространённости за последние 90 лет вырос более чем в 10 раз (Положий Б.С., 1993; Проселкова М.О., 1996; Nash R.A., 1996). По данным ВОЗ, в большинстве стран около 10% населения страдает тяжёлыми и хроническими формами психических болезней, а ещё у 10% обнаруживаются признаки невротических состояний и аномалий личности. Общий уровень распространённости психических заболеваний увеличивается из года в год. По прогнозам ВОЗ к 2020 году эти болезни войдут в мировую пятёрку болезней (Иванова А.Е., 1998; Кучма Р.В., Чубаровский В.В., 2007; Положий Б.С., 2001).

Психические расстройства являются ведущей причиной инвалидизации населения. Инвалидизация по причине психических расстройств характеризуется самой большой продолжительностью: 80% этих больных инвалидизируются в трудоспособном возрасте, 23-25% – в возрасте до 29 лет, а 45% – от 30 до 45 лет. Причём, подавляющее большинство инвалидов с психическими расстройствами признаются инвалидами 1 и 2 группы, а 90% таких инвалидов остаются ими пожизненно. По данным ВОЗ, дети-инвалиды по причине психических болезней составляют около 2% населения планеты, а в отдельных странах этот показатель достигает 8-10%. Существуют большие региональные особенности психического здоровья населения.

Психическое здоровье человека существенно предопределяется не только эндогенными, но и экзогенными факторами риска. Большинство современных авторов, изучающих факторы риска психического здоровья, выделяют 4 группы факторов: биологические, социальные, природно-экологические и образа жизни. Однако, преимущественное внимание уделяется социально-экономическим факторам. При этом редко учитывается их спектральный состав и ранг по степени относительного и абсолютного риска, не изучается степень риска широкого спектра экзогенных факторов иной природы. Многие экзогенные факторы психогенного риска остаются либо на начальном этапе изучения, либо в «спектральной тени», как мало- или вообще не значимые психогенные детерминанты (Максимова Т.М., Белов В.Б., Токуров М.В., Хриптова В.В., 2007; Решетников А.В., 2002; Goodman E., Capitman J., 2000).

Следовательно, состояние и развитие психического здоровья населения в условиях экзогенной психогенной среды выступает как первостепенная проблема системного и комплексного характера, без решения которой не могут эффективно проводиться меры охраны психического здоровья, а также первичной и вторичной профилактики психической заболеваемости населения.

Связь работы с научными программами, планами и темами. Диссертационная работа выполнена в рамках НИР кафедры социальной медицины, ор-

ганизации здравоохранения и истории медицины Донецкого национального медицинского университета «Изучение взаимосвязи популяционного здоровья населения и экзогенных факторов риска экологического, социального и профессионального характера в условиях урбанизированного и индустриализированного региона с геофизическими и геохимическими особенностями территории» (номер госрегистрации 0107U006167). Автор выполнил раздел исследований по изучению психического здоровья населения различных социально-профессиональных групп и его зависимость от широкого спектра экзогенных факторов психического риска, а также по разработке принципов и мер охраны психического здоровья и профилактике психической заболеваемости.

Тема диссертации и научный руководитель утверждены на заседании Учёного совета Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (протокол №8 от 28.11.2012 года).

Цель исследования. Установить закономерности формирования общественного психического здоровья, спектр ключевых экзогенных факторов психического риска, обосновать принципы и меры охраны психического здоровья взрослого населения в условиях депрессивной социальной и экологической среды обитания.

Задачи исследования.

1. Гигиеническая оценка среды обитания и образа жизни взрослого населения.
2. Изучение состояния психического здоровья взрослого населения по показателям психической заболеваемости, инвалидности и смертности.
3. Изучение психогенной значимости экзогенных факторов различной природы: макроэкономических, общепсихологических, профессиональных, социально-бытовых, семейно-психологических, алиментарных и экологических.
4. Обоснование и формулировка принципов охраны психического здоровья населения.
5. Разработка технологии профилактики депрессивных психических расстройств.

Объект исследования. Психическое здоровье взрослого населения и экзогенные факторы его риска в условиях депрессивной социальной и экологической среды обитания.

Предмет исследования. Показатели психического здоровья и экзогенные факторы психогенного риска.

Методы исследований. Социологические и социально-гигиенические (показатели образа и условий жизни, экзогенные факторы социальной природы, состояние психического здоровья); социально-психологические (психологическое состояние общества и отдельных групп населения, эмоционально-психологические факторы риска, показатели психологического оздоровления); клинические (показатели психического здоровья: тяжесть и нозологические формы психических расстройств, показатели инвалидности и эффективности выздоровления и реабилитации; социально-медицинские (показатели уровня, структуры и динамики психического здоровья, показатели психической заболеваемости, инвалидности и смертности); физиологические и психофизиологиче-

ские (показатели психического и умственного напряжения и тяжести труда, состояние организма в условиях оздоровления); гигиенические (состояние экологической среды); экономические (факторы риска экономической и социальной среды).

Научная новизна полученных результатов. Получены стандартные показатели уровня психической заболеваемости и распространённости этих болезней, свойственные различным социальным и возрастным группам населения в депрессивных условиях жизнедеятельности, основанные на статистических величинах закона больших чисел.

Установлены типы динамических кривых частоты возникновения и распространения психических болезней на основе больших периодов времени их развития (10-12 лет), раскрывающие территориальные и этиопатогенетические особенности их формирования среди различных социальных групп населения с различной социальной и экологической средой обитания.

Обоснована на математико-статистической основе закономерность взаимосвязи показателей частоты возникновения и распространения психических расстройств населения и причинно-следственная зависимость выраженного диссонанса рангового положения психических болезней в структуре общей заболеваемости и степени превосходства частоты распространённости над частотой возникновения болезней от особенностей их патогенеза.

Получила на новой основе дальнейшее развитие закономерность территориальных различий частоты возникновения психических расстройств как следствия качественных различий среды обитания и образа жизни населения, а также особенностей структурного соотношения экзогенных факторов психогенного характера.

На системной основе создан новый ранжированный по степени относительного риска спектр экзогенных факторов риска различной природы и установлена валеологическая и психогигиеническая значимость их структурного соотношения.

Сформулированы 8 новых принципов охраны психического здоровья и первичной профилактики психических расстройств населения.

Предложены новые критерии прогнозирования уровня частоты возникновения и распространения психических болезней по типу их динамических кривых и соотношения показателей частоты возникновения и распространения.

Теоретическая значимость полученных результатов. По материалам диссертации изданы две монографии «Эпидемиология болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека в условиях современного Донбасса» (Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Студзинский О.Г., Коктышев И.В.), г. Донецк, 2012 г. и «Эпидемиология и детерминизм психических расстройств населения урбанизированного региона» (Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Студзинский О.Г., Коктышев И.В.), г. Донецк, 2013. Материалы монографий используются в преподавании психиатрии, психогигиены и психологии в средних и высших медицинских учебных заведениях, а также профилактической деятельности семейных врачей и в воспитательной работе средних образовательных школ.

Практическое значение полученных результатов. На основе сформулированных 8 организационных принципов предложена система мер по охране психического здоровья и первичной профилактики психических расстройств депрессивной природы. Разработана технология оздоровления работников эмоционально-напряжённых видов труда. Подготовлены методические рекомендации «Принципы и технологические формы охраны психического здоровья населения в условиях социально-экономической и экологической депрессии». Результаты исследований внедрены в деятельность областной клинической психиатрической больницы г. Донецка.

Личный вклад соискателя. Автором проведен патентно-информационный поиск, аналитический обзор литературы, проведен социологический опрос здорового населения с психогенными факторами риска и пациентов психиатрических лечебных учреждений и их родственников, собраны архивные данные первичной и общей психической заболеваемости, инвалидности и смертности детского и взрослого населения различных социальных, профессиональных и возрастных групп, проведена статистическая обработка заболеваемости и смертности населения с психическими расстройствами, систематизированы меры охраны психического здоровья, предложена технология оздоровления пациентов с депрессивными состояниями и проведена её экспериментальная апробация, в натурном наблюдательном эксперименте изучены зависимость частоты возникновения и распространения психических расстройств от экзогенных факторов 6 различных групп и проведен анализ полученных результатов. По архивным данным санитарно-эпидемиологической службы Донецкой области проведен широкий гигиенический анализ экологической и социальной среды жизнедеятельности населения и его отдельных корпоративных (профессиональных, социальных и возрастных) групп. Описаны результаты исследования, сформулированы частные и общие выводы исследований. Диссертантом не использованы идеи и результаты исследований соавторов публикаций.

Положения, выносимые на защиту:

1. Экологическая среда обитания городского населения урбанизированного и индустриализированного региона характеризуется выражено техногенными свойствами. Воздушная среда в больших и малых городах с интенсивно функционирующей промышленностью оценивается как опасная.
2. Социальная среда обитания урбанизированного индустриального региона имеет выраженные депрессивные свойства: высокий уровень психологической общей и трудовой тревожности населения, наличие и частые подъёмы безработицы, низкий уровень жизни населения, высокая внутренняя и внешняя региональная трудовая миграция населения, депрессия промышленности в малых и средних городах, большой удельный вес работающего с нерациональным и напряженным режимом дня, большой удельный вес работающего населения с вредными привычками и нездоровым образом жизни.
3. Общественное психическое здоровье населения урбанизированного индустриального региона с наличием активных депрессивных процессов, характеризуется волновыми свойствами хронодинамики психической заболеваемости, большой распространённостью психических расстройств среди населения,

большой поражённостью психическими расстройствами взрослого населения и, особенно, пострадавшего от чернобыльской, более высокой распространённостью психических расстройств среди городского, чем среди сельского населения, а также подросткового, чем детского населения. Общественное психическое здоровье имеет выраженную территориальную зависимость

4. Имеется высокая зависимость динамики частоты возникновения первичных случаев психических расстройств населения от её исходного и общего количественного уровня. Особенности динамики и уровня психических расстройств населения предопределяются структурой и сочетанием установленного спектра экзогенных факторов риска.

5. Расстройства психики являются одной из ведущих причин инвалидизации населения. Хронодинамическая 10-летняя кривая инвалидизации населения по причине психических расстройств имеет вид устойчивой растянутой параболы, как результата превалирования прогрессивных патологических процессов над регрессивными в данном виде заболеваемости. Частым исходом психогенной инвалидности является смертность населения.

6. В формировании расстройств психического здоровья населения принимают активное участие 6 групп экзогенных факторов риска: социально-бытовые и семейно-психологические; образа жизни; алиментарные; профессиональные; макроэкономические и общественно-психологические; экологические.

7. Ведущая значимость в формировании расстройств психического здоровья населения принадлежит следующим ключевым монофакторам экзогенного риска: не комфортное по многим параметрам жилище, высшее образование, одиночество, одинокое материнство, семья с проблемными и детьми и конфликтная семья, страдание алкоголизмом, страдание наркоманией, страдание бессонницей, некачественный рацион питания, экологически нечистые продукты питания, интеллектуально и эмоционально напряжённый труд, высокая психологическая тревожность в обществе, высокая трудовая миграция и безработица, высокий валовый уровень нагрузки химических веществ на экологическую среду, высокая концентрация в питьевой воде свинца или комплекса макроэлементов, относящихся к тяжёлым металлам.

8. Высокая результативность системы охраны и оптимизации психического здоровья населения может быть достигнута при её построении на основе 8 организационных принципах, вытекающих из закономерностей формирования психического здоровья и комплекса из 6 групп экзогенных факторов психогенного риска.

9. Эффективная профилактика аффективных психических расстройств и депрессивных состояний населения достигается на основе полифункциональной технологии с базовым и подкрепляющим оздоровлением, дифференцированным по группам психического риска: умеренного, среднего и высокого. У пациентов с депрессивным состоянием, прошедших курс оздоровления по полифункциональной технологии с базовым однократным и подкрепляющим оздоровлением улучшаются функциональные показатели ЦНС и сердечно-сосудистой системы, исчезают симптомы депрессивной триады и в течение 1,5-

2-х лет не отмечаются их рецидивы.

Апробация результатов исследований. Основные положения диссертационной работы апробированы на IV и V съезде специалистов по социальной медицине и организации здравоохранения (2008 и 2012 гг., Житомир), Всеукраинской конференции психиатров в г. Харькове (2012 г.), на Всеукраинской конференции в г. Запорожье (2013 г.).

Степень достоверности полученных данных. По итогам проверки первичной документации (акт проверки первичной документации от 6 марта 2017 г.) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследований результаты являются достоверными.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 2 монографии, 8 статей в научных изданиях, рекомендованных ВАК, статья в сборнике и тезисы в материалах конференции, а также изданы методические рекомендации.

Структура и объём работы. Диссертационная работа изложена на 248 страницах компьютерного текста и состоит из вступления, 6 разделов, заключения, выводов, списка литературы, приложения. Работа содержит 75 таблиц и 25 рисунков. Список источников литературы составляют 136 наименований на 11 страницах. Приложение составляет 8 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследований. Исследования проведены на материалах Донецкой области. Под психическим здоровьем человека понималось состояние организма в виде отсутствия или наличия нервно-психических расстройств при полном психологическом, социальном и соматическом благополучии человека. Оценивалось психическое здоровье на общественном уровне по данным психической заболеваемости по двум общепринятым и рекомендованным ВОЗ показателям – частоте возникновения и частоте распространения случаев психических расстройств, инвалидности и смертности населения по причине V класса (по МКБ-10) болезней под названием «Расстройства психики и поведения». Для разработки брались все впервые зарегистрированные в текущем году случаи (первичная заболеваемость) и сумма всех первичных и перешедших с прошедших лет случаев заболеваний, связанных с расстройством психики и поведения человека. Оценивался и анализировался уровень, структура и динамика психических расстройств взрослого (18 и более лет) городского (26-28 городов) и сельского (15-17 сельских районов) населения Донецкой области за последние 10-12 лет. При этом, всё городское и всё сельское население оценивалось по следующим группам: всё население Донецкой области трудоспособного возраста (18 и более лет), отдельно всё трудоспособное городское и сельское население; всё пожилое население (пенсионный возраст 55 лет и выше – женщины и 60 лет и выше – мужчины), всё взрослое население, пострадавшее от Чернобыльской аварии, всё взрослое население с факторами риска по употреблению алкоголя, наркотиков и различных психотропных веществ, а также находящихся в положении безработных или в качестве трудовых внутрирегиональных суточных и недельных мигрантов, проживающих в периоды глубо-

кого экономического спада и подъёма Донбасса. Кроме этого, психическая заболеваемость изучалась среди отдельных профессиональных, социально-экономических групп населения, а также ведущих различных образ жизни. Анализ заболеваемости вёлся по относительным показателям: интенсивным, экстенсивным, наглядности и соотношения. При этом, для расчета показателей брались большие совокупности заболеваемости – за 5 и 10 лет, по 26-28 городам для городского и 15-17 сельским районам для сельского населения. Поэтому, средние величины относительных показателей формировались на больших статистических совокупностях – минимально 500-1000 случаев заболеваний.

Аналогичные методические приёмы использовались при изучении инвалидности и смертности населения по причине болезней, связанных с расстройством психики и поведения. Заболеваемость, инвалидность и смертность изучались по архивным материалам информационно-аналитического центра медицинской статистики, отчётным материалам областной клинической психиатрической больницы Донецкой области, а также посредством социологических исследований с помощью специально разработанных социологических карт.

Среда обитания населения и отдельных контингентов населения включала три составляющие – экологическую, социально-бытовую, профессиональную, и изучалась по архивным материалам главного управления статистики, санитарно-эпидемиологической и экологической служб, а также путём специального избирательного мониторинга и социологического опроса. При этом, проанализировано около 300 архивных единиц социально-бытовых условий, 200 актов условий и характера труда, 200 анализов состояния воздушной и 200 анализов водной среды, 150 анализов почвы и растений. Кроме этого, проведено 110 самохронометражных измерений и заполнено 222 социологических карт по изучению условий и образа жизни и изучено 70 индивидуальных режимов и рационов питания.

Для изучения значимости экзогенных факторов риска для психического здоровья населения использовались три метода: метод парно-сопряжённых (уравновешенных) групп по нескольким признакам (6 групп по 100-150 человек), метод когортных групп для длительного наблюдения за группой населения при ярко выраженном одном факторе риска или пребывающих в условиях длительно действующего фактора риска (70-300 человек в группе). Посредством метода когортных групп изучались большая часть факторов риска: образа жизни, макроэкономических, профессиональных и ряда экологических.

Сравнительный метод на основе парно-сопряжённых групп использовался, как правило, параллельно с корреляционным методом. Корреляционный метод использовался для установления зависимости между факторами риска различной природы и показателями частоты возникновения случаев психических расстройств.

Для оценки эффекта действия фактора риска использовался показатель относительного риска (В.А. Медик, М.С. Токмачёв, 2006).

Для оценки эффективности оздоровительных технологий использовались следующие психофизиологические показатели: показатель умственной работоспособности, определявшийся по буквенным таблицам Анфимова; показатель

объёма кратковременной памяти – по таблицам Платонова; показатель простой сенсомоторной реакции, снимавшийся посредством прибора «Символ 1», показатель частоты пульса и уровень АД в покое. Социологические исследования проводились по специально разработанной анкете.

Для оценки ситуативной тревожности в обществе использовались метод и шкала Спилберга. Все полученные результаты исследований обрабатывались посредством компьютерного пакета прикладных программ Statistica.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Жизнедеятельность населения Донецкого региона протекает в депрессивных демографических и социально-экономических условиях. Демографические условия характеризуются активным уменьшением количества населения (на 34-35 тысяч/год), снижается воспроизводство населения по причине низкой рождаемости (9-11 человек на 1000 населения), высокая общая смертность населения (16-17 человек на 1000 населения), отмечается низкая средняя продолжительность жизни (60-67 лет).

Имеет место выраженная депрессивность социально-экономической среды обитания. Психологическая напряжённость среди населения >30 баллов по Спилбергу. При этом, данный показатель самый высокий в малых и средних городах и сильно зависит от уровня безработицы, суточной и маятниковой миграции, инфляции и общего экономического спада. Очень большую роль в нарушении психологического равновесия в региональном обществе играют процессы, разрушающие традиционный городской и сельский уклад жизни.

Анализ психического здоровья населения. По международной классификации болезней десятого пересмотра расстройства психики и поведения человека относятся к V классу болезней. Оцениваются они посредством двух статистических показателей – частоты возникновения первичных случаев (заболеваемость или первичная заболеваемость) и частоты распространённости болезней (распространённость болезней, болезненность или общая заболеваемость).

Частота первичных случаев психических заболеваний среди населения Донецкой области находится в пределах $40,9 \pm 0,1$ случаев на 10000 человек. Самый высокий показатель частоты возникновения первичных случаев психической заболеваемости характерен для взрослого населения, пострадавшего от чернобыльской аварии, где он на 53,8% выше среднеобластного показателя. На втором месте находится показатель частоты психических болезней, регистрируемый среди взрослого населения, который находится на уровне среднеобластной величины, составляя $40,8 \pm 0,2$ случаев на 10000 чел.

Третий по величине показатель частоты возникновения психических расстройств характерен для населения пожилого возраста. Среди этой части населения первичная заболеваемость болезнями, связанными с расстройствами психики и поведения ниже, чем среднеобластной показатель на 19,7%, составляя $32,1 \pm 0,4$ случаев на 10 000 человек. Самый низкий показатель частоты первичной заболеваемости отмечается среди подростков. Здесь показатель первичной заболеваемости психическими болезнями составляет $29,6 \pm 0,5$ случаев на 10 000 человек, что на 27,6% ниже среднеобластного показателя (табл. 1).

Таблица 1

Уровень частоты возникновения первичных случаев заболеваний, связанных с расстройством психики и поведения населения в условиях Донбасса

Контингенты населения	Частота первичных случаев заболеваний, случаи на 10 000 человек
Среднерегиональный показатель (всё население)	40,9±0,1
Взрослое население (18 и более лет)	40,8±0,2
Пожилое население (55-60 лет)	32,1±0,4*
Все подростки Донецкой области (15-17 лет)	29,6±0,5*
«Чернобыльцы» (взрослое население)	62,9±1,5*

Примечание. * – достоверность относительно среднеобластного показателя.

Первичными расстройствами психики и поведения больше страдает взрослое городское население и значительно меньше – сельское. Показатель первичной психической заболеваемости городского населения меньше на 3,4% от среднерегиональной величины, но выше на 31,6% от таковой среди сельского населения. Аналогичное соотношение показателей первичной психической заболеваемости характерно и для подросткового населения, где показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств среди городских подростков выше на 9,5%, чем среди сельских.

Следовательно, болезни, связанные с расстройством психики и поведения больше поражают взрослое население, особенно подвергнутое действию радиоактивного фактора, а также больше городское взрослое и подростковое, чем сельское.

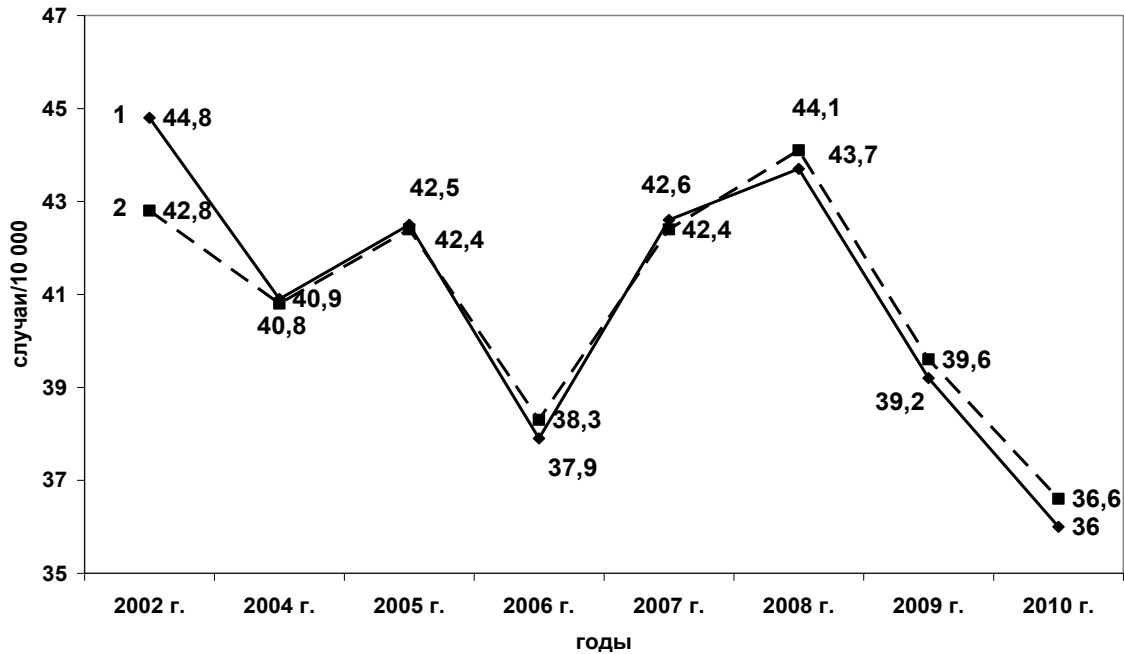
Существуют выраженные устойчивые территориальные различия частоты возникновения первичных случаев психических болезней среди как городского, так и сельского населения. Первичная заболеваемость населения болезнями расстройств психики и поведения распределяется на 4 условных уровня, свойственных жителям конкретных городских населённых мест. Максимальный уровень первичной психической заболеваемости городского населения находится в пределах 76,3±2,5 случаев, средний – 53,9±1,3 случаев, ниже среднего – 41,1±1,8 случаев, а минимальный – 22,9±2,4 случаев на 10 000 человек. Причём, каждый из уровней заболеваемости, как правило, характерен для постоянного населения конкретных городских населённых пунктов.

Аналогичные территориальные различия психической заболеваемости также характерны и для сельского населения.

Максимальный уровень частоты возникновения первичных случаев психических болезней среди сельского населения составляет 40,5±4,7 случаев, что ниже, чем среди городского на 46,9%, средний – 24,3±1,5 случаев (ниже на 54,9%), ниже среднего – 14,4±1,0 случаев (ниже на 65%), минимальный – 8,2±0,7 случаев (ниже на 64,2%).

Десятилетняя динамика первичных психических расстройств среди раз-

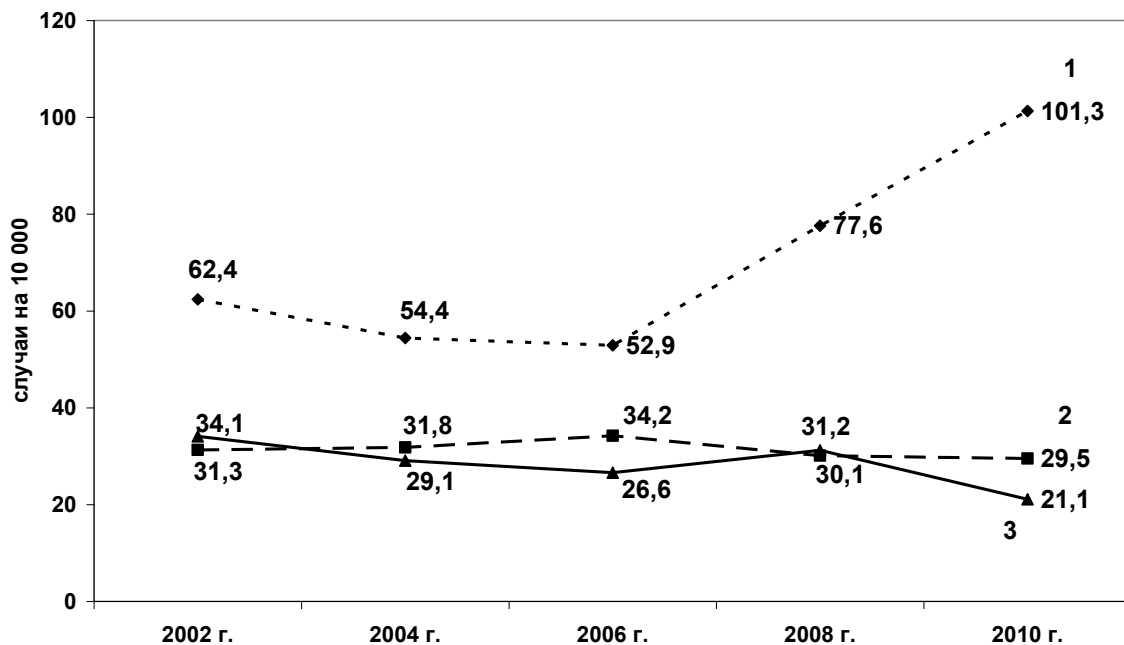
личных контингентов населения, характеризуется резко выраженной волновой динамикой, которая особенно заметна по изменению среднеобластного показателя (кривая 1), а также среди взрослого населения (кривая 2). При этом, среди взрослой части населения и подростков отмечался существенный спад этой заболеваемости в первой половине 2000 годов, вплоть до 2006 года, с последующим подъёмом к 2008 году и повторным снижением начиная с 2009 года (рис. 1).



Примечание. Ряд 1 – всё население; Ряд 2 – всё взрослое население.

Рис. 1. Динамика частоты возникновения первичных случаев заболевания населения Донецкой области болезнями, связанными с расстройством психики и поведения

Как видно на рис. 2, слабо выраженные волновые процессы также отмечаются среди пожилой части населения, где колебания показателя первичной заболеваемости происходят в узком диапазоне от 29,5 до 34,2 случаев на 10 000 человек. Наоборот, резко выраженные волновые свойства отмечаются среди «чернобыльцев», где изменения показателя происходят в широком диапазоне в виде снижения к 2006 году на 15,2% и последующего роста к 2008-10 годам на 46,7-91,6% случаев. При этом, показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами выросли к концу десятилетия среди взрослого населения, пострадавшего от чернобыльской аварии, на 24,4-62,3% случаев. Особенно резкий подъём этих болезней произошёл за последние 3 года последнего десятилетия (2008-10 гг.) В то же время, среди других контингентов населения первичная заболеваемость психическими расстройствами характеризуется тенденцией к некоторому снижению к концу десятилетия. Особенно, эта тенденция характерна для пожилого и подросткового населения.



Примечание. Ряд 1 – «чернобыльцы»; Ряд 2 – пожилые; Ряд 3 – подростки.

Рис. 2. Сравнительная динамика частоты возникновения первичных случаев заболеваний, связанных с расстройством психики и поведения, среди пожилых, «чернобыльцев» и подростков

Динамика первичной психической заболеваемости среди взрослого сельского населения имеет в течение всего последнего десятилетия устойчивую направленность к снижению, что привело к уменьшению показателя первичной заболеваемости к 2008-09 годам на 23,6% случаев на 10 000 человек. Тогда как динамика первичной психической заболеваемости взрослого городского населения имеет выраженный волновой характер с небольшой склонностью к снижению её общего уровня.

Следовательно, десятилетняя динамика первичной психической заболеваемости населения Донецкого региона характеризуется неустойчивой волновой динамикой с тенденцией к снижению или с наличием существенного повышения среди различных контингентов и групп населения.

Показатель частоты распространённости отражает процесс накопления болезней в обществе. Процесс накопления предопределяется либо хронизацией болезней, либо превалированием в частоте первичных случаев заболеваний тяжёлых форм болезней.

Как видно из табл. 2, современный среднеобластной показатель распространённости среди населения Донецкой области психических болезней находится в пределах $500,9 \pm 11,8$ случаев на 10 000 человек при колебании его от 476,9 до 527,5 случаев. Величина этого показателя превосходит подобный показатель, характерный для населения Донбасса начала 80-х (1980-82 гг.) годов в 2,1 раза, то есть показатель психических расстройств существенно вырос за последние 30 лет.

Среди взрослого населения Донецкой области показатель распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения значительно выше и превосходит среднеобластную его величину на 6,2% случаев, составляя

531,7±12,5 случаев на 10 000 человек при близкой величине размаха годового колебания от 508,6 до 562,3 случаев.

Таблица 2

Сравнительный уровень частоты распространённости заболеваний, связанных с расстройством психики и поведения среди различных контингентов населения Донецкой области ($\frac{M \pm m}{V_{\min} - V_{\max}}$)

Контингенты населения	Показатель распространённости болезней, случаи на 10 000
Всё население Донецкой области	$\frac{500,9 \pm 11,8}{(476,9 - 527,5)}$
Всё взрослое население (18 и более лет)	$\frac{531,7 \pm 12,5}{(508,6 - 562,3)}$
Всё сельское население	$\frac{250,0 \pm 11,9}{(232,0 - 267,4)}$
Всё пожилое население (55-60 лет и выше)	$\frac{442,9 \pm 10,5}{(418,7 - 461,4)}$
Всё детское население (0-17 лет)	$\frac{330,2 \pm 5,5}{(327,9 - 335,8)}$
Всё подростковое население (15-17 лет)	$\frac{364,6 \pm 7,9}{(343,6 - 384,9)}$

Среди других возрастных и социальных групп населения показатель распространённости психических болезней ниже общего среднеобластного показателя, а именно: среди пожилых людей на 11,6%, среди сельских на 50,1%, среди детей на 34,1%, среди подростков на 27,2% случаев. При этом, особо низкий показатель характерен для сельского населения, где он равняется 250,0±11,9 случаев на 10 000 человек при величине разброса годового колебания в 35,4 случаев на 10 000 человек.

Самые низкие показатели расстройств психики и поведения среди взрослого (18 лет и выше) населения отмечаются у сельских жителей, где они ниже среднеобластной величины для взрослого населения на 30,0% и на 32,1% случаев, чем среди взрослого городского населения. Иначе говоря, болезни, связанные с расстройством психики и поведения больше поражают взрослое городское население и значительно меньше сельское. Однако, сверхвысокие показатели распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения характерны, прежде всего, для взрослого населения, пострадавшего от чернойбыльской аварии, то есть подвергнутого воздействию радиоактивного фактора. Среди этой части взрослого населения показатели распространённости психических болезней выше среднеобластных в 1,76, среднегородских в 1,7, а среднесельских в 2,5 раза.

В структуре заболеваемости населения 18 классами болезней, болезни, связанные с расстройством психики и поведения занимают неустойчивое 9-е ранговое место с удельной величиной показателя распространённости в пределах 3,0% случаев. Данный класс болезней занимает по показателю распростра-

нённости в структуре общей заболеваемости срединную позицию, но с преимущественной тенденцией её повышения.

Болезни, связанные с расстройством психики и поведения человека входят в группу болезней (6 классов), которые выходят по показателю распространённости на передовые позиции в общей структуре заболеваемости населения Донбасса.

По показателю частоты возникновения болезни, связанные с расстройством психики и поведения занимают в общей структуре заболеваемости только 15-е ранговое место, то есть ранговую позицию на 6 уровней более низкую, чем по показателю распространённости и по частоте возникновения относятся к группе болезней редко появляющихся.

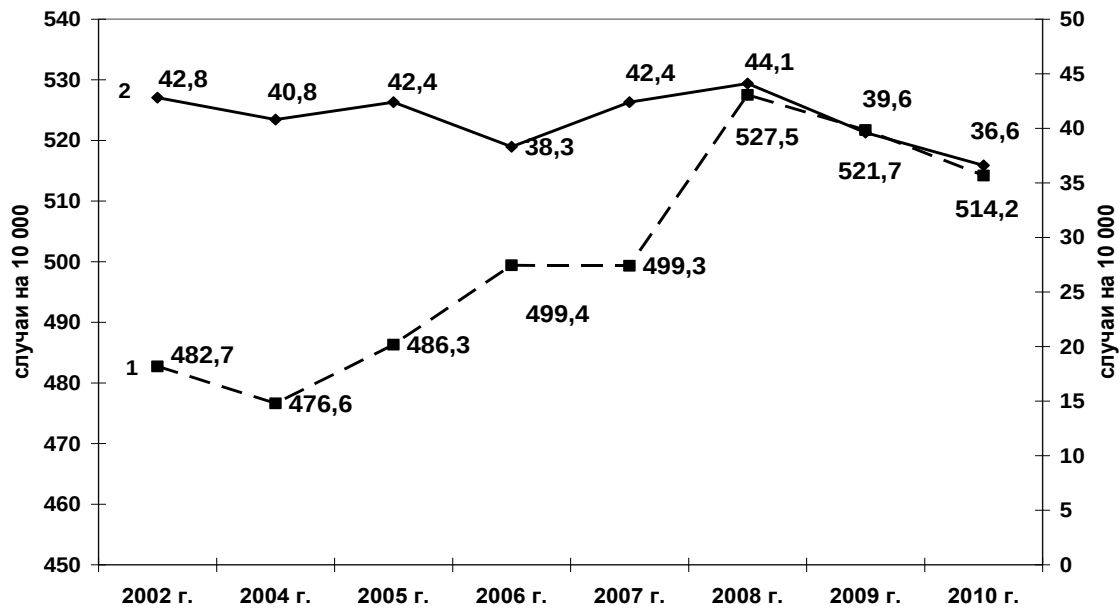
Существующий резко выраженный диссонанс рангового положения психических расстройств в структуре общей заболеваемости населения, со значительным превосходством показателя распространения над показателем частоты возникновения психических болезней, свидетельствует о недостаточной эффективности, используемых технологий вторичной профилактики и лечебно-восстановительных мер.

Динамика показателей распространённости среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, имеет волновой характер с падением уровня к середине последнего десятилетия (2000-2010 гг.) и активным ростом во второй его половине начиная с 2005 года.

Рост среди всего населения психических болезней за последние 5 лет (по сравнению с 2004 годом) составил 7,9% случаев, а среди взрослой части населения 7,5% случаев. Иначе говоря, подъём среднеобластного показателя распространённости психических болезней предопределён ростом данной патологии среди взрослой части населения во второй половине 2000-х годов. При этом, в конце десятилетия отмечается тенденция к росту психических расстройств среди взрослого населения (+4,8% случаев) на фоне продолжающегося медленного спада среднеобластного показателя.

Как следует из рис. 3, существуют значительные различия в динамике развития во времени между показателями частоты возникновения первичных случаев и показателям распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения. Так, динамика первичной заболеваемости населения психическими болезнями имеет слабовыраженный волновой характер при незначительном колебании частоты возникновения в стабильных рамках между 36,6-44,1 случаев на 10 000 населения, то есть имеет место достаточно устойчивая позиция уровня заболеваемости. При этом, устойчивая десятилетняя динамика первичной заболеваемости населения психическими болезнями, разворачивается на фоне значительного роста показателя их распространённости, что свидетельствует о наличии выраженного процесса накопления данной патологии в обществе. Явление диссонанса динамики ключевых показателей психической заболеваемости с существенным превалированием динамического уровня показателя распространённости над показателем частоты возникновения первичных случаев заболеваний, свидетельствует о превалировании процесса накопления патологии в обществе над процессами её возникновения, вероятно,

как за счёт недостаточной эффективности лечебно-профилактических технологий, та и в связи с увеличением доли среди новых случаев тяжёлых неизлечимых форм психических болезней.



Примечание. Ряд 1 — распространённость болезней среди взрослого населения;

Ряд 2 — частота возникновения новых случаев болезней.

Рис. 3. Сравнительная динамика частоты возникновения и распространения среди всего населения Донецкой области болезней, связанных с расстройством психики и поведения

Существует достаточно жёсткая территориальная зависимость психической заболеваемости городского и сельского населения. Эта закономерность проявляется в наличии свойственной населению каждого населённого пункта характерного уровня первичной заболеваемости и распространённости психических болезней диспансерных форм. На этой основе формируется рейтинговый спектр показателей первичной заболеваемости и распространённости болезней, где каждому городскому населённому пункту принадлежит рейтинговая позиция в соответствии с заболеваемостью населения данного населённого пункта.

Спектр первичной психической заболеваемости городского населения делится на 4 условных рейтинговых уровня: высокий — от 6-й по 1-ю позицию с показателями 30,55-40,70 случаев, средний — от 20-й по 7-ю рейтинговые позиции с показателями 20,20-29,98 случаев, ниже среднего — от 24-й по 21-ю рейтинговую позиции с показателем 15,15-19,85 случаев, низкую — с 25-й и ниже рейтинговую позиции с показателем 7,63 случаев на 10 000 населения.

Территориальная зависимость психической заболеваемости, также характерна и для сельского населения. Для каждого сельского административного района характерны свои показатели частоты возникновения и распространения психических болезней среди сельских групп населения, которые фиксируются в виде 16 рейтинговых позиций.

По показателям первичной психической заболеваемости сельского насе-

ления весь массив психической заболеваемости сельского населения чётко распадается на 5 условных рейтинговых групп: высокая заболеваемость (1-4 рейтинговая позиция, 18,65-21,98 случаев заболеваний); заболеваемость выше среднего уровня (5-7 рейтинговая позиция, 15,80-16,68 случаев заболеваний); средний уровень заболеваемости (8-10 рейтинговая позиция, 10,15-12,65 случаев заболеваний); заболеваемость ниже среднего уровня (11-13 рейтинговая позиция, 9,10-9,88 случаев заболеваний); низкая заболеваемость (14-16 рейтинговая позиция, 4,70-7,43 случаев заболеваний на 10 000 населения).

На подобные пять условных рейтинговых групп распадается также психическая заболеваемость сельского населения и по показателю распространённости.

Отмечаются значительные особенности динамики частоты возникновения первичных случаев психических заболеваний взрослого городского населения в зависимости от её общего уровня, то есть от рейтинга городской заболеваемости.

В городах с высокой психической заболеваемостью (высокий и выше среднего рейтинг) отмечается три типа динамических кривых:

◇ 1 тип – быстроволновые изменения с частыми (2-3 года) высокими подъёмами (15-18%) и последующими быстрыми (1-2 года) и глубокими (17-19%) спадами;

◇ 2-й тип – медленноволновой (3-5 лет) с инертными и высокими (>40-50% случаев) подъёмами и низкими (7-8% случаев) прологированными спадами;

◇ 3-й тип – устойчивый с медленными и продолжительными (4-6 лет) мелковолновыми подъёмами и спадами (3-5% случаев).

Такие быстродинамичные с резкими всплесками и спадами изменения первичной психической заболеваемости характерны, прежде всего, для заболеваемости населения, состоящей преимущественно из лёгких нозологических форм психических расстройств. Поэтому, представленные типы кривых могут служить критериями и моделями прогноза уровня и характера заболеваемости населения психическими расстройствами.

Динамика показателя распространённости психических болезней среди городского населения с высоким рейтингом данного показателя заболеваемости, характеризуется медленным прямолинейным или слабоволновым процессом повышения, что вполне адекватно отражает происходящее инертное накопление в общественной среде данной патологии преимущественно хронического характера

Долгосрочные динамические кривые психических расстройств достаточно адекватно отражают характер заболеваемости (первичной и общей). Форма динамических кривых психической заболеваемости во многом предопределяется удельным соотношением тяжёлых и лёгких нозологических форм психических болезней. При высоком удельном весе лёгких нозологических форм психических болезней в суммарном массиве заболеваемости динамические кривые имеют выраженный волновой характер.

Закономерности инвалидизации и смертности населения по причине

болезней, связанных с расстройством психики и поведения. Расстройства психики и поведения человека достаточно активно определяют такие демографические процессы как инвалидизация и смертность населения.

Расстройства психики и поведения как причина инвалидизации занимают достаточно высокое ранговое 6 место в общей структуре причин инвалидизации взрослого населения с показателем 3,2 случаев на 10 000 человек. Ещё более высокое место этот класс болезней как причина инвалидизации занимает в общей ранговой структуре причин инвалидизации с показателем 4,5 случаев на 10 000 человек среди трудоспособного населения. Иначе говоря, расстройства психики и поведения выступают как частая причина инвалидности взрослого, особенно трудоспособного населения, занимая по частоте 5-6-е ранговые места в общей структуре из 13 причин с показателями 3,2 и 4,5 случаев на 10 000 человек.

Средний уровень инвалидизации всего взрослого населения по причине расстройств психики находится в пределах $3,2 \pm 0,1$ случаев, что составляет $5,8 \pm 0,1\%$ от общего показателя инвалидизации по всем причинам. В то же время показатель инвалидизации по причине этих болезней среди трудоспособной части населения значительно (на 28,9% случаев) выше, чем среди всего взрослого населения и составляет $4,5 \pm 0,2$ случаев, т.е. $6,5 \pm 0,1\%$ случаев от общего показателя инвалидизации. Следовательно, психические болезни выступают как одна из ведущих причин инвалидизации населения.

Уровень инвалидизации трудоспособного населения по причине психических болезней на протяжении 15-16 лет был значительно выше, чем среди всего взрослого населения – в середине 90-х годов на 20,6%, во второй половине 2000 годов на 26,6%, а в конце десятилетнего отрезка 2000 годов на 25% случаев. Частым исходом инвалидизации является смертность населения. В общей структуре причин смертности болезни, связанные с расстройством психики и поведения занимают 11-е ранговое место из 16 с удельным весом случаев смертности 0,38%, то есть эти болезни формируют незначительный объём смертности, показатель которой в несколько раз меньше от ведущих причин.

Показатель смертности взрослого населения по причине психических болезней на протяжении почти 30-летнего отрезка стабильно удерживается на низком уровне в пределах 0,24-1,08 случаев на 10 000 человек.

Однако, показатель смертности увеличился за 25 лет (с 1980-81 до 2004-05 годы) в 4,5 раза, а затем снова (к 2010-11 годам) снизился в 2,4 раза и стал в 1,9 раза выше показателя, который регистрировался в 1980-81 годах.

После небольшого спада показателя смертности «чернобыльцев» во второй половине 90-х годов, начиная с 2001-2002 годов произошёл резкий (в 34,4 раза) подъём (2008-2009 г.г.) смертности этого контингента населения по причине психических заболеваний с последующей стабилизацией показателя на высоком уровне (17,2-17,4 случаев на 10 000 населения). Столь высокая смертность по причине психических расстройств, среди населения, пострадавшего от чернобыльской аварии, свидетельствует о высокой чувствительности ЦНС к радиационному фактору.

Характеристика экзогенных факторов риска психического здоровья.

В формировании факторов психического здоровья населения принимают активное участие 68 изученных экзогенных факторов риска. Эти факторы риска объединяются по однородности в 6 групп, которые по величине индекса относительного риска (RR) располагаются (как показано в таблице 3) в следующей ранговой последовательности: социально-бытовые и семейно-психологические – 1-е место (RR = 16,50), образа жизни – 2-е место (RR = 12,98), алиментарные – 3-е место (RR = 2,27), профессиональные – 4-е место (RR = 2,19), макроэкономические и общественно-психологические – 5-е место (RR = 1,91), экологические – 6-е место (RR = 1,70).

Таблица 3

Ранговая структура психогенной значимости однородных групп экзогенных факторов риска психического здоровья взрослого населения

Факторы риска	Показатели риска общей частоты возникновения первичных случаев психических расстройств	
	Ранг	Индекс относительного риска (RR)
Социально-бытовые и семейно-психологические	1	16,50
Образы жизни	2	12,98
Алиментарные	3	2,27
Профессиональные	4	2,19
Макроэкономические и общественно психологические	5	1,91
Экономические	6	1,70

Преимущественное значение в формировании расстройств психического здоровья населения принадлежит 24 различным экзогенным факторам риска. Степень их психогенной значимости существенно различается, и по величине индекса относительного риска они располагаются в ранговой последовательности. Этот спектр экзогенных факторов риска выступает предопределяющей причиной отмечаемых закономерностей и особенностей формирования психического здоровья населения Донбасса, как широко урбанизированного и индустриального региона с наличием депрессивных процессов социальной среды и быстроменяющейся природной средой в сторону выраженной её техногенности с высоковредными параметрами для здоровья человека.

Принципы и меры охраны психического здоровья населения. Система эффективной охраны психического здоровья может быть создана на основе следующих 8 организационных принципов.

Первый принцип – поддержание на оптимальном уровне гармоничного психоэмоционального состояния личности. Для реализации этого принципа используются психотерапевтические, психологические и психофизиологические приёмы.

Второй принцип – общая оптимизация уровня устойчивости психического здоровья населения посредством аутогенной тренировки психогигиеническо-

го характера, выполняемой по ускоренной методике в двух режимах – базовом и подкрепляющем.

Третий принцип – психогигиеническая оптимизация режима и условий напряжённых видов труда (1-я, 2-я, 3-я степень 3-го класса напряжения) путём физиологического нормирования нервно-психической, интеллектуальной и нервно-эмоциональной нагрузки.

Четвёртый принцип – оптимизация межличностных отношений в обществе и корпоративных коллективах людей путем совершенствования официальных и неофициальных личностных отношений.

Пятый принцип – предупреждение конфликтных ситуаций в обществе и в микроколлективе на основе ключевых правил конфликтологии.

Шестой принцип – оптимизация социально-бытовых условий жизнедеятельности человека на основе глубокого и всестороннего совершенствования среды обитания человеческого жилища.

Седьмой принцип – оздоровление природно-климатической среды жизнедеятельности населения на основе ее охраны, а также создания и систематического использования чистых природных рекреаций.

Восьмой принцип – формирование здорового образа жизни человека (ЗОЖ). Этот принцип реализуется по технологии, в основе которой лежит формула ЗОЖ, состоящая из 12 параметров, мониторинговой анкеты и технологической карты, оценочной шкалы и алгоритма оптимизации ЗОЖ.

Принципы и меры профилактики депрессивных психических расстройств. Первый принцип – наступательная пропаганда и реклама медицинских знаний о предупреждении депрессивных психических расстройств.

Второй принцип – систематические целевые функционально-диагностические медицинские антидепрессивные осмотры населения. Таким осмотрам, прежде всего, подвергаются контингенты с наличием широкого спектра психогенных факторов риска.

Третий принцип – систематический общемедицинский и психиатрический врачебный контроль за состоянием общего и психического здоровья населения.

Четвёртый принцип – систематическое общее и психологическое оздоровление людей с психическими факторами риска посредством специализированной технологии с двумя взаимодополняющими схемами – базовое и подкрепляющее оздоровление.

У пациентов с депрессивным состоянием, прошедших курс оздоровления по технологии с базовым и однократным подкрепляющим оздоровлением улучшаются функциональные показатели ЦНС и сердечно-сосудистой системы, исчезают симптомы депрессивной триады и в течение 1,5-2 лет не отмечаются их рецидивы.

ВЫВОДЫ

На основе комплексного гигиенического и социально-медицинского исследования установлены качественные характеристики техногенной экологической и депрессивной социальной среды обитания, закономерности формирова-

ния уровня и динамики развития психического здоровья, выявлены состав и степень значимости широкого спектра психогенных факторов риска экзогенной природы, что позволило сформулировать принципы охраны психического здоровья населения в условиях глубоко урбанизированного и индустриализированного региона с депрессивными экологическими и социальными процессами и разработать технологию оздоровления населения, страдающего депрессивными состояниями и частыми психическими расстройствами аффективной природы и получить положительный результат.

1. Экологическая среда обитания городского населения урбанизированного и индустриализированного региона характеризуется выражено техногенными свойствами: валовый объём нагрузки, выбрасываемых веществ химической природы составляет 65,3 Т/км, структура валовых выбросов химических веществ предопределяется металлургическими (25%), транспортными (40%) и энергетическими (20%) продуктами производства, а состав формируют углерод (29%), сернистые соединения (21%), взвешенные вещества (14,9%), окись азота (10%) и углеводороды (9,5%).

В составе воздушной среды длительное время находятся в концентрациях выше ПДК следующие вредные химические вещества: диоксид азота (3,3 ПДК); 3-4 бензапирен (3,5 ПДК), оксид углерода (2,8 ПДК), диоксид серы (3,2 ПДК), сероводород (3,4 ПДК), аммиак (3,0 ПДК), взвешенные вещества (2,9 ПДК). Воздушная среда в больших и малых городах с интенсивно функционирующей промышленностью оценивается как опасная (>8 ИПДЗ), а в малых городах с депрессивной промышленностью и в сельской местности как слабоопасная ($>1-2$ ХПДЗ) и безопасная (12-17% населённых мест, <1 ЕПДЗ).

2. Социальная среда обитания урбанизированного индустриального региона имеет выраженные депрессивные свойства, предопределяемые следующими процессами: высокий уровень психологической общей и трудовой тревожности населения (>40 баллов по Спилбергу), наличие и частые подъёмы безработицы (от 2% до 9%), низкий уровень жизни населения, высокая внутренняя и внешняя региональная трудовая миграция населения (30 человек/1000 населения), депрессия промышленности в малых и средних городах (50-80% промышленных объектов), большой удельный вес работающего населения (45-60%) с нерациональным и напряженным (80-85%) режимом дня (раннее начало – 7-8 часов и большая продолжительность – 7-8 часов рабочего дня), большой удельный вес работающего населения с вредными привычками (65-70%) и нездоровым образом жизни (75-80%).

3. Общественное психическое здоровье населения урбанизированного индустриального региона с наличием активных депрессивных процессов, характеризуется волновыми свойствами хронодинамики психической заболеваемости, большой распространённостью психических расстройств среди населения (6-е ранговое место в общей заболеваемости из 17 ($500,9 \pm 11,8$ случаев на 10 000), большой поражённостью психическими расстройствами взрослого (>18 лет) населения ($531,7 \pm 12,5$ случаев) и, особенно, пострадавшего от чернобыльской аварии ($933,3 \pm 11,8$ случаев на 10 000), более высокой распространённостью психических расстройств среди городского, чем среди сельского населе-

ния (на 67,9% случаев), а также подросткового ($364,6 \pm 7,9$ случаев на 10 000), чем детского ($330,2 \pm 5,5$ случаев на 10 000) населения. Общественное психическое здоровье имеет выраженную территориальную зависимость, распределяясь на 4 статистически достоверных стандартных уровня по частоте возникновения психических расстройств: максимальный ($76,3 \pm 2,5$ случаев), средний ($53,9 \pm 1,3$ случаев), ниже среднего ($41,1 \pm 1,8$ случаев) и минимальный ($22,9 \pm 2,4$ случаев), ему свойственны высокая инвалидизация ($5,8 \pm 0,1$ случаев) и стойкая смертность населения (0,38% случаев).

4. Имеется высокая зависимость динамики частоты возникновения первичных случаев психических расстройств населения от её исходного и общего количественного уровня: при высоком и вышесреднем общем уровне частоты возникновения первичных случаев наблюдается три типа динамических кривых – быстроволновой (2-3 года) с высокими подъёмами (15-18%) и глубокими (17-19% случаев) спадами; медленноволновой (3-5 лет) с инертными высокими подъёмами и низкими (7-8% случаев) пролонгированными спадами и устойчивый с медленными и продолжительными (4-6 лет) мелковолновыми подъёмами и спадами (3-5% случаев). При низком и очень низком уровне частоты первичных психических расстройств отмечается два типа динамических кривых – ступенчатое и плавное медленнотемповое изменение частоты возникновения случаев заболеваний. Особенности динамики и уровня психических расстройств населения предопределяются структурой и сочетанием установленного спектра экзогенных факторов риска.

5. Расстройства психики являются одной из ведущих причин инвалидизации населения и занимают 5-6 ранговые места из 13 причин с показателями 3,2 случаев (первичная заболеваемость) и 4,5 случаев (распространённость) на 10 000 человек. Хронодинамическая 10-летняя кривая инвалидизации населения по причине психических расстройств имеет вид устойчивой растянутой параболы, как результата превалирования прогрессивных патологических процессов над регрессивными в данном виде заболеваемости.

Частым исходом психогенной инвалидности является смертность населения, которая занимает среди всех причин 11 ранговое место из 16 с показателем 6,3 случаев на 100 000 населения. Показатель смертности устойчив и длительное время (30 лет) удерживается в пределах 2,4-11,0 случаев на 100 000 человек.

6. В формировании расстройств психического здоровья населения принимают активное участие 6 групп экзогенных факторов риска, которые по величине индекса относительного риска располагаются в следующей ранговой последовательности: социально-бытовые и семейно-психологические – 1-е место, $RR=16,50$; образа жизни – 2-е место, $RR=12,98$; алиментарные – 3-е место, $RR=2,27$; профессиональные – 4-е место, $RR=2,19$; макроэкономические и общественно-психологические – 5-е место, $RR=1,91$; экологические – 6-е место, $RR=1,70$.

10. Ведущая значимость в формировании расстройств психического здоровья населения принадлежит следующим ключевым монофакторам экзогенного риска: не комфортное по многим параметрам жилище ($RR=47,8$), высшее об-

разование (RR=43,3), одиночество (RR=16,7), одинокое материнство (RR=7,41), семья с проблемными детьми и конфликтная семья (RR=5,6), страдание алкоголизмом (RR=69,7), страдание наркоманией (RR=16,1), страдание бессонницей (RR=13,5), некачественный рацион питания (RR=2,67), экологически нечистые продукты питания (RR=2,19-2,44), интеллектуально и эмоционально напряжённый труд (RR=3,16-3,20), высокая (>30 баллов по Спилбергу) психологическая тревожность в обществе (RR=2,6), высокая трудовая (>20-30 чел./1000) миграция и безработица (>10%, RR=1,95-2,0), высокий (>ПДУ) валовый уровень нагрузки химических веществ на экологическую среду (RR=2,9), высокая концентрация (>ПДК) в питьевой воде свинца (RR=2,3) или комплекса макроэлементов, относящихся к тяжёлым металлам (RR=2,3).

11. Высокая результативность системы охраны и оптимизации психического здоровья населения может быть достигнута при её построении на основе 8 организационных принципах, вытекающих из закономерностей формирования психического здоровья и комплекса из 6 групп экзогенных факторов психогенного риска.

12. Эффективная профилактика аффективных психических расстройств и депрессивных состояний населения достигается на основе полифункциональной технологии с базовым и подкрепляющим оздоровлением, дифференцированным по группам психического риска: умеренного, среднего и высокого.

У пациентов с депрессивным состоянием, прошедших курс оздоровления по полифункциональной технологии с базовым однократным и подкрепляющим оздоровлением улучшаются функциональные показатели ЦНС и сердечно-сосудистой системы, исчезают симптомы депрессивной триады и в течение 1,5-2-х лет не отмечаются их рецидивы.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Эпидемиология и детерминизм психических расстройств населения урбанизированного региона: Монография / Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Студзинский О.Г., Коктышев И.В. // Донпринт. – 2013 – 312 с. (*Главы 3-13, подготовил монографию в печать*)
2. Эпидемиология болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека в условиях современного Донбасса. Монография / Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Студзинский О.Г., Коктышев И.В. // Донецк: Донбасс – 2012. – 164 с. (*Главы 2-7, подготовил монографию в печать*)
3. Агарков В.И. Общие закономерности частоты возникновения болезней, связанных с расстройством психики и поведения у населения современного Донбасса / Агарков В.И., Евтушенко Е.И. // «Україна. Здоров'я нації». – 2011. - № 2 (18). – С.39-43 (*Диссертант выполнил анализ данных, подготовил статью*)
4. Агарков В.И. Современные закономерности возникновения и распространения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, у населения Донбасса, пострадавшего от Чернобыльской аварии / Агарков В.И., Евтушенко Е.И. // Університетська клініка. - 2011. – Т. 7, № 2. – С. 177-180. (*Диссертант выполнил анализ данных, подготовил статью*)

5. Агарков В.И. Закономерности частоты возникновения и распространения болезней, связанных с расстройством психики и поведения населения при макроэкономических кризисах в условиях крупного промышленного региона / Агарков В.И., Грищенко СВ., Евтушенко Е.И. // Медичні перспективи. – 2011. – №4 – С. 1-4. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил статью)*
6. Агарков В.И. Современные закономерности инвалидизации и смертности населения по причине болезней, связанных с расстройством психики и поведения в условиях Донбасса / Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Коктышев И.В. // «Питання експериментальної та клінічної медицини» збірник статей. – 2012. – Т. 16, № 4. – С. 273-277. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил статью)*
7. Общие закономерности возникновения и распространения болезней среди населения современного Донбасса» / Агарков В.И., Грищенко СВ., Северин Г.К., Николаенко В.В., Беленская Л.Н., Евтушенко Е.И. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – №2-3.– С. 24-27. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил статью)*
8. Агарков В.И. Закономерности частоты возникновения и распространения болезней, связанных с расстройством психики и поведения городского взрослого населения в условиях урбанизированного крупного промышленного региона / Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Коктышев И.В. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. –2012. – №1. – С. 81-83. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил статью)*
9. Агарков В.И. Технология оптимизации психического здоровья и профилактики депрессивных состояний у работников монотонно и эмоционально напряженных видов труда/ Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Коктышев И.В. // Сучасні медичні технології. – 2013. – №2. – С. 5-6. *(Диссертант выполнил исследование, подготовил статью)*
10. Агарков В.И. Оценка профессиональных факторов риска психического здоровья населения в современных условиях жизнедеятельности/ Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Коктышев И.В. // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – 2013. – №2. – С. 8-11. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил статью)*
11. Закономерности возникновения и распространения психических расстройств среди детского населения в условиях современного Донбасса / Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Мустафина А.А., Кудымов П.В. // Здоровье ребенка. – 2013. – №8(51). – С. 61-64. *(Диссертант выполнил анализ данных, подготовил статью)*
12. Агарков В.И. Технология профилактики нервно-психических расстройств депрессивного характера у работников монотонно-напряженных видов труда / Агарков В.И., Евтушенко Е.И. // В сборнике материалов научно-практической конференции с международным участием «Проблемы организации управления, маркетинга санаторно-курортных услуг, актуальные вопросы курортологии, физиотерапии, медицинской реабилитации и современные методы диагностики, лечения и реабилитации психических и соматических заболеваний»

тических расстройств психогенного происхождения», г. Харьков, 2012 – С. 14-15. (*Диссертант выполнил исследование, подготовил тезисы*)

13. Принципы и технологические формы охраны психического здоровья населения в условиях социально-экономической и экологической депрессии : Методические рекомендации / Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Студзинский О.Г., Коктышев И.В. – Донецк, «Донпринт», 2013. – 24 с. (*Разработка рекомендаций, подготовка в печать*)

АННОТАЦИЯ

Евтушенко Е.И. Закономерности формирования, экзогенные факторы риска и принципы охраны психического здоровья населения в условиях урбанизированного региона. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности - 14.02.01 – гигиена. – Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького МЗ ДНР. Донецк. – 2017.

Работа посвящена вопросам установления качественных характеристик техногенной экологической и депрессивной социальной среды обитания, закономерностей формирования уровня и динамики развития психического здоровья, выявлению состава и степени значимости широкого спектра психогенных факторов риска экзогенной природы. Это позволило сформулировать принципы охраны психического здоровья населения в условиях глубоко урбанизированного и индустриализированного региона с депрессивными экологическими и социальными процессами и разработать технологию оздоровления населения, страдающего депрессивными состояниями и частыми психическими расстройствами аффективной природы и получить положительный результат.

Исследования проведены на материалах Донецкой области. Под психическим здоровьем человека понималось состояние организма в виде отсутствия или наличия нервно-психических расстройств при полном психологическом, социальном и соматическом благополучии человека. Оценивалось психическое здоровье на общественном уровне по данным психической заболеваемости по двум общепринятым и рекомендованным ВОЗ показателям – частоте возникновения и частоте распространения случаев психических расстройств, инвалидности и смертности населения по причине V класса (по МКБ-10) болезней под названием «Расстройства психики и поведения». Для разработки брались все впервые зарегистрированные в текущем году случаи (первичная заболеваемость) и сумма всех первичных и перешедших с прошедших лет случаев заболеваний, связанных с расстройством психики и поведения человека.

Для изучения значимости экзогенных факторов риска для психического здоровья населения использовались три метода: метод парно-сопряжённых (уравновешенных) групп по нескольким признакам (6 групп по 100-150 человек), метод когортных групп для длительного наблюдения за группой населения при ярко выраженном одном факторе риска или пребывающих в условиях длительно действующего фактора риска (70-300 человек в группе). Посредством метода когортных групп изучались большая часть факторов риска: образа жизни, макроэкономических, профессиональных и ряда экологических.

Экологическая среда обитания городского населения урбанизированного и индустриализированного региона характеризуется выражено техногенными свойствами. Воздушная среда в больших и малых городах с интенсивно функционирующей промышленностью оценивается как опасная.

Социальная среда обитания урбанизированного индустриального региона имеет выраженные депрессивные свойства: высокий уровень психологической общей и трудовой тревожности населения, наличие и частые подьёмы безработицы, низкий уровень жизни населения, высокая внутренняя и внешняя региональная трудовая миграция населения, депрессия промышленности в малых и средних городах, большой удельный вес работающего с нерациональным и напряженным режимом дня, большой удельный вес работающего населения с вредными привычками и нездоровым образом жизни.

Общественное психическое здоровье населения урбанизированного индустриального региона с наличием активных депрессивных процессов, характеризуется волновыми свойствами хронодинамики психической заболеваемости, большой распространённостью психических расстройств среди населения, большой поражённостью психическими расстройствами взрослого населения и, особенно, пострадавшего от чернобыльской, более высокой распространённостью психических расстройств среди городского, чем среди сельского населения, а также подросткового, чем детского населения. Общественное психическое здоровье имеет выраженную территориальную зависимость

Имеется высокая зависимость динамики частоты возникновения первичных случаев психических расстройств населения от её исходного и общего количественного уровня. Особенности динамики и уровня психических расстройств населения предопределяются структурой и сочетанием установленного спектра экзогенных факторов риска.

Расстройства психики являются одной из ведущих причин инвалидизации населения. Хронодинамическая 10-летняя кривая инвалидизации населения по причине психических расстройств имеет вид устойчивой растянутой параболы, как результата превалирования прогрессивных патологических процессов над регрессивными в данном виде заболеваемости. Частым исходом психогенной инвалидности является смертность населения.

В формировании расстройств психического здоровья населения принимают активное участие 6 групп экзогенных факторов риска: социально-бытовые и семейно-психологические; образа жизни; алиментарные; профессиональные; макроэкономические и общественно-психологические; экологические.

Ведущая значимость в формировании расстройств психического здоровья населения принадлежит следующим ключевым монофакторам экзогенного риска: не комфортное по многим параметрам жилище, высшее образование, одиночество, одинокое материнство, семья с проблемными и детьми и конфликтная семья, страдание алкоголизмом, страдание наркоманией, страдание бессонницей, некачественный рацион питания, экологически нечистые продукты питания, интеллектуально и эмоционально напряжённый труд, высокая психологическая тревожность в обществе, высокая трудовая миграция и безработица,

высокий валовый уровень нагрузки химических веществ на экологическую среду, высокая концентрация в питьевой воде свинца или комплекса макроэлементов, относящихся к тяжёлым металлам.

Высокая результативность системы охраны и оптимизации психического здоровья населения может быть достигнута при её построении на основе 8 организационных принципах, вытекающих из закономерностей формирования психического здоровья и комплекса из 6 групп экзогенных факторов психогенного риска.

Эффективная профилактика аффективных психических расстройств и депрессивных состояний населения достигается на основе полифункциональной технологии с базовым и подкрепляющим оздоровлением, дифференцированным по группам психического риска: умеренного, среднего и высокого. У пациентов с депрессивным состоянием, прошедших курс оздоровления по полифункциональной технологии с базовым однократным и подкрепляющим оздоровлением улучшаются функциональные показатели ЦНС и сердечно-сосудистой системы, исчезают симптомы депрессивной триады и в течение 1,5-2-х лет не отмечаются их рецидивы.

Ключевые слова: психическое здоровье, урбанизированный регион, факторы риска.

ANNOTATION

Yevtushenko Y.I. Regularities of formation, exogenous risk factors and principles of psychical health of population care in the conditions of the urbanized region. – The manuscript.

Dissertation on the competition of graduate degree of candidate of medical sciences on speciality 14.02.01 – hygiene– the Donetsk national medical university named after M. Gorky of HM of DPR, Donetsk, 2017.

Dissertation is sanctified to the problem of establishment regularities of formation of psychical health of population in the conditions of the depressed social and ecological living environment. Found that the life of population occurs in the conditions of the widely-urbanized and industrialized region, where a more than 90% population dwells in cities. They lead an urban lifestyle in the conditions of the depressed socio-economic situation with a technogenic ecological environment. An ecological environment has the large gross loading due to harmful industrial extrass (about 65,3 tone/of kilometre²), contains in air space the large number of protractedly above-ground harmful for an organism chemicals in a concentration higher of MPC. The psychical health of population is characterized by wave properties of psychical morbidity, large prevalence of psychical illnesses (500,9±11,8 cases on 10 000 persons), by higher prevalence them among victims from a radioactive accident and urban population. For a psychical health high disability, resistant and not high mortality of population, and also expressed territorial-resistant dependence is characteristic. 6 groups of exogenous factors of psychogenic risk take an active part in forming of psychical health. High effectiveness of psychical health of population care can be attained during her organization on the basis of 8 organizational attacks, and effective prophylaxis of psychonosemas of highly emotional type at her construction on the basis of 4th

principles. The effective rehabilitation of patients with depressive state is achieved at by passing the recovery using a multifunctional technology base and reinforcing cycle.

Key words: psychical health, urbanized region, risk factors.