

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО

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

диссертация на соискание
ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

Агарков Владимир Иванович

доктор медицинских наук, профессор

*Издание диссертации
претензии по содержанию
с другими изданиями
когда для представления в
диссертационный совет
Ученого совета диссертационного
Составлено Ю.У.*



Донецк – 2017

составлено Ю.У. *DOI: 10.22705*

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ.....	4
РАЗДЕЛ 1. Современное состояние и детерминизм психического здоровья населения (обзор литературы)	11
РАЗДЕЛ 2. Материал и методы.....	28
РАЗДЕЛ 3. Гигиеническая оценка среды обитания.....	39
3.1. Территориально-административные и урбанизационные особенности.....	39
3.2. Климато-географические особенности	41
3.3. Техногенно-экологические особенности	43
3.4. Социально-экономические особенности	54
РАЗДЕЛ 4. Анализ психического здоровья населения	57
4.1. Общие закономерности возникновения и распространения болезней, связанных с расстройством психики и поведения	57
4.2. Закономерности возникновения и распространения среди городского населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения	86
4.3. Закономерности инвалидизации и смертности населения по причине болезней, связанных с расстройством психики и поведения ..	115
РАЗДЕЛ 5. Ключевые экзогенные факторы риска психического здоровья населения	126
5.1. Макроэкономические, макропсихологические и профессиональные психогенные факторы риска	126
5.1.1. Макроэкономические, макропсихологические факторы риска	127
5.1.2. Профессиональные психогенные факторы риска	136
5.2. Экологические психогенные факторы риска	143
5.2.1. Аэрогенные факторы риска	144
5.2.2. Психогенные факторы риска водной среды	150
5.3. Социально-бытовые, семейно-психологические и	

алиментарные психогенные факторы риска	164
5.3.1. Социально-бытовые психогенные факторы риска	164
5.3.2. Семейно-психологические психогенные факторы риска ..	167
5.3.3. Алиментарные психогенные факторы риска	171
5.4. Психогенные факторы риска образа жизни	176
5.5. Психогенная значимость экзогенных факторов	
риска психического здоровья	196
РАЗДЕЛ 6. Принципы и меры охраны психического здоровья и	
профилактика психических расстройств населения	212
6.1. Принципы охраны и оптимизации психического здоровья	212
6.2. Принципы и технология первичной профилактики депрессивных	
и дистрессовых психических расстройств	224
АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ	236
ВЫВОДЫ	251
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	256
ПРИЛОЖЕНИЕ	268

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. К числу самых актуальных проблем современного общества относится проблема общественного здоровья, среди которого особое место принадлежит психическому здоровью [23, 92, 96, 118].

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. Значительный рост характерен для неврозов (61-62 раза) и психозов (50-58 раз) [81, 82, 112]. В настоящее время психические болезни являются тяжёлым бременем для здравоохранения и общества. 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 они войдут в мировую пятёрку болезней [44, 77, 84].

При этом, 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. Особое место в проблеме инвалидизации занимает ранняя инвалидность, формирующаяся у детей и подростков. По данным ВОЗ, дети-инвалиды по причине психических болезней составляют около 2 % населения планеты, а в отдельных странах этот показатель достигает 8-10 %. При этом, отмечается активный рост данной инвалидности. 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. Однако редко учитывается их спектральный состав и ранг по степени относительного и абсолютного риска, не изучается степень риска широкого спектра экзогенных факторов иной природы. При этом, многие авторы особое внимание уделяют не факторам психогенного риска, а факторам факторно-нозологического воздействия на организм человека. Многие экзогенные факторы психогенного риска остаются либо на начальном этапе изучения, либо в «спектральной тени», как мало- или вообще не значимые психогенные детерминанты [66, 89, 119, 124].

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, организации 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 МЗ Украины (протокол №8 от 28.11.2012 года).

Цель исследования. Установить закономерности формирования психического здоровья, определить 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 и экзогенные факторы его риска у взрослого населения в условиях депрессивной социальной и экологической среды обитания.

Предмет исследования. Показатели психического здоровья и виды экзогенных факторов 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 психофизиологические (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, 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.

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 «Технология оптимизации психического здоровья и профилактики депрессивных состояний работников с психогенными факторами риска». Результаты исследований внедрены в деятельность областной клинической психиатрической больницы г. Донецка. 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 общеобразовательных школ.

Личный вклад соискателя. Автором проведен патентно-информационный поиск, аналитический обзор литературы, сформулированы цель и задачи исследования, проведен широкий 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 комплексная статистическая обработка заболеваемости и смертности населения с психическими расстройствами, сформулированы и систематизированы меры охраны психического здоровья, предложена технология оздоровления пациентов с депрессивными состояниями и проведена её экспериментальная апробация, корреляционным и сравнительным методами в натурном наблюдательном эксперименте изучены зависимость частоты возникновения и распространения психических расстройств от экзогенных факторов 6 разных групп и проведен анализ полученных результатов. По архивным данным статистической 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 по методике диссертационной работы, сформулированы частные и общие выводы исследований. Диссертантом не использованы идеи и результаты исследований соавторов публикаций.

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.),

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.

РАЗДЕЛ 1

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ДЕТЕРМИНИЗМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

К числу самых острых проблем современного общества относятся проблемы здоровья. В этом контексте особую важность представляют исследования здоровья, поиск его критериев, анализ факторов риска, разработка профилактических программ [1, 2, 3, 4, 7, 14]. В современных исследованиях выделяется биомедицинский, социальный и гуманитарный подходы к изучению здоровья. В рамках биомедицинского подхода здоровье определяется через отсутствие болезней не только телесных, но и душевных. В исследованиях превалирует установка на диагностику и лечение заболеваний. Акцент делается на симптоматические проявления, которые отодвигают на второй план причины психосоматического, психического и социального характера, лежащие в основе болезни [6, 10, 20, 21].

В последнее время в этом подходе различают понятия нарушение, болезнь и здоровье. Нарушение – это состояние организма, при котором дезорганизованы структуры или функции. Болезнь – это субъективное переживание такого нарушения. Здоровым индивид является до тех пор, пока у него не появились отклонения от нормы, или пока он не испытывает беспокойства, боли, страха, связанного с болезнью. Критерием здоровья представляется оптимальное функционирование органов и систем. Человек рассматривается как некая конструкция, функционирующая в рамках определённых параметров и описываемая рядом характеристик. Выход какой-либо подсистемы из заданных параметров означает нарушение, которое влечёт за собой болезнь. В рамках социального подхода к здоровью человека акцент делается на изучение общественного здоровья: демографических тенденций, заболеваемости различными видами болезней, смертности в различных возрастных группах, количества и качества трудоспособного населения, отношения к здоровью и к здравоохранению, экономико-социальных средств к

обеспечению здоровья. Анализируются политические, идеологические, экономические, исторические, социальные, культурные и другие факторы, воздействующие на общественное здоровье на национальном, международном и глобальном уровнях. Человек в рамках такого подхода рассматривается как общественная единица, а его здоровье – как ресурс для оптимального функционирования на благо социума. Критерием здоровья в этом случае выступает социальная эффективность жизнедеятельности человека. В качестве мер по улучшению общественного здоровья предлагается совершенствование политики государства в сферах, связанных с обеспечением здоровья населения [30, 33, 36, 44, 57, 63, 68, 113, 136, 137].

Современные гуманитарные представления о здоровье отличает то, что они связаны не только с негативным пониманием здоровья как «здоровье от» – в случае свободы от болезни, но и с пониманием как «здоровье для» – в случае возможности действовать, реализовывать себя как здорового человека. В разрабатываемых гуманитарных концепциях здоровье анализируется как в познавательной, так и в аксиологической проекциях и рассматривается как комплексный объект, обеспечивающий устойчивое развитие и саморегуляцию человека на различных уровнях: физическом, психическом, социальном и духовном. В центре гуманитарных исследований находится целостный человек в качественном своеобразии своих физических, психических, социальных и духовных проявлений. Возможностями саморегуляции при таком подходе обладают не только молодой и здоровый человек, но и тот, кто ограничен с точки зрения физического и психического здоровья. Критерием здоровья в гуманитарном его понимании является полноценная жизнь, развитие и саморегуляция человека как биосоциального существа в современном мире и обществе. Такой ценностный подход подчёркивает личную ответственность человека за своё здоровье и благополучие. Человеку предоставляется право выбора стратегии сохранения и укрепления своего здоровья [32, 33, 37, 41, 56]. В этом аспекте начинают выходить на передовые позиции механизмы эмоциональной саморегуляции организма, предопределяющие состояние

психического здоровья человека как составной части здоровья человека [23, 96, 97, 98, 114, 118]. При этом, как правило, анализируется заболеваемость по отдельным нозологиям психических расстройств. Большинство количественных оценок индивидуального и общественного здоровья и болезни опираются на анализ заболеваемости, смертности, потери трудоспособности, обращаемости за медицинской помощью. В мировой практике применяются различные единицы, которые используются как критерии здоровья населения. Такие единицы получают разные наименования – «год здоровой жизни», «здоровый год». Широко используется «пересчитанный по качеству год жизни», а также «пересчитанный по инвалидности год жизни» [21, 22, 26, 30, 32, 38, 41].

Однако, ключевыми показателями общественного психического здоровья остаются данные заболеваемости, инвалидности и смертности. При этом, регистрируются достаточно большие показатели психических расстройств. Так, в Российской Федерации в 2000-х годах регистрируется психическая заболеваемость на уровне 16,5%, а среди подростков 6,5% случаев от общего числа заболеваний. Показатель психической заболеваемости среди детского населения (0-14 лет) составляет на 100 000 человек 800 случаев, а среди подростков (15-17 лет) более 1 300 случаев. В структуре общей заболеваемости психические расстройства составляют около 3 % и занимают 10-11 ранговые места в различных возрастных группах детского населения. В динамике данной заболеваемости отмечаются колебания с тенденцией незначительного подъёма [53, 54, 87].

Большинство современных авторов отмечают рост числа больных психическими заболеваниями как среди детского, так и среди взрослого населения [40, 41, 44, 45, 49, 50, 120, 122, 126]. Продолжается рост различных форм психических нарушений, среди которых особое значение имеют девиантные и «рисковые» формы поведения. Подъём пограничных психических расстройств и психосоциальной дезадаптации среди детского и подросткового населения связывают с различными формами отклоняющегося поведения: криминального, аутоагрессивного, аддиктивного и другого. И, тем не менее,

при наличии достаточно большого количества работ по данной проблеме, многие вопросы по причинам роста психических расстройств современного человека остаются не выясненными [58, 60, 63, 65, 68, 71, 74]. При этом, отмечаются существенные и принципиальные расхождения в методологических и методических подходах в оценке психического здоровья человека, особенно, в кризисные периоды развития организма, что обуславливает расхождение данных о частоте и распространённости различных форм патологий [70, 71, 72, 73, 74]. В последние годы уделяется большое внимание эпидемиологическим исследованиям заболеваемости психическими расстройствами. Однако, публикуемые данные весьма разноречивы, так как на показатели распространённости этих болезней оказывает большое влияние организационная структура психиатрической службы [74, 76, 77, 79, 80, 81]. В настоящее время, приобретают характер кризиса существенные и быстрые перемены в картине психического здоровья населения в большинстве стран мира, особенно, это относится к последней четверти 20-го века. Так, в 15 экономически наиболее развитых странах показатель распространённости психических болезней за период в 93 года (1900-1993 гг.) вырос в 10 раз и составляет 303,7 на 10 000 населения. Особенно, значителен рост неврозов (в 61,7 раз), алкогольных психозов (в 58,2 раза), олигофрении (в 30 раз) [81, 82, 84, 117].

В современный период отмечаются неблагоприятные перемены в общей картине психического здоровья населения. Во-первых, происходит значительный рост нервно-психических болезней, прежде всего тех, которые являются наиболее характерной нервно-психической реакцией на психический стресс. Это, в первую очередь, неврозы, посттравматические стрессовые расстройства, психосоматические расстройства, характерологические и патохарактерологические реакции, а также реактивные психозы, патохарактерологическое развитие, депривационное развитие личности. Резко увеличивается число психических расстройств, связанных с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. У детей сирот развивается «синдром сиротства» в

виде депривационной депрессии и аутизма, задержки психического развития. Отмечается рост постинфекционных психических расстройств, особенно в связи с распространением СПИДа, учащаются случаи врождённой психической патологии, в частности, врождённого слабоумия. Частым явлением становится «алкогольный синдром плода» и «эмбриональный алкогольный синдром», которые выражаются в умственной отсталости в виде ряда физических дефектов. Считается, что частота таких синдромов в развитых странах иногда достигает до 35% случаев. Кроме этого, в условиях экономически отсталых стран часто наблюдается «психический синдром бедности» в виде отсталого психического развития детей при плохом питании, уходе и воспитании [25, 28, 29, 102, 104, 105, 106, 108, 110, 111].

Во-вторых, в современных условиях и ритме жизнедеятельности человека наблюдается увеличение частоты обострения тяжёлых форм психических болезней, таких как шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз.

В-третьих, в настоящее время часто наблюдается «эффект изменённого видосодержания болезненных психологических переживаний» в виде спидофобии, радиофобии, навязчивых идей и страхов, что существенно отрицательно сказывается на состоянии психического здоровья человека [30, 31, 32, 37, 40, 44, 45, 62, 77, 78, 127, 128].

В настоящее время психические болезни являются тяжёлым бременем для здравоохранения и общества. По данным ВОЗ, в большинстве стран около 10 % населения страдают тяжёлыми и хроническими формами психических болезней, а ещё у 10% обнаруживаются признаки непсихотических расстройств (невротические состояния, аномалии личности). Установлено, что общий уровень распространённости психических заболеваний из года в год увеличивается. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году психические расстройства войдут в мировую пятёрку болезней-лидеров [44, 77, 84]. Так, по данным министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в 2009 году в этой стране зарегистрировано 7 366 646 случаев психических

расстройств. При этом, наблюдается незначительное снижение этой заболеваемости с 2005 до 2008 года в среднем на 4,1% случаев. В то же время, первичная заболеваемость снизилась на 14,7% случаев. В структуре психических заболеваний хроническая патология обычно составляет 87,3%. Психические нарушения приводят к различным соматическим нарушениям и инвалидизации населения. Обычно в России в структуре причин инвалидности психические расстройства составляют около 3%. Инвалидизация по причине психических расстройств характеризуется рядом выраженных особенностей, которые касаются длительности, стабильности, степени тяжести и динамики. Так, инвалидность по причине психических расстройств характеризуется самой большой продолжительностью: 80% этих больных инвалидизируются в трудоспособном возрасте, 23-25% в возрасте до 29 лет, 45%- от 30 до 45 лет. Причём, подавляющее число инвалидов с психическими болезнями сразу признаются инвалидами 1 и 2 группы, а 90% таких инвалидов остаются ими пожизненно. Для таких инвалидов свойственны плохая социальная приспособляемость, слабая трудовая установка и отсутствие стойких трудовых навыков, трудность трудоустройства и реабилитации (показатель реабилитации составляет 1-3% случаев). В структуре инвалидности подавляющую часть составляют больные шизофренией (40% случаев), эпилепсией (10-13% случаев) и умственной отсталости (32% случаев). Особое место в проблеме инвалидизации занимает ранняя инвалидность, формирующаяся у детей и подростков. По данным ВОЗ, дети-инвалиды составляют около 2% населения планеты, а в отдельных странах она достигает 8-10%. При этом отмечается рост ранней инвалидности. Показатель ранней психической инвалидности (возраст от 0 до 17 лет) находится в пределах 43,5 случаев на 10 000 человек. При этом, данная патология лидирует среди причин детской инвалидности, составляя 29,6 случаев [12, 13, 17, 21, 22, 31, 40, 45, 46, 49, 51, 57, 62, 68, 77, 81].

Существуют большие региональные особенности психической заболеваемости и инвалидности населения, особенно, детского. Так, на территории России, почти на всей центральной части, распространены

расстройства органического генеза и шизофрения с частотой заболеваемости на среднем уровне, а Урал и юго-запад Сибири являются центром распространения шизотических расстройств и шизоаффективных психозов [17, 28, 38, 104, 110, 111].

Большинство современных авторов, изучающих факторы риска психического здоровья, выделяют 4 группы психогенных факторов: биологические, социальные, природно-экологические и образа жизни. При этом, особое внимание уделяется социально-экономическим факторам риска для психического здоровья. Среди этих факторов выделяют социально-экономический статус человека, условия труда и быта, а также некоторые параметры образа жизни. Однако, профилактические программы, направлены, как правило, только на укрепление общего здоровья и профилактику соматических болезней, связанных с психическими расстройствами. При этом, некоторые авторы особое внимание уделяют не факторам психогенного риска, а формам факторно-нозологического воздействия на организм человека. При этом, акцентируется внимание на трёх типах воздействия: первый тип воздействия – биомедицинские технологии, способные сохранять и укреплять здоровье; второй тип – технологии, которые только отрицательно влияют на здоровье; третий тип – воздействие технологий, которые расширяют биологические возможности организма [63, 66, 70, 72, 74, 79, 89, 94, 102, 110, 111, 119, 131]. Как высокоактуальная проблема, поднимаемая в настоящее время, – влияние тех или иных экологических факторов на психическое здоровье человека. Экологические факторы рассматриваются как факторы малой и средней интенсивности, действующие продолжительное время и вызывающие преимущественно неспецифические психические нарушения типа невротоподобных и негрубых психических изменений. Изучаются экологические факторы, в основном, радиологические, транскультуральные факторы техногенных и природных катастроф. В указанных условиях отмечается рост числа психосоматозов, причиной которых, преимущественно, являются не сами экологические факторы, а их последствия, то есть дистресс.

При этом, регистрируются специфические особенности психических расстройств в виде соматотропизма, то есть сочетания психических, соматических и невротических изменений за счёт синергизма широкого спектра экзогенных факторов, а не только экологических. Только в последнее время появилась эволюционно-популяционная (экологическая) парадигма в исследованиях состояния психического здоровья [5, 6, 8, 14, 18, 20, 47, 48, 115, 124]. Многие авторы считают, что в формировании психических расстройств большое значение имеет вредное влияние различных экзогенных факторов: профессиональная деятельность, нервное напряжение, волнение, страх, плохие условия жизни и некоторые природно-экологические факторы. Среди экзогенных факторов выделяется физическое воздействие на организм человека. Здесь, прежде всего, акцентируется внимание на черепно-мозговой травме, как с механическим повреждением костей черепа, так и при сотрясении мозга без механического повреждения. Основной причиной возникновения психических расстройств при внешней травме считается механизм развития травматической деградации психики [8, 12, 14, 16, 18, 19, 20]. К физическим факторам также относят действие резких колебаний температуры, то есть большие перепады температуры. Повреждающим воздействием в этом случае являются резкие приливы крови к головному мозгу с последующим значительным повышением внутричерепного давления [8, 14, 18, 19, 20, 47, 48, 112].

Большое место в нарушении психического здоровья населения многие авторы отводят разнообразным интоксикациям. В этом случае речь идёт как о действии на организм химических веществ неорганического и органического ряда, так и о неопределённых по составу ядах, ядовитых растениях и испорченных пищевых продуктах. Здесь особая роль отводится алкогольным отравлениям, как яду, специфично действующему на нервную систему. При этом, считается, что речь идёт не о собственно алкогольном, а о металкольных расстройствах психики по механизму аутоинтоксикации, связанных с алкогольным отравлением. Исследования показывают, что даже незначительные

приёмы алкоголя (10-15 г спирта) значительно изменяют поведение человека, тормозят интеллектуальное функционирование, ослабляют устный счёт. Считается, что алкоголь выступает не как возбуждающий, а как угнетающий яд. Особенно плохо алкоголь действует на психическое здоровье стариков и детей. Особенно разрушающе на психическое здоровье действуют алкогольные напитки, приготовленные на неочищенном спирте: денатурат, одеколон, спиртные лаки, самогон. При этом, в результате хронического алкогольного отравления развивается психическая дегенерация человека.

Алкоголь также рассматривается как яд, играющий большую роль в формировании эпилепсии. Судорожные припадки часто возникают у людей, впервые в состоянии опьянения и резко заканчиваются при прекращении употребления алкоголя. В этом отношении особенно опасным психогенным фактором считается полынная водка (абсент), распространённая во Франции. Ещё большее значение в формировании эпилепсии отводится алкоголю, когда он действует на внутриутробный плод. Пьянство родителей является одной из очень частых причин судорожных припадков у детей. Эти факты установлены и клинически и экспериментально на животных. Среди потомства алкоголиков большой процент слабоумных, эпилептиков, психопатов, душевнобольных и преступников.

На фоне глубокого алкогольного истощения организма и нарушения обмена веществ активно развивается церебральный атеросклероз, лежащий часто в основе первичных проявлений шизофрении, истерии и других психических расстройств [9, 30, 31, 43, 48, 77, 86, 82, 104, 129, 130].

Кокаин, эфир и морфий, как указывают многие авторы, вызывает аналогичные с алкогольными нарушения психического здоровья. Все эти вещества ведут к более быстрому, чем алкоголь, привыканию организма с последующей тяжёлой психической деградацией человека, особенно антисоциального порядка – эгоизм, лживость, безнравственность, воровство. Кокаин, эфир и морфий формируют своеобразную картину делирия, как исхода интоксикационного воздействия этих веществ на организм, так и нарушения

функционирования вегетативной нервной системы.

Особым фактором психогенного риска выступает отравление организма индийской коноплей. При этом, острое отравление при курении анаши формирует картину повышенного самочувствия с обильными и яркими галлюцинациями. В дальнейшем это состояние приводит к привыканию организма и реакциям, свойственным при наркомании [25, 46, 52, 66].

Аналогичные нарушения психического здоровья характерны для некоторых снотворных препаратов из группы веронала (веронал, трионал, меминал), а также хлоралгидрата. Эти вещества быстро приводят организм к привыканию и формированию психической дегенерации как и делириозные состояния [66, 77, 84, 97, 101].

Большое значение в нарушении психического здоровья отводится многими авторами отравлениям организма, связанным с профессиональной деятельностью человека. Сюда входят, прежде всего, отравления бензином, ртутью, свинцом, марганцем, окисью углерода. Для отравлений окисью углерода характерны угарные психозы. Для ртутного отравления свойственны такие психические расстройства, как пугливость, дрожание, саливация, психические расстройства, напоминающие клиническую картину энцефалита.

Близкая картина нарушений психического здоровья наблюдается и при свинцовом отравлении. При отравлении человека марганцем наблюдаются психические нарушения в виде клинической картины паркинсонизма, а отравление бензином, зачастую, проявляется в виде истерических припадков [14, 24, 31, 32, 41, 55, 60, 89, 121, 122].

Большую роль, как считают некоторые авторы, в нарушении психического здоровья населения играют разного рода инфекции. Это, прежде всего, относится к возбудителям таких инфекций, как сыпной и брюшной тиф, грипп, рожа, пневмония. В остром периоде этих и других инфекционных болезней в 15-20 % случаев наблюдаются делириозные состояния с массовыми галлюцинациями и двигательным возбуждением. Многие инфекции ведут к поражению нервной системы с характером корсаковского психоза, а также в

виде психической слабости и депрессии. При этом, очень часто ослабляется память и нарушается интеллектуальная деятельность. Особую роль в нарушении психического здоровья играют такие инфекции, как эпидемический энцефалит, туберкулёз и сифилис. Наиболее значимую этиологическую роль в формировании психических расстройств играет сифилис. Это предопределяется его достаточно широкой распространённостью и тем, что он сильно поражает центральную нервную систему. Из большой группы психических расстройств, связанных с сифилисом, прежде всего, следует отметить прогрессивный паралич душевно помешанных, который составляет около 10 % всех психических расстройств. Очень часто сифилис приводит к слабоумию и психозам в виде галлюцинозов и параноидов.

Большая роль сифилиса отмечается и в этиологии эпилепсии. Это связывается, преимущественно, с органическими изменениями в мозге, которые вызываются сифилисом. Очень велика роль сифилиса в психической заболеваемости детского населения. Здесь особое значение принадлежит врождённому сифилису, когда это инфекционное заболевание передаётся плоду как от матери, так и от отца. Из 100 детей с врождённым сифилисом 70 умирает до одного года, а остальные страдают тяжёлыми нервными заболеваниями. При этом, сифилис резко задерживает развитие мозга ребёнка, что проявляется в виде врождённого слабоумия [6, 8, 21, 31, 32, 41, 43, 49, 62]

В качестве экзогенных факторов психогенного характера выступает также широкий спектр соматических болезней, связанных, прежде всего, с нарушением обмена веществ и с агрессивным воздействием факторов внешней среды. Особое значение в нарушении психического здоровья принадлежит ряду экзогенных факторов психологической природы. Психогенный эффект они производят, через изменения в соматике, в вегетативных процессах и в химизме морфо-функциональных процессов организма. Наиболее ярко проявляется психогенная реакция при состоянии испуга. При ситуации, угрожающей жизни человека, развиваются особенно тяжёлые картины страха, резко расстраивающие течение психических процессов. Это явление характерно для

различных ситуаций, связанных с военными действиями, катастрофами и природными бедствиями. В этих случаях отмечается заторможенность корковых механизмов, что может проявляться в виде ступора с полной неподвижностью, остановкой психических процессов и затемнением сознания. У людей с неустойчивой психикой испуг очень часто вызывает истерические припадки.

Сильным психогенным действием обладают такие действия, как шум, ссоры, окрики, грубые физические наказания и угрозы, то есть действия, в основе которых лежит психическая реакция страха [11, 14, 18, 23, 31, 32, 37, 50, 132, 133].

Большое значение имеет психическая травматизация, связанная с сексуальной жизнью, что может формироваться как в разовые, так и в стойкие нарушения психического здоровья человека [24, 27, 31, 37, 50].

Всякое сильное внешнее раздражение, особенно если оно падает на ранимую и чувствительную (ослабленную) нервную систему, не пропадает бесследно. Оно создаёт более или менее значительное возбуждение, на которые накладываются другие возбуждения, и, в конечном итоге, выливается в виде каких-либо нервных комплексов, истерических припадков и невротических состояний. Иногда человеку приходится испытывать действие не одного психогенного фактора, а целого комплекса, то есть попадать в ситуацию психической травматизации. Такие ситуации часто выражаются в форме особого социального положения. К таким психогенно травмирующим ситуациям относятся некоторые профессии, где работник находится в приниженном, подневольном положении (домашняя прислуга, гувернантки и другие), или в худших условиях жизнедеятельности по материальному обеспечению, а также особом семейном положении (положение вдовы или вдовца) [21, 23, 28, 29, 30, 36, 39, 41, 65].

Особенности профессиональной деятельности могут часто выступать в качестве психогенного фактора. К таким профессиональным особенностям относятся, прежде всего, физическое и умственное напряжение. Установлена более высокая психическая заболеваемость инженеров, бухгалтеров и людей

других профессий, выполняющих преимущественно умственную работу. На этой почве часто возникает комплекс психических расстройств в виде неврастений как невроза истощения. В этом случае часто в основе нарушений психического здоровья лежит не нервное напряжение, а общее истощение организма. У многих профессиональных групп работников нарушение психического здоровья формируется не за счёт нервного переутомления, а неблагоприятного режима и условий работы (частые переключения внимания, частая смена производственной обстановки, волнение, высокая ответственность, опасные производственные действия). В этих случаях основным психогенным фактором выступает ситуация длительной психической травматизации человека, в результате чего создаётся стойкое изменение личности, со сдвигом в сторону большой нервности, тоскливости, подозрительности, то есть формируется депрессивное состояние работника [60, 77, 86, 89, 96, 98, 102, 105, 110, 125, 131].

В настоящее время часто обращается внимание на выраженную психогенную активность различных профессиональных вредностей, сопровождающих производственную деятельность человека. Здесь выделяют такие психогенные факторы, как механическая травматизация, большое физическое напряжение, рабочая поза, различные факторы, способные привести к отравлению организма [105, 110, 111].

В настоящее время обращается внимание на повышенную психическую заболеваемость среди медицинских и педагогических работников. У медицинских работников считаются основными психогенными факторами постоянное соприкосновение его со страданиями больного, а также повышенной ответственностью за жизнь больного и страх в условиях работы с отдельными контингентами больных (психические больные, больные с высокоопасными инфекциями).

В связи с постоянным пребыванием в обстановке, требующей постоянного нервного напряжения и переживаний, считается, что формируется повышенное психическое напряжение, ведущее к психическим расстройствам у

педагогов.

К профессиям повышенного риска относятся также ряд производственных групп работников, связанных с выполнением тяжёлой и сложной работы (текстильщики, горнорабочие, химики, металлурги) [91, 94, 97, 99, 102, 105, 109, 110, 111].

Однако, независимо от профессии, нарушения психического здоровья человека могут быть связаны с особенностями психики, а именно при неустойчивой и чувствительной психике психические расстройства могут произойти по причине неблагоприятно складывающейся жизненной ситуации. Так, у сенситивных лиц в результате сложившейся жизненной ситуации психические расстройства могут дойти даже до бредовых концепций. Кроме этого, психические расстройства личности могут формироваться на основе прирождённых или приобретённых качеств организма. Особо часто такие ситуации характерны для лиц с глухотой, слепотой или иными физическими недостатками тела [7, 8, 11, 15, 21, 27].

Достаточно часто расстройства психического здоровья связаны с трудными условиями жизни, особенно с жилищными, при большом количестве жильцов в условиях ограниченного пространства: коммунальное жилище для нескольких жильцов [9; 21; 29; 30; 36; 43; 45; 47; 115; 120; 123].

В настоящее время большое внимание уделяется социальной реабилитации больных, перенесших психические заболевания. Концепция реабилитации и социальной интеграции пациентов с психическими расстройствами предусматривает изменение отношения к людям с психиатрической инвалидностью как хронически недееспособным людям и удовлетворении потребности этих пациентов в выполнении ими определённых правовых полномочий в решении собственных проблем [1, 6, 12, 13, 22, 24, 46, 48, 51, 98, 112, 123, 127].

Современная концепция психосоциальной интеграции больного в общество основывается на комплексном подходе к оценке последствий болезни и установлении реальных возможностей социальной поддержки. Оценка

последствий болезни предусматривает выделение нескольких функциональных сфер: сфера нарушения (категориальный диагноз психического расстройства); сфера ограничения жизнедеятельности (функциональной недостаточности); сфера ограничения социальной активности. На основе показателей функциональных сфер разрабатываются алгоритмы реабилитации. Оценка ресурсов поддержки пациентов в сообществе предполагает установление реальных возможностей общества и его экономики в реализации реабилитационных задач и достижении поставленных целей. В современных условиях реабилитация проводится в три этапа: этап медико-психологической реабилитации; этап психологической реабилитации; этап социальной реабилитации. Современная модель реабилитации обеспечивает системное наблюдение и ведение (психиатрический мониторинг), а также позволяет определять статус пациента как полноправного члена общества [2, 12, 92, 116, 122, 127].

Для включения пациента в реабилитационную группу используются специальные критерии социально-медицинского характера: 1) наличие семьи и возможности после госпитального этапа реабилитации включиться в долгосрочный этап экстрагоспитальной реабилитации; 2) наличие когнитивных и эмоционально-мотивационных способностей включаться в общественную деятельность; 3) наличие возможности у пациента усваивать различные виды деятельности, навыки и умения решать социальные задачи; 4) наличие способностей у пациента достигать реабилитационные цели по повышению уровня его социального функционирования; 5) осознанное добровольное согласие пациента и его родственников на вхождение данного больного в реабилитационную программу; 6) возраст пациента не должен превышать более 60 лет.

Существует широкий спектр форм и методов медико-социальной реабилитации пациентов с психиатрической патологией, которые разделяются на три группы:

1-я группа – индивидуальные и групповые психиатрические методы;

2-я группа – неспецифические формы реабилитационных воздействий;

3-я группа – специфические формы реабилитационных воздействий [1, 2, 12, 117, 127, 128].

В настоящее время начинает достаточно активно развиваться профилактика психических расстройств и поведения человека. Для этого наиболее успешно и эффективно используются методы психогигиены и психопрофилактики. Причём, психотерапевтические методы используются, в основном, для изучения психогенных факторов внешней среды: социальных, производственных и бытовых. Однако, для оптимизации (охраны) психического здоровья и предупреждения возникновения первичных случаев и рецидивов психических расстройств, чаще всего, используются меры психопрофилактики. При этом, изучается нервно-психическое состояние человека преимущественно в процессе трудовой деятельности и в быту. Исследуется также влияние на нервную систему и психику различных внешнесредовых и, особенно, производственных факторов, прежде всего, токсического характера. На этой основе разрабатываются меры психопрофилактики, которые можно отнести к мерам первичной профилактики [1, 2, 9, 14, 22, 24, 39, 42, 112, 114, 115, 127].

Таким образом, проведенный литературный анализ проблем состояния и охраны психического здоровья показывает наличие в изучении этой проблемы существенных пробелов следующего характера:

- по-существу, не используются эпидемиологические приёмы в изучении и поэтому не раскрыты эпидемиологические закономерности уровня, структуры, и, особенно, динамики частоты возникновения и распространения среди населения психических расстройств;
- отсутствуют системность, комплексность, и параллелизм в оценке показателей частоты возникновения и распространения болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека;
- практически не соблюдается методологическое правило одновременной оценки уровня, динамики и структуры психической заболеваемости по двум обязательным показателям – показатель частоты

возникновения (первичные случаи) и показатель распространения;

- часто игнорируются требования при получении относительных статистических величин психзаболеваемости путём расчета их на общепринятых и адекватных, по широте распространения данной патологии, статистических количественных основаниях – 10 000 или 100 000 человек;
- практически не используется главное правило эпидемиологического процесса при изучении психической заболеваемости: анализ процесса по многолетним периодам (5-10-летние) развития и массовости при характеристике частоты возникновения и распространения в человеческой среде болезней, связанных с расстройством психики и поведения, что фактически исключает возможность установления закономерностей в развитии данной патологии во времени;
- отсутствует системность в изучении частоты возникновения и распространения данных болезней среди поименованных дикретивных групп населения: возрастных, социальных, профессиональных, половых, национальных, краевых;
- фактически не устанавливаются закономерности частоты возникновения и распространения психических расстройств среди различных контингентов населения в связи с тем, что исследования этих процессов ведутся на малых и средних количественных группах населения;
- практически на начальном этапе находится процесс системного изучения экзогенного детерминизма болезней, связанных с расстройством психики и поведения;
- терминологическая классификация экзогенных факторов психогенного риска и антириска зачастую ведёт к разнобою в трактовке этиологической значимости экзогенных факторов единой природы;
- фактически не развивается теория и практика первичной и вторичной профилактики болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека.

РАЗДЕЛ 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

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 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 находящиеся в положении безработных или в качестве трудовых внутрирегиональных суточных и недельных мигрантов и проживающих в периоды глубокого экономического спада и подъёма. Кроме этого, психическая заболеваемость изучалась среди отдельных профессиональных, социально-экономических групп населения, а также групп, ведущих различный 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 500-1 000 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, 200 анализов водной среды, 150 анализов почвы и растений. Кроме этого, проведено 110 самохронометражных измерений и заполнено 222 социологические карты 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 100-250 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, прежде всего, для установления зависимости между факторами риска различной природы и показателями частоты возникновения и распространения случаев психических расстройств. При этом, для установления направления и силы связи между факторами риска различной природы и показателями частоты возникновения или частоты распространения использовался коэффициент ранговой корреляции по формуле:

$$r = 1 - \frac{G \sum d^2}{n(n^2 - 1)},$$

(2.1)

где r – коэффициент ранговой корреляции,

d – разность рангов,

n – число пар.

Оценка значимости и направления корреляционной связи оценивалась по следующей таблице:

Сила связи	Показатели прямой связи (+)	Показатели обратной связи (–)
Полная	+1,0	–1,0
Сильная	от +1,0 до +0,7	от –1,0 до –0,7
Средняя	от +0,7 до +0,3	от –0,7 до –0,3
Слабая	от +0,3 до +0,0	от –0,3 до –0,0
Отсутствует	0,0	0,0

Для оценки эффекта действия фактора риска использовался показатель относительного риска, который рассчитывался по формуле:

$$RR = \frac{R_1}{R_2}, \quad (2.2)$$

где RR – показатель относительного риска,

R_1 – заболеваемость населения (когортной группы),

R_2 – заболеваемость населения без фактора психогенного риска (В.А. Медик, М.С. Токмачёв, 2006 г.).

Если $RR > 1$, то возникновение болезни связано с действием данного фактора, если $RR < 1$, то данный фактор действует оздоравливающе, то есть выступает как фактор антириска. Чем больше значение RR , тем выраженнее этиологическая роль фактора риска.

В развёрнутом варианте и в доленом исчислении заболевших лиц формула для расчёта относительного риска выглядит следующим образом:

$$RR = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}, \quad (2.3)$$

где $\frac{a}{a+b}$ – заболеваемость (%) лиц в группе лиц с психогенным фактором риска; a – количество заболеваний; b – количество не заболевших.

$\frac{c}{c+d}$ – заболеваемость (%) в группе лиц без фактора риска, c – количество заболевших, d – количество не заболевших.

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.

Для оценки ситуативной тревожности в обществе использовались метод и шкала Спилберга.

Шкала ситуативной тревожности Спилберга

Суждение	Варианты ответов			
	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
Я спокоен	1	2	3	4
Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
Я внутренне скован	1	2	3	4
Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
Я расстроен	1	2	3	4
Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
Я встревожен	1	2	3	4
Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
Я уверен в себе	1	2	3	4
Я нервничаю	1	2	3	4
Я не нахожу себе места	1	2	3	4
Я взвинчен	1	2	3	4
Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
Я доволен	1	2	3	4
Я озабочен	1	2	3	4
Я слишком возбуждён и мне не по себе	1	2	3	4
Мне радостно	1	2	3	4
Мне приятно	1	2	3	4

Оценка результатов проводилась в соответствии со шкалой (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Шкала оценки уровня среднегрупповой тревожности

Уровень среднегрупповой тревожности	Количество набранных баллов
Тревожность низкая	до 30 баллов
Тревожность умеренная	31-44 балла
Тревожность высокая	45 баллов и более

Социологические исследования проводились по широкомасштабной специально разработанной анкете «Анкета больного с расстройством психики и поведения».

«АНКЕТА БОЛЬНОГО С РАССТРОЙСТВОМ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ»

1. Место проживания: адрес, продолжительность проживания на данном месте
и на других территориях:

2. Пол, дата и место рождения, возраст:

3. Диагноз основного заболевания, дата и возраст установления, наличие
данного заболевания у других членов семьи или близких родственников по
линии отца и матери (братья, сестры, родители):

4. Образование: начальное, среднее, среднее специальное, высшее.

5. Количество законченных учебных заведений: _____

6. Характер протекания обучения в учебном заведении: удовлетворительный,
хороший, отличный, превосходный (медаль, диплом или диплом с отличием):

7. Семейное положение: женат/замужем и сколько лет, холост, разведён и
сколько лет:

-
8. Характер и условия семейной жизни (необходимое подчеркнуть): семья полная (муж, жена, дети); количество поколений в одной семье (1 – муж, жена; 2 – муж, жена, дети; 3 – родители, муж, жена, дети; 4 – прародители, родители, муж, жена, дети); семейные отношения: удовлетворительные (редкие конфликты), неудовлетворительные (конфликты частые), хорошие (конфликтов почти не бывает); дети: количество (1, 2, 3, 4 и более); поведение детей: проблемное (конфликтное) не проблемное (дети послушные и не конфликтные), поведение посредственное.
9. Профессиональная деятельность: профессия, место работы, стаж работы:
-
10. Условия профессиональной деятельности (подчеркнуть): вредные (загазованность, запылённость, шум, холодно, жарко, высокая влажность); характер работы: физически тяжёлая, физически лёгкая, физически подвижная, физически пассивная (сидячая) умственно спокойная, умственно напряжённая, эмоционально напряжённая или не напряжённая; продолжительность рабочего дня: _____ Наличие и частота ночных смен: _____
11. Характер личности пациента до болезни (подчеркнуть): спокойный, умеренно эмоциональный, взрывной, экставерт или интраверт (по возможности).
12. Социально-бытовые условия жизни (подчеркнуть): собственная или наёмная квартира, собственный дом, квартира 1, 2, 3, 4, 5-комнатная, дом на 1, 2, 3, 4, 5, 6 комнат, количество м² на одного члена семьи (вписать) _____ Санитарно-техническое оснащение жилища полное (вода, канализация, отопление) или не полное (что-либо из санитарно-технического оснащения отсутствует); техническое оснащение жилища удовлетворительное или неудовлетворительное (требует большого ремонта).
13. Частота и характер острых заболеваний различного вида в течение года до установления диагноза основного (расстройства психики) заболевания: 1, 2, 3,

4

и

более:

14. Наличие иного, кроме основного (расстройства психики) хронического заболевания (имеется, не имеется), его диагноз и возраст установления):

15. Образ жизни до установления заболевания, связанного с расстройством психики (подчеркнуть):

- занятие спортом (да, нет, вид спорта):

- постоянные или частые занятия оздоровительной физкультурой: не занимается, занимается следующими видами – бег трусцой, ходьба частая, прогулки, утренняя гимнастика, закаливание водными процедурами (подчеркнуть);

- ежедневный отдых: физически пассивный, иногда физически активный, постоянно физически активный;

- отдых в период отпуска: постоянно или чаще всего в домашних условиях; на длительный период времени (1 и более недели) выезд в курортную зону (море, лесная или горная зоны) – постоянно, часто;

- закаливание водными процедурами (проводится, не проводится), воздушно-климатические ванны проводятся в летний период постоянно или редко;

- сон ночной: ночной сон хороший и продолжительный (5, 6, 7, 8 часов), хороший, но не продолжительный (3-4, 4-5 часов), сон плохой с бессонницей постоянной, частой, редкой;

- бессонница: плохое засыпание, частое прерывание сна, плохое засыпание и частое прерывание сна;

- сон дневной: постоянно, иногда, не бывает;

- вредные привычки: имеются, не имеются. Имеются в виде: курения, злоупотребления спиртными напитками, продолжительных просмотров телевидения, продолжительной работы на компьютере, продолжительных компьютерных игр, игр на игровых автоматах, употребления наркотических

веществ, употребление слабоалкогольных или стимулирующих напитков (указать, каких): _____ вдыхание наркотических паров (указать, каких) _____ бесконтрольное частое употребление лекарственных препаратов: болеутоляющих, сосудорасширяющих, противовоспалительных (указать): _____

- курение не интенсивное (до 10-20 сигарет в сутки), интенсивное (20-40 и более сигарет в сутки); сигареты с фильтром или без фильтра; крепкие или слабые; дорогие марки или не дорогие (подчеркнуть);
- употребление алкоголя: редкое (не более 1-2 раз в месяц), частое (2-3 раза в неделю), очень частое (ежедневное, не менее 4 раз в неделю); разовое количество алкоголя: не более 100-150 мл, около 200-300 мл, 400 и более мл; вид алкогольного напитка: водка – любая, качественная, самогон; вино – любое, сухое, креплёное; различные алкогольные суррогаты: лекарственные настойки, одеколон и другое: _____

16. Питание до установления диагноза основного заболевания (расстройства психики)

- рацион питания: используются дорогостоящие или дешёвые продукты преимущественно собственного производства или рыночного (торгового);
- наиболее частый состав используемых продуктов:

мясные: постоянно, редко, очень редко или не употребляют;

колбасные изделия: варёные, копчёные, постоянно, редко очень редко;

рыбные: постоянно, редко, очень редко;

молочные: постоянно, редко, очень редко;

фрукты: постоянно в течение года, постоянно в летний период, редко, очень редко;

овощи в виде самостоятельных блюд: постоянно, редко, очень редко;

овощи в составе других блюд: постоянно, редко, очень редко;

макаронные изделия: постоянно, часто, редко, очень редко;

крупяные изделия: постоянно, часто, редко, очень редко;

сладости в виде сахара: постоянно, часто, редко, очень редко;

сладости в виде мёда: постоянно, часто, редко, очень редко;

сладости в виде конфет: постоянно, часто, редко, очень редко;

сладости в виде мороженого: постоянно, часто, редко, очень редко;

напитки в виде чая: постоянно, часто, редко, очень редко;

напитки в виде компота: постоянно, часто, редко, очень редко;

напитки в виде кофе: постоянно, часто, редко, очень редко;

хлеб в больших количествах (батон или буханка в сутки): постоянно, часто, редко, очень редко;

хлеб в умеренных количествах: постоянно, часто, редко, очень редко;

хлеб в малых количествах: постоянно, часто, редко, очень редко;

лук в сыром самостоятельном виде: постоянно, часто, редко, очень редко, не употребляется;

чеснок в сыром самостоятельном виде: постоянно, часто, редко, очень редко, не употребляется;

капуста в виде самостоятельного блюда: постоянно, часто, редко, очень редко, не употребляется;

масло растительное как самостоятельное или составная часть блюда: постоянно, часто, редко, очень редко, не употребляется;

масло сливочное как самостоятельное или составная часть блюда: постоянно, часто, редко, очень редко, не употребляется;

сало как самостоятельное блюдо: постоянно, часто, редко, очень редко, не употребляется;

17. Морфофункциональное состояние больного:

рост: _____ см, вес: _____ кг, окружность груди: _____ см.

АД: _____ мм рт. ст.

ЧП в покое: _____ уд/мин. ЧД в покое: _____,

продолжительность задержки дыхания: на вдохе _____ сек; на выдохе _____ сек.

ЖЕЛ: _____ л.

формула крови: _____

содержание в крови: холестерина _____ моль/л; сахара ____ моль/л.

Все полученные результаты исследования обрабатывались посредством компьютерного пакета и прикладных программ Statistica.

РАЗДЕЛ 3

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СРЕДЫ ОБИТАНИЯ

3.1. Территориально-административные и урбанизационные особенности

Для территории Донбасса в силу существующих географических и исторически складывающихся процессов всегда были характерны краевые особенности промышленно-экономического, экологического, демографического и социального характера. В связи с активным промышленным развитием территории, краевые характеристики Донбасса как крупного экономического региона меняются, формируя особенности жизнедеятельности общества, географическое и экологическое состояние территории, которые существенно влияют на общественное здоровье и отдельные его показатели.

Донецкая область расположена в границах центрального Донбасса и занимает площадь в 26,5 тыс. км², что равняется 4,4% территории Украины. На территории Донецкой области расположены 24 города и 16 сельских районов. Численность населения составляет 4,52 млн. человек, из которых сельского – 431 тыс. Возрастно-половую структуру населения составляют: взрослые (18 и выше лет) – 3,857 млн., подростки (15-17 лет) – 188,63 тыс., дети – 564,22 тыс., женщины – 2,511 млн., женщины фертильного возраста – 1,224 млн. человек. Плотность населения находится на уровне 160-170 человек на 1 км².

Самое большое количество населения регистрируется в трёх больших городах: Донецк – 993,9 тыс., Макеевка – 404,6 тыс., Мариуполь – 495,2 тыс. человек, а также в шести средних городах: Горловка (288,5 тыс.), Краматорск (203,5 тыс.), Артёмовск (107,1 тыс.), Енакиево (140,2 тыс.), Славянск (141,4 тыс.), Харцызск (10,1 тыс.). Во всех остальных городских населённых пунктах количество населения находится в пределах 15,7 (Угледар) – 84,3 (Торез) тысяч человек. Для Донецкой области характерны высокий уровень урбанизации (>90%) городского населения и интенсивная маятниковая миграция.

На территории Донецкой области сконцентрировано около 1800

промышленных предприятий, из которых около 800 относятся к крупным. Здесь развиты базовые отрасли промышленности: угледобывающая, металлургическая, химическая, коксохимическая, машиностроительная, энергетическая и строительная. На территории области эксплуатируется около 300 месторождений, где добывается около 50 видов полезных ископаемых, а плотность сети железнодорожных дорог составляет более 58 км на 1000 км². Суммарная техногенная и антропогенная нагрузка на биосферу территории Донецкой области является самой большой в Украине и в Европе. Среднемноголетний ежегодный валовый выброс производственных и бытовых отходов составляет около 4 млн. тонн.

Для Донецкого региона характерны выраженные демографические особенности – уменьшается население, растёт смертность, снижается средняя продолжительность жизни, ухудшается возрастная и половая структура населения, низкая рождаемость. За последние 4-5 лет (2006-10 гг.) население уменьшилось почти на 2,9%. При этом, снизилось на 1,1% количество взрослого населения, на 8,1% детского, на 21,0% подросткового и на 2,5% женского, в том числе на 4,2% женского фертильного возраста, общая смертность населения находится в пределах 18-18,1 случаев, а младенческая 12,7-13,9 случаев на 1000 населения.

Население Донецкой области испытывает высокий уровень психологического напряжения в связи с резкими колебаниями уровня экономической деятельности региона. По причине резкого экономического спада сильно колеблется уровень занятости населения производственной деятельностью, безработица периодически достигает 10-12%, существует высокий уровень неудовлетворённости населения жизнью и работой (до 38-40%), большое число людей втянуто во внутрирегиональную миграцию по причине трудовой деятельности (до 30%). Среди населения Донецкой области большое удельное число людей находятся в состоянии беспокойства по причине возможной потери работы (до 40-45%).

3.2. Климато-географические особенности

Природная среда Донецкого региона характеризуется большим разнообразием орографии, климата, гидрографии почвы и ландшафтов. Особенно различаются три природно-ландшафтных региона:

1) Северо-степной, охватывающий территорию по обоим берегам реки Северский Донец и северо-запад области;

2) Центральнo-кряжнoй, занимающий наиболее высокую часть (кряж) в центре и на Востоке области, а также западные низменные районы в бассейне реки Волчья;

3) Приморско-степной, располагающийся на юге области и выходящий к побережью Азовского моря.

Внутри каждого природно-ландшафтного района различают зоны высокой и низкой антропопрессии. К зоне высокой антропопрессии относятся все индустриально-городские агломерации и тяготеющие к ним сельские районы. В этой зоне обычно велика степень хозяйственного освоения территории, природная среда в значительной мере подвергается деградации под действием промышленного и крупного аграрного производства.

К зоне низкой антропопрессии относят территории с небольшой степенью хозяйственного освоения и минимальным освоением природной среды. Такую зону принято считать гигиенически условно чистым экологическим районом. К такой зоне, в частности, относятся следующие сельские районы: Краснолиманский, Александровский, Велико-Новоселковский и Тельмановский.

Северо-степной ландшафтный район характеризуется наиболее мягким и умеренным климатом и благоприятным для человека режимом солнечной радиации (продолжительность солнечного сияния составляет 1900-2000 часов в год). По интегральному индексу патогенности погоды Северо-степной природно-ландшафтный район относится преимущественно к умеренно раздражающему району, то есть к району с почти оптимальным климатом. К

таким районам относятся, прежде всего, Краснолиманский, Славянский и Александровский сельские районы. Эта территория имеет самую развитую в Донбассе речную сеть (р. Северский Донец с притоками) и покрыта хвойными, смешанными и широколиственными лесами, которые, в основном, занимают левый берег р. Северский Донец, а его правые притоки имеют луговую и пойменную растительность.

Менее благоприятные природно-климатические условия характерны для территории Центрально-кряжного района. Здесь более суровый и континентальный климат, частая повторяемость суховейных ветров, более частые высокие морозы, более часты туманы и пасмурные дни, высокая степень эрозированности почвы, не очень благоприятный для человека режим солнечной радиации. Вся территория Центрально-кряжного региона занята различными по характеру антропогенными ландшафтами – промышленно-жилищными (около 25-30%), сельскохозяйственными (50%), промышленно-бытовыми (более 20%). Природно-климатические условия проживания населения в Центрально-кряжистом регионе оцениваются как неблагоприятные. Исключение составляет лишь сельский Волновахский район, занимающий менее 10% территории данного региона.

Самыми экстремальными и неблагоприятными для здоровья населения являются природно-климатические условия Приморско-степного региона. Данный регион, несмотря на близость Азовского моря, имеет наиболее континентальный климат. Для этой территории характерны большие открытые пространства с ровным рельефом, отсутствие значительных лесных массивов (не более 3,2% площади), самые большие удельные величины эрозированных земель, здесь выпадает наименьшее количество атмосферных осадков, часты ветреные дни, высоко напряжённый режим солнечной радиации, достаточно редко пасмурные дни. Данный регион относится к наиболее засушливым и воддефицитным территориям Донбасса. Около 15% площадей находятся под населёнными пунктами, промышленно-хозяйственными объектами и горнодобывающими объектами. Более 10% территории занято ландшафтами

промышленного и бытового загрязнения. Поэтому, только один сельскохозяйственный Тельмановский район относится к условно чистой территориальной зоне, а остальные (около 80%) – к загрязнённой. Степень патогенности погоды Приморско-степного региона по интегральному индексу (19-22 баллов) относится к раздражающей и приближается к границе острой погоды (>25 баллов).

3.3. Техногенно-экологические особенности

Ежегодный валовый выброс вредных веществ в атмосферу на территории Донецкой области составляет около 50 кг на одного жителя или около 140 тонн на 1 км². На Донецкую область приходится около 37% всех выбросов загрязняющих веществ в воздушный бассейн Украины. При этом в 90-х годах XX-го столетия чёрная металлургия продуцировала около 40%, энергетика – 30%, транспорт – 10%, отопление и теплоснабжение – 10%, угольная промышленность – 8%, строительная индустрия – 1%, а прочие производства – на уровне 1% вредных выбросов.

В 2000-х годах существенно изменилась структура выбросов во внешнюю среду за счёт увеличения транспортных выбросов, в связи с чем современная структура загрязнений окружающей среды имеет следующий вид: 25% – чёрная металлургия, 20% – энергетические, 40% – транспортные, 8% – отопления и водоснабжения, 5% – угольные, 1% – строительные, 1% – прочие.

Техногенная нагрузка на экологическую среду неодинакова в различных городах и сельских районах. Максимальный уровень техногенной нагрузки составляет $3680,4 \pm 201,7$ (1890,5 – 22500,8) тонн/км² валовых выбросов вредных веществ в год и характерен для 10 городов (Мариуполь, Донецк, Енакиево, Макеевка, Горловка, Краматорск, Дружковка, Дебальцево) и 2-х сельских районов (Старобешевского и Марьинского). Средний уровень техногенной нагрузки соответствует $65,3 \pm 5,7$ (73,4 – 1568,9) тонн/км² валовых выбросов вредных веществ в год и наблюдается, чаще всего, в следующих городах и

сельских районах: Артёмовск, Дзержинск, Селидово, Торез, Славянск, Харцызск, Снежное, Шахтёрск, Константиновка и Волновахский сельский районы.

Минимальный уровень техногенной нагрузки равняется $11,5 \pm 0,9$ (5,0-38,0) тонн/км² в год и регистрируется в большинстве сельских районов административной области.

Большую техногенно-антропогенную нагрузку испытывают водоёмы Донецкой области. В реки и водохранилища области сбрасываются ежегодно более 2 млн. м³ загрязнённых стоков, что равняется 24% всех сбросов в водоёмы Украины. Основными загрязнителями водоёмов являются предприятия металлургии, химической и угольной промышленности, а также энергетики и теплоснабжения, а также системы ливневой и бытовой канализации, стоки с сельскохозяйственных угодий. Большинство рек Донецкой области относятся к категории загрязнённых и очень загрязнённых. В воде практически всех рек области регистрируются высокие концентрации солей в связи со сбросом, прежде всего, высокоминерализованных шахтно-рудничных вод, с которыми в реки попадает около 2500 тыс. тонн солей в год. Кроме этого, в водоёмы сбрасывается более 20 тыс. тонн взвешенных веществ, 18 тыс. тонн нитратов, около 7 тыс. тонн органических веществ, 2 тыс. тонн азота аммонийного, а также других вредных веществ.

Для Донецкой области характерны большие накопления не утилизированных токсичных промышленных отходов, количество которых зависит от величины населённого пункта, уровня его индустриализации и характера промышленности. Максимальные объёмы не утилизированных промышленных отходов находятся в пределах $1208,5 \pm 189,4$ тыс. тонн/км² и характерны для таких городов, как Донецк, Мариуполь, Макеевка, Горловка, Енакиево, Торез, Шахтёрск. Среднего уровня объёмы не утилизированных промышленных отходов составляют $240,1 \pm 58,3$ тыс. тонн/км² и свойственны таким городам, как Дебальцево, Снежное, а также Старобешеву, Марьинка, Волноваха, Ясиноватая. Минимальные величины накопления не

утилизированных токсичных промышленных отходов наблюдаются в некоторых средних (Славянск, Артёмовск) и большинстве малых городов, а также сельских районных центрах и составляют $5,31 \pm 0,98$ тыс. тонн/км².

Ключевой составляющей экологической среды является атмосферный воздух. Во всех 19 крупных городах Донецкой области каждый третий анализ атмосферного воздуха ($34,5 \pm 2,1\%$) не отвечает гигиеническим нормам. Уровень загрязнения воздушной среды зависит от уровня индустриализации городов и прилегающих сельских территорий, характера и интенсивности функционирования промышленного производства и количества автомобильного транспорта. Поэтому, наиболее высокое качество воздушной среды регистрируется на периферийных территориях и отдалённых от больших индустриальных центров сельских районов, таких, как Краснолиманский, Александровский, Славянский, Великоновоселковский, где удельный вес анализов с превышением ПДК находится в пределах 5,3-15,4%. В то же время, воздушный бассейн сельских районов, прилегающих к высокоиндустриализованному Мариуполю, таких, как Первомайский, Володарский, Волновахский, характеризуется достаточно существенным загрязнением воздушной среды (34,1 – 39,4% проб с повышенным содержанием ПДК).

В атмосферном воздухе большинства городских населённых пунктов спектр ксенобиотиков на 90-95% составляют восемь ингредиентов: взвешенные вещества (15% проб), оксид углерода (около 30%), диоксид серы (около 20%), оксиды азота (около 6%), углеводороды (около 5%), сероводород (около 4%), аммиак и фенол (3,5%).

Особую роль в загрязнении воздушного бассейна Донецкой области играет канцерогенный ксенобиотик 3-4 бензапирен. В воздушном бассейне промышленных городов его концентрации превышают ПДК в 2,3-15,8 раз. Самые высокие концентрации бензапирена регистрируются в городах Донецк (15,8 ПДК), Мариуполь (12,6 ПДК), Макеевка (11,2 ПДК), Енакиево (10,2 ПДК), Краматорск (9,7 ПДК), Дружковка (8,1 ПДК), Горловка (7,8 ПДК). Небольшие

концентрации бензапирена регистрируются в воздушной среде таких городов, как Снежное, Харцызск, Артёмовск, Торез, Шахтёрск, Селидово, а минимальные концентрации, не превышающие ПДК, характерны для сельских районов, особенно таких, как Краснолиманский, Александровский, Славянский, Великоновоселковский, Амвросиевский и Тельмановский. Причём, самые высокие концентрации в воздушной среде бензапирена наблюдаются в зимний период года.

Большую роль в загрязнении воздушного бассейна Донецкой области играют взвешенные вещества (химически активная многокомпонентная пыль), на долю которых в среднем приходится 15-20% всего объёма атмосферных выбросов. Средние многолетние концентрации взвешенных веществ в большинстве городов и сельских районов Донецкой области превышают среднесуточную ПДК по городам в 2,9 раза (концентрация $0,43 \pm 0,05$ мг/м³), а по сельским районам – в 1,8 раза (концентрация $0,27 \pm 0,08$ мг/м³). Важнейшим загрязнителем воздушного бассейна Донецкой области является оксид углерода – СО. Наибольшая среднегодовая концентрация СО отмечается в воздушном бассейне следующих городов: Макеевка ($19,5 \pm 1,6$ мг/м³, 6,5 ПДК), Енакиево ($16,5 \pm 1,8$ мг/м³, 5,5 ПДК), Дружковка ($14,9 \pm 0,9$ мг/м³, 4,9 ПДК), Мариуполь ($12,7 \pm 0,9$ мг/м³, 4,2 ПДК), Донецк ($12,1 \pm 0,8$ мг/м³, 4,0 ПДК). Самое низкое содержание СО в воздушной среде наблюдается обычно в городах Артёмовске ($4,8 \pm 0,4$ мг/м³, 1,6 ПДК), Шахтёрске ($5,7 \pm 0,5$ мг/м³, 1,9 ПДК), Дебальцево ($5,9 \pm 0,5$ мг/м³, 2 ПДК). Среднегородское значение оксида углерода составляет $8,3 \pm 0,9$ мг/м³, 2,8 ПДК.

В сельской местности наиболее высокие средние многолетние концентрации углерода, существенно превышающие ПДК, регистрируются в атмосфере Володарского ($10,5 \pm 0,5$ мг/м³, 3,5 ПДК) и Первомайского ($10,2 \pm 0,8$ мг/м³, 3,4 ПДК) районов. Наименее загрязнён оксидом углерода атмосферный воздух периферийных сельскохозяйственных районов: Краснолиманского, Великоновоселковского и Александровского.

Одним из наиболее опасных ксенобиотиков, регистрируемых в

воздушной среде Донецкого региона является диоксид азота (NO_2 , 2-3 класса опасности). Средняя многолетняя концентрация NO_2 в городской воздушной среде составляет $0,11 \pm 0,01 \text{ мг/м}^3$, 2,7 ПДК), а в сельской местности – $0,55 \pm 0,04 \text{ мг/м}^3$, 1,4 ПДК). В наибольшей степени воздушный бассейн загрязнён диоксидом азота в городах Енакиево, Дебальцево, Горловка, Макеевка, Донецк, Мариуполь, а также в сельских районах: Володарском, Первомайском, Волновахском, Новоазовском.

Постоянными ксенобиотиками воздушной среды являются соединения серы (диоксид серы – SO_2 , 3-й класс опасности и сероводород – H_2S , 2-й класс опасности). В наибольшей концентрации эти вещества отмечаются в атмосфере таких городов и сельских районов как Енакиево, Мариуполь, Макеевка, Донецк, Старобешевский, Марьинский, Волновахский и Первомайский районы, а наименьшие концентрации сернистых соединений характерны для городской воздушной среды Артёмовска, Снежного, Тореза, Харцызска, Селидово, Шахтёрска и сельских районов Краснолиманского, Александровского, Великоновоселковского и Тельмановского.

Специфическими загрязнителями воздушного бассейна ряда городов Донецкой области выступают фенол (2-й класс опасности) и аммиак (4-й класс опасности). Эти ксенобиотики характерны для атмосферного воздуха лишь девяти городов Донецкой области: Донецка, Горловки, Дзержинска, Енакиево, Мариуполя, Константиновки, Краматорска, Макеевки и Славянска.

Кроме ксенобиотиков, постоянно находящихся в воздухе населённых мест, имеются ряд загрязнителей, которые появляются в высоких концентрациях в воздухе периодически и только в некоторых городах. К таким веществам относятся ртуть, свинец (1-й класс опасности), марганец, формальдегид, фтористый водород, синильная кислота (2-й класс опасности). Так, ртуть фиксируется в воздушной среде только г. Горловки, где имеется Никитовский ртутный комбинат. Значительное содержание марганца отмечается в воздухе Донецка, Макеевки, Мариуполя, Енакиево, Константиновки и Краматорска, источником которого являются выбросы металлургических

заводов. Фтористый водород также поступает в атмосферу от предприятий чёрной и цветной металлургии, поэтому регистрируется в городах Константиновка, Краматорск, Мариуполь. Высокие концентрации формальдегида регистрируются в воздухе больших городов – Донецка, Мариуполя, Макеевки, а синильная кислота в значительных количествах содержится в воздухе городов Константиновка и Краматорск.

По комплексным показателям (показатель суммарной концентрации – $K_{\text{сум}}$, P – комплексный показатель загрязнения, ИЗА_5 – комплексный индекс загрязнения в составе 5 ведущих ксенобиотиков) загрязнения атмосферы городов и сельских районов Донецкой области дифференцируются по 5 степеням. В первую группу с 5-й (высшей степенью загрязнения) относятся города Донецк, Мариуполь, Макеевка, Енакиево, Горловка, Краматорск, Константиновка, Дружковка. Во вторую группу с 4-й степенью загрязнения относятся города Дебальцево, Дзержинск, Доброполье, Красноармейск. В третью группу с 3-й степенью загрязнения попадают города Селидово, Славянск, Харцызск, Шахтёрск, а также сельские районы – Володарский, Первомайский, Старобешевский, Марьинский, Волновахский. В четвёртую группу со слабой степенью (2-я) загрязнения атмосферы относятся Артёмовск, Снежное, Торез и сельские районы – Амвросиевский, Новоазовский, Шахтёрский, Ясиноватский. В группу территорий с минимальной (1-й) степенью загрязнения входят следующие сельские районы: Краснолиманский, Александровский, Великоновоселковский, Тельмановский, Славянский. Эти территории считаются условно экологически чистыми.

По степени риска для здоровья населения загрязнённой атмосферы городские и сельские территории располагаются в ранговой последовательности, показанной в табл. 3.1 и 3.2. Как видно из таблицы 3.1, первые 4 худшие для здоровья городские территории характерны для городов Енакиево (1-е место), Макеевка (2-е место), Донецк (3-е место), Мариуполь (4-е место), а наиболее благоприятные – для городов Снежное (17-е место), Артёмовск (16-е место), Торез (15-е место).

Таблица 3.1

**Ранговые уровни рейтингового распределения городов Донецкой области
по степени загрязнения атмосферного воздуха**

Наименование городов	Ранговое место	Показатель комплексного загрязнения (Р), усл. ед.	Показатель суммарного загрязнения ($K_{\text{сум}}$), усл. ед.	Средний рейтинг загрязнения
Енакиево	1 (самое худшее)	4	1	2,38 (самый худший)
Макеевка	2	3	2	2,85
Донецк	3	1	3	3,15
Мариуполь	4	2	4	3,62
Горловка	5	7	5	5,15
Дружковка	6	6	6	6,0
Краматорск	7	5	8	6,46
Константиновка	7	8	7	6,46
Доброполье	8	9	10	8,27
Дзержинск	9	10	9	8,62
Дебальцево	10	11	11	9,91
Красноармейск	11	12	13	10,82
Славянск	12	13	12	11,0
Харцызск	13	14	14	12,73
Селидово	14	15	17	13,73
Торез	15	16	16	14,09
Артёмовск	16	17	18	14,55
Снежное	17	18	15	14,73

Сельские районы по степени вредности для здоровья населения загрязнённой воздушной среды распределяются по показателям среднего рейтинга на 14 рангов в последовательности, показанной в таблице 3.2.

Как видно, наиболее неблагоприятная для здоровья воздушная среда характерна для территории Володарского (1-е место), Первомайского (2-е место), Волновахского (3-е место) и Старобешевского районов, то есть сельских районов, соседствующих с южным промышленным анклавом Донецкой области, таким, как Мариуполь. В то же время, наиболее валеологически благоприятными являются территории Краснолиманского, Александровского и Великоновоселковского районов.

Таблица 3.2

**Ранговые уровни рейтингового распределения сельских районов
Донецкой области по степени загрязнения атмосферного воздуха**

Наименование сельских районов	Ранговое место	Показатель суммарного загрязнения ($K_{\text{сум}}$), усл. ед.	Показатель комплексного загрязнения (P), усл. ед.	Средний рейтинг загрязнения
Володарский	1 (самое худшее)	4	1	1,7 (самый худший)
Первомайский	2	3	2	2,5
Волновахский	3	1	3	3,5
Старобешевский	4	2	4	3,7
Марьинский	5	7	5	4,3
Новоазовский	6	6	6	5,6
Ясиноватский	7	5	8	7,3
Шахтёрский	8	8	7	7,6
Амвросиевский	9	9	10	7,8
Тельмановский	10	10	9	9,5
Славянский	11	11	11	10,0
Великоновоселковский	12	12	13	11,5
Александровский	13	13	12	12,1
Краснолиманский	14	14	14	13,0

Исходя из рейтингового распределения городских и сельских территорий по степени загрязнения воздушной среды следует, что атмосфера населённых мест Донецкой области в большей или меньшей степени опасна для здоровья населения.

В условиях большого техногенного прессинга на экологическую среду в силу большой индустриализации Донецкого региона, существенно меняется

состав воды, используемой для централизованного водоснабжения населения. В связи с этим питьевая вода существенно различается по качественному составу на различных территориях Донецкой области. Так, обычно, наименее качественная по химическому составу питьевая вода характерна для городов Красноармейск, Селидово, Шахтёрск, где регистрируется около 39-46% анализов, не соответствующих гигиеническим регламентам. Среди сельских районов, особенно некачественная питьевая вода свойственна для Первомайского, Новоазовского и Волновахского районов, где удельный вес анализов, не соответствующих гигиеническим регламентам (ГОСТу) составляет 88-97%. При этом, жители городов потребляют более качественную питьевую воду в силу, прежде всего, централизованной её очистки, тогда как сельские жители употребляют колодезную воду без специальной очистки. Так, более минерализованную воду употребляют жители села (минерализация выше ПДК в 3,3 раза) и менее минерализованную – городские жители (минерализация выше ПДК в 1,2 раза). При этом, самая высокая минерализация питьевой воды отмечается в районах, расположенных в пределах Приазовской низменности, а самая низкая – в северных и центральных районах Донецкой области.

С минерализацией тесно связан такой показатель качества питьевой воды, как жёсткость. Общая жёсткость воды обусловлена присутствием различных солей, особенно кальция и магния. Наиболее недоброкачественную по химическому составу воду употребляют жители городов Мариуполь, Дружковка, Доброполье, Краматорск, Красноармейск, Константиновка, Шахтёрск, а также сельские жители Первомайского, Володарского, Старобешевского, Марьинского, Волновахского, Амвросиевского и Шахтёрского районов. Все эти территории относятся к зоне повышенной опасности для здоровья населения по химическому составу и загрязнению питьевой воды.

Самую качественную и безопасную по химическому составу и загрязнению воду использует население городов Снежное, Торез, Дзержинск, Дебальцево, а также жители Краснолиманского, Славянского,

Великоновоселковского и Тельмановского районов.

Большое значение в формировании экологической среды Донецкого региона имеет состояние почвы. В Донецком регионе практически все земельные угодья (более 95%) относятся к техногенно изменённым в результате интенсивной эксплуатации промышленностью и сельским хозяйством. Почва городов Донбасса загрязнена химическими вредными веществами. При этом, удельный вес анализов почвы с превышением гигиенических регламентов по тяжёлым металлам, особенно в больших городах с развитой промышленностью, составляет $50,1 \pm 3,8\%$. В сельской местности уровень загрязнения почвы значительно ниже. Здесь количество проб почвы, не вкладывающихся в гигиенические регламенты, равняется $30,8 \pm 5,7\%$. Почвы загрязнены, прежде всего, тяжёлыми металлами и пестицидами. Среди металлов, загрязняющих почву, особо распространены опасные для здоровья ртуть, свинец, медь, цинк, никель, олово.

Почвы Донецкой области по показателю суммарного загрязнения и опасности для здоровья классифицируются по четырём степеням: допустимая (показатель суммарного загрязнения менее 16 у.е.), умеренно опасная (показатель 16-32 у.е.), опасная (показатель 32-128 у.е.), чрезвычайно опасная (показатель более 128 у.е.) Четвёртая степень опасности почв (чрезвычайно опасная) характерна для трёх городов Донецкой области (гг. Горловка, Енакиево, Константиновка), а третья (опасная) для городов Дзержинск, Краматорск, Дружковка, Донецк, Макеевка, Мариуполь, а также для Первомайского и Володарского сельских районов.

Для Донецкого региона характерным является наличие экологически не чистых пищевых продуктов, производимых из местного сырья. Основными загрязнителями пищевых продуктов являются нитраты, пестициды и тяжёлые металлы.

Удельный вес анализов пищевых продуктов с превышением ПДК по нитратам составляет 16,7-23,6%, по пестицидам – 3,1-6,5%, по тяжёлым металлам – 5,1-7,4%.

Для Донецкой области характерны территориальные различия радиационной обстановки. На большей части территории уровни радиации составляют не более 20 мкР/час, в среднем – 13-15 мкР/час. В ряде южных районов, особенно в зоне г. Волноваха, имеются обширные территории с естественным уровнем радиации 28-34 мкР/час и более. Это связано с выходом на поверхность кристаллических пород с повышенным естественным радиационным фоном. Повышенные уровни радиации характерны для восточных районов области, где она достигает 40 мкР/час (с. Левшиково), 52 мкР/час (г. Харцызск). Самые низкие уровни радиации (до 10 мкР/час) свойственны для северной части области. Радиоактивность донных осадков в колодцах питьевой воды на большей части территории Донецкой области составляет в среднем 8-11 мкР/час, то есть она незначительна. Однако, в Амвросиевском и Шахтёрском районах радиоактивность донных осадков колодцев повсеместно составляет 20-46 мкР/час.

Промышленные загрязнения экологической среды оказывают существенное влияние на рост и развитие дикорастущей и культурной растительности Донбасса. Ядовитые газы, загрязняющие атмосферу, действуют на протоплазму растительных клеток и ослабляют фотосинтез (особенно сернистые соединения). Пыль и сажа, оседая на листьях, закупоривают их дыхательные поры и затрудняют проникновение солнечных лучей к хлорофиллу листьев. Под влиянием токсических газов окраска листьев изменяется, они становятся пятнистыми, коричневатыми и бурыми, листья прежде времени опадают, а хвоя рыжеет, сохнет и осыпается. Верхушки древесных стволов теряют листву или хвою, сохнут и отмирают. Особо чувствительны к действию токсических газообразных веществ хвойные и фруктовые деревья, менее чувствительны дубы и белая акация. Загрязнение воздушной атмосферы вокруг металлургических и коксохимических предприятий газами (сернистый, углекислый, сероводород, окислы азота, аммиак), сажой и пылью угнетает прорастание семян, рост и цветение

растений. На земельных участках вблизи таких предприятий показатели развития растений значительно хуже и, обычно, составляют по высоте – 60%, длине листьев – 69%, длине соцветий – 82%, количеству колосков – 70% и весу 1000 зёрен – 37% от показателей в чистых районах. Под влиянием вредных газов и пыли в пахотных слоях почвы повышается содержание окислов железа, меди, хрома, марганца, серосодержащих соединений, сурьмы, свинца. В таких районах значительно снижается урожайность сельскохозяйственных растений: кукурузы на 43%, бобовых – на 36%, зерновых культур – на 26-27%, сахарной свеклы – на 35%.

Загрязнённая экологическая среда негативно сказывается на состоянии здоровья населения, длительно проживающего в подобных условиях. Среди этого населения регистрируется более высокая заболеваемость людей болезнями органов дыхания, эндокринной системы и обмена веществ, системы кровообращения, кожи и подкожной клетчатки, пищеварения и онкологическими, отмечаются более частые нарушения психики, функции ЦНС и других органов и систем, у данного населения расстраиваются процессы роста и развития, а также иммунная система организма.

3.4. Социально-экономические особенности

Жизнедеятельность населения Донецкого региона протекает в депрессивных демографических и социально-экономических условиях. Демографические условия характеризуются активным уменьшением количества населения (на 34-35 тысяч), 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. Так, психологическая напряжённость среди населения достигает 50 баллов по Спилбергу. При этом, этот показатель самый высокий в

малых и средних городах и сильно зависит от уровня безработицы, суточной и маятниковой миграции, инфляции и общего экономического спада.

Самая высокая безработица отмечается в малых городах – до 15-20 %, где наблюдается самый глубокий спад промышленного производства, а минимальная безработица (1-3 %) имеет место в больших индустриализированных городах. В регионе отмечается высокая маятниковая рабочая миграция (около 30 человек на 1000 населения) в силу остановки или закрытия предприятий, прежде всего, в малых и средних городах, поэтому работающее население вынуждено переходить на рабочие места в большие города. Кроме этого, отмечается постоянно растущая инфляция (от 5-15 %) и рост цен на все возможные виды пищевых и промышленных товаров. Очень большую роль в нарушении психологического равновесия в региональном обществе играют процессы, разрушающие традиционный стабильный городской и сельский уклад жизни. Так, резко изменяются устоявшиеся формы и перспективы жизни – около 60-70 % выпускников школ не имеют сформировавшейся установки на будущие формы занятий, а более 40 % взрослого населения тревожит будущее социальное положение, около 55 % работающих людей вынуждены резко менять режим жизни и работы, а более 60 % – вынуждены менять представления о рационе питания, медицинской помощи, формах ежегодного отдыха и устоявшихся моральных ценностях.

Резюме.

1. Современный Донбасс – это глубоко урбанизированный и индустриализированный регион с активной внутренней общей и маятниковой миграцией населения. Вся территория расположена в особом географическом районе (Донецкий кряж) с большим разнообразием орографии, климата, гидрографии, почвы и ландшафтов и разделяется на три природно-ландшафтных части: северо-степная, центрально-кряжная, приморско-степная.

2. Регион плотно заселён и насыщен промышленными объектами, среди которых преимущественную долю составляют предприятия чёрной и цветной металлургии, горной, химической, коксохимической, строительной

промышленности и тяжёлого машиностроения. Земельные угодья региона поддаются интенсивной аграрно-производственной обработке.

3. Экологическая среда региона длительный период подвергается интенсивным техногенным нагрузкам, а её природные характеристики существенно изменены. В воздухе, воде и почве экологической среды региона постоянно присутствуют в больших и малых концентрациях чужеродные биологически вредные химические вещества. Экологическая среда большинства городских населённых мест не обладает оздоровительными свойствами и периодически является фактором риска для здоровья населения.

4. Жизнедеятельность населения Донецкого региона протекает в депрессивных социальных и экологических условиях и характеризуется неблагоприятными демографическими процессами – большая смертность, низкая рождаемость, неблагоприятная возрастная структура населения, малая средняя продолжительность жизни, высокая инвалидизация населения.

РАЗДЕЛ 4

АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

4.1. Общие закономерности возникновения и распространения болезней, связанных с расстройством психики и поведения

По международной классификации болезней X 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 (распространенность болезней, болезненность или общая заболеваемость). Эти болезни особое распространение получили среди населения высокоразвитых стран, отражающих общественное здоровье на этапе развития современной цивилизации. Более того, болезни этого класса особо активно распространяются среди населения высокоиндустриализированных регионов, к которым в Украине относится Донбасс. Поэтому, в данном разделе будут рассмотрены общие закономерности формирования среди населения Донбасса болезней, связанных с расстройством психики и поведения как валеологические параметры, отражающие состояние психического здоровья людей данного крупного промышленного региона Украины.

Как следует из таблицы 4.1, частота первичных случаев психических заболеваний среди населения Донецкой области находится в пределах $40,9 \pm 0,1$ случаев на 10 000 человек. Самый высокий показатель частоты возникновения первичных случаев психической заболеваемости характерен для взрослого населения, пострадавшего от чернобыльской аварии, где он на 55,3% выше среднеобластного показателя. Столь высокий уровень первичной заболеваемости данным видом болезней среди чернобыльского контингента населения, свидетельствует о большой роли в генезе психической заболеваемости населения такого фактора как радиоактивность. 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 10 000 человек.

Таблица 4.1

**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
Среднеобластной показатель (всё население)	$40,9 \pm 0,1$
Взрослое население (18 и более лет)	$40,8 \pm 0,2$
Пожилое население (55-60 лет)	$32,1 \pm 0,4^*$
Все подростки Донецкой области (15-17 лет)	$29,6 \pm 0,5^*$
«Чернобыльцы» (взрослое население)	$62,9 \pm 1,5^*$

Примечание. * – достоверность относительно среднеобластного показателя.

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.

Как свидетельствуют данные таблицы 4.2, первичными расстройствами психики и поведения больше страдает взрослое городское население и значительно меньше – сельское.

Таблица 4.2

**Сравнительные показатели частоты первичных случаев заболеваний,
связанных с расстройствами психики и поведения среди взрослого
городского и сельского населения**

Контингенты населения	Показатели частоты первичных случаев заболеваний, случаи на 10 000 человек
Городское население	39,5±0,4*
Сельское население	27,0±0,5

Примечание. * – достоверно выше.

Так, показатель первичной психической заболеваемости городского населения меньше на 3,4% от среднеобластной 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 (таблица 4.3).

Таблица 4.3

**Сравнительные показатели частоты первичных случаев заболеваний,
связанных с расстройствами психики и поведения среди городских и
сельских подростков**

Контингенты населения	Показатели частоты первичных случаев заболеваний, случаи на 10 000 человек
Городские подростки	29,6±0,2*
Сельские подростки	26,8±0,1

Примечание. * – достоверно выше.

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. Как показано в таблице 4.4, первичная заболеваемость населения болезнями расстройств психики и поведения распределяется на 4 условных уровня, свойственных жителям конкретных городских населённых мест. Так, максимальный уровень первичной психической заболеваемости городского населения находится в пределах $76,3 \pm 2,5$ случаев, средний – $53,9 \pm 1,3$ случаев, ниже среднего – $41,1 \pm 1,8$ случаев, а минимальный – $22,9 \pm 2,4$ случаев на 10 000 человек. Причём, каждый из уровней заболеваемости, как правило, характерен для постоянного населения конкретных городских населённых пунктов.

Как следует из данных таблицы 4.5, аналогичные территориальные различия психической заболеваемости также характерны и для сельского населения. Однако, количественные величины частоты первичных случаев психических расстройств сельского населения по каждому из градационных уровней значительно ниже от таковых среди городского населения.

Таблица 4.4

Территориальные различия частоты возникновения первичных случаев заболеваний, связанных с расстройством психики и поведения среди городского населения

Типичные городские населённые пункты	Уровень первичной заболеваемости	Показатели частоты первичных случаев заболеваний, случаи на 10 000
Ждановка	максимальный	$76,3 \pm 2,5$
Кировское		
Горловка	средний	$53,9 \pm 1,3$ $t_1=8$
Енакиево		
Мариуполь	ниже среднего	$41,1 \pm 1,8$ $t_2=5,8$
Макеевка		
Донецк		
Снежное	минимальный	$22,9 \pm 2,4$ $t_3=6,3$
Авдеевка		

Примечание. t – достоверность различия относительно вышестоящего

показателя.

Таблица 4.5

Территориальные различия частоты возникновения первичных случаев заболеваний, связанных с расстройством психики и поведения среди сельского населения

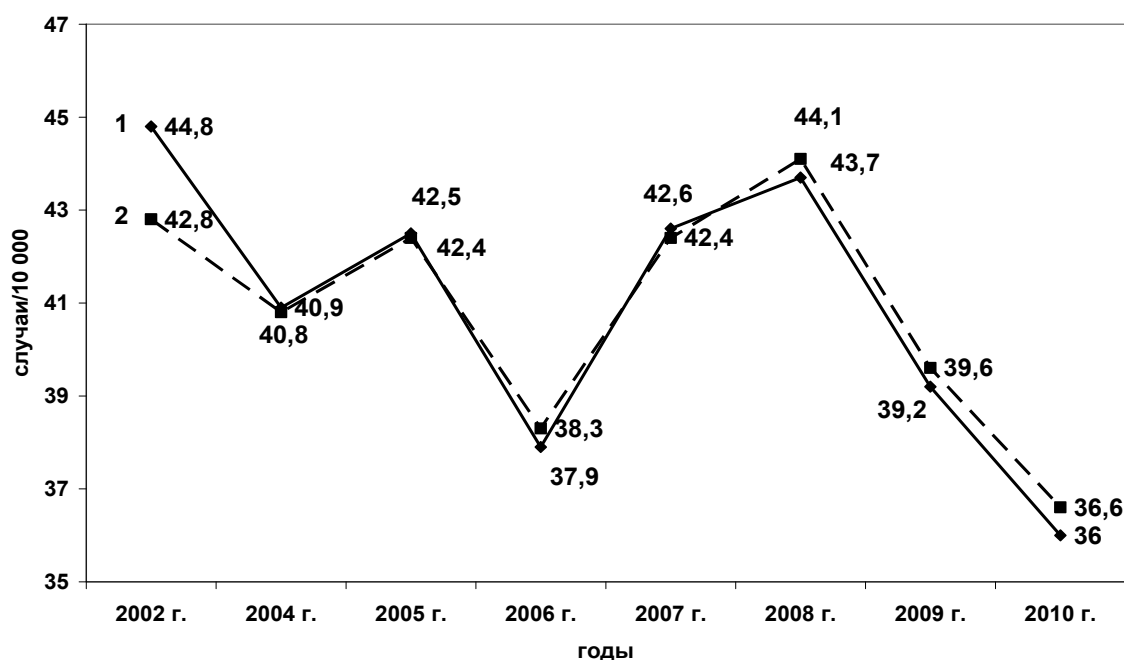
Типичные сельские районы	Уровень первичной заболеваемости	Показатели частоты первичных случаев заболеваний, случаи на 10 000
Волновахский	максимальный	40,5±4,7
Славянский		
Краснолиманский		
Володарский	средний	24,3±1,5 t1=3,3
Марьинский		
Амвросиевский		
Старобешевский	ниже среднего	14,4±1,0 t2=5,5
Новоазовский		
Тельмановский		
Шахтёрский	минимальный	8,2±0,7 t3=5,1

Примечание. t – достоверность различия относительно вышестоящего показателя.

Так, 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%).

Наличие столь выраженных и устойчивых территориальных контрастов частоты возникновения первичных случаев болезней населения, связанных с расстройствами психики и поведения, свидетельствуют о том, что существует значительный экзогенный детерминизм данного класса болезней, формируемый разноспектральным и разнородным составом факторов риска.

Как видно на рисунке 4.1, десятилетняя динамика психических расстройств среди различных 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.

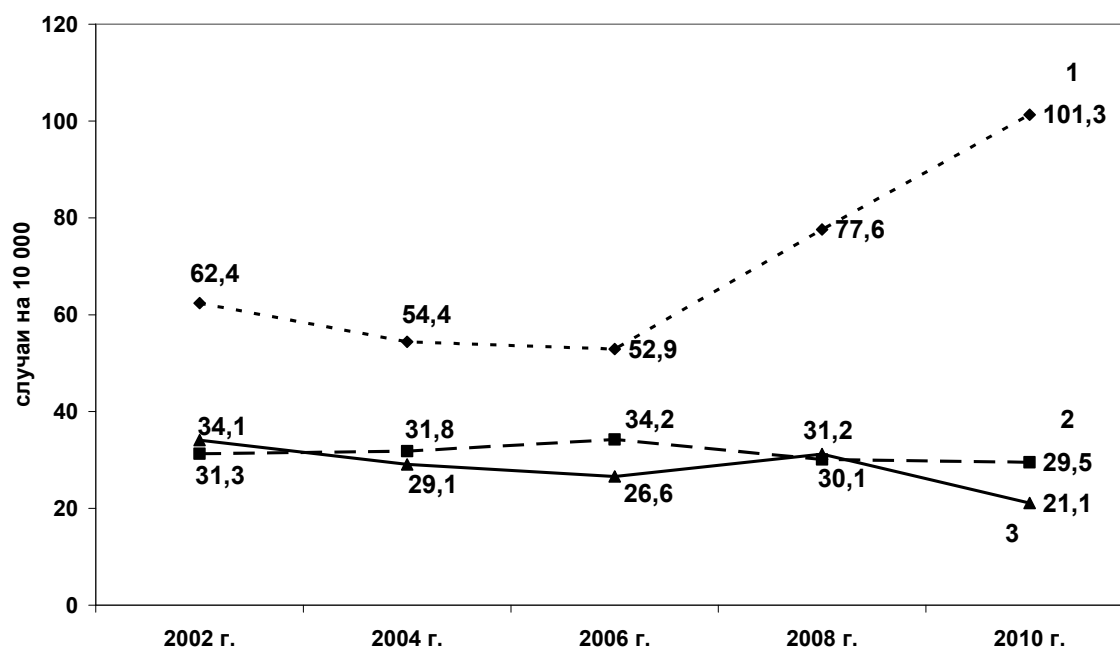


Примечание. Ряд 1 – всё население; Ряд 2 – всё взрослое население.

Рис. 4.1. Динамика частоты возникновения первичных случаев заболевания населения Донецкой области болезнями, связанными с расстройством психики и поведения

Как видно на рисунке 4.2, слабо выраженные волновые процессы 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 выражены волновые свойства 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

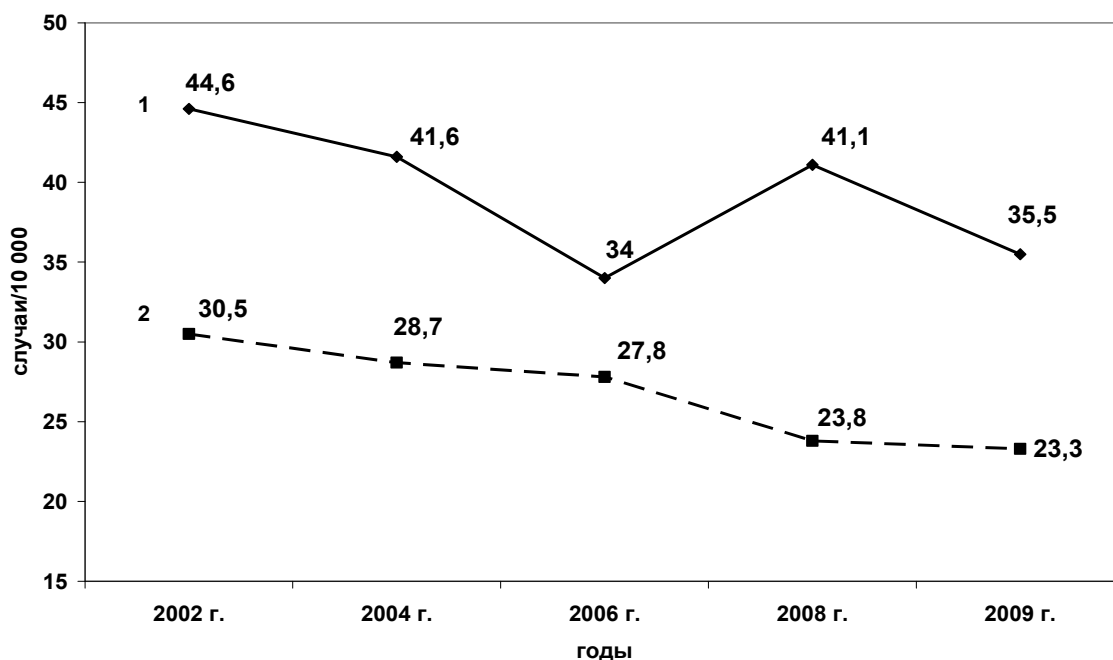
психическими расстройствами выросли к концу десятилетия среди взрослого населения, пострадавшего от чернобыльской аварии, на 24,4-62,3% случаев. Особенно резкий подъём этих болезней произошёл за последние 3 года (2008-10 гг.) В то же время, среди других контингентов населения первичная заболеваемость психическими расстройствами характеризуется тенденцией к некоторому снижению к концу десятилетия. Особенно, эта тенденция характерна для взрослого и подросткового населения.



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

Рис. 4.2. Сравнительная динамика частоты возникновения первичных случаев заболеваний, связанных с расстройством психики и поведения, среди пожилых, «чернобыльцев» и подростков

Как следует из рисунка 4.3, 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 выражено волновой характер с небольшой склонностью к снижению её общего уровня.



Примечание. Ряд 1 – городское взрослое население; Ряд 2 – сельское взрослое население.

Рис. 4.3. Сравнительная динамика частоты возникновения первичных случаев заболеваний, связанных с расстройством психики и поведения городского и сельского населения

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. Поэтому, данный показатель с одной стороны характеризует поражённость населения хроническими и тяжёлыми нозологиями психических болезней, а с другой стороны – более глубоко, чем частота возникновения новых случаев заболеваний, отражает состояние психического здоровья населения.

Как видно из таблицы 4.6, 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 представляется как очень большая, так как 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.

Таблица 4.6

**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 (региона)	$\frac{500,9 \pm 11,8}{(476,9 - 527,5)}$
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 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 $531,7 \pm 12,5$ случаев на 10 000 человек при близкой величине размаха годового колебания от 508,6 до 562,3 случаев.

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 $250,0 \pm 11,9$ случаев на 10 000 человек при величине разброса годового колебания в 35,4 случаев на 10 000 человек. Подобная дифференциация уровня показателя распространённости психических болезней среди различных групп населения, монолитного в социально-экономическом и климатогеографическом отношении региона, свидетельствует о большом значении в распространении болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека в современном урбанизированном обществе играют такие факторы как возраст, условия и образ жизни населения. Причём, по-видимому, особо важную роль в формировании этого класса болезней играет образ и условия жизни человека, о чём красноречиво говорят показатели распространённости психических болезней среди сельского населения. Очень низкие показатели распространённости среди сельского населения расстройств психики и поведения, подчёркивают то, что современный сельский уклад жизни и сельские условия жизнедеятельности являются выраженным фактором антириска психических болезней. О значении образа и условий жизни в формировании психических болезней свидетельствуют также показатели таблицы 4.7.

Таблица 4.7

**Сравнительный уровень частоты распространённости заболеваний,
связанных с расстройством психики и поведения среди различных
контингентов**

взрослого (18 и более лет) населения Донецкой области ($\frac{M \pm m}{V_{\min} - V_{\max}}$)

Контингенты населения	Показатель распространённости болезней, случаи на 10 000
Всё взрослое население Донецкой области	$\frac{531,7 \pm 12,0}{(508,6 - 562,3)}$
Всё городское взрослое население	$\frac{547,7 \pm 7,1}{(527,0 - 564,6)}$
Всё сельское взрослое население	$\frac{371,9 \pm 16,0}{(95,0 - 590,8)}$
Всё взрослое население, пострадавшее от чернобыльской аварии	$\frac{933,6 \pm 19,8}{(718,9 - 1190,4)}$

Как следует из данных этой таблицы 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 чернобыльской 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. Иначе говоря, экзогенные факторы, особенно радиоактивной природы, выступают как сильные детерминаторы психических

болезней населения с адекватной средой обитания.

Подобные особенности распространённости психических болезней характерны также для подросткового населения.

Как следует из таблицы 4.8, самые высокие показатели расстройств психики и поведения свойственны городским подросткам. Среди этих подростков показатель распространённости психических заболеваний выше среднеобластного показателя, характерного для подростков, на 6,4% случаев, а показатель распространённости для сельских подростков он превышает на 47,9% случаев, иначе говоря, больше данной патологией поражаются, так же как и взрослые, городские подростки, что подчёркивает ключевое значение в формировании данного класса болезней городских условий образа жизни человека.

Таблица 4.8

**Сравнительный уровень распространённости заболеваний, связанных
с расстройством психики и поведения различных социальных
контингентов**

подросткового населения Донецкой области ($\frac{M \pm m}{V_{\min} - V_{\max}}$)

Социальные контингенты подросткового населения	Показатель распространённости болезней, случаи на 10 000
Все подростки Донецкой области (15-17 лет)	$\frac{364,6 \pm 8,0}{(343,6 - 384,9)}$
Городские подростки	$\frac{388,0 \pm 6,1}{(370,7 - 408,3)}$
Сельские подростки	$\frac{262,4 \pm 7,5}{(240,5 - 278,4)}$

В структуре заболеваемости населения 18 классами болезней, как видно из таблицы 4.9, 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 распространённости в структуре общей заболеваемости срединную позицию, но с преимущественной тенденцией её повышения, так как величина отставания от вышестоящего класса болезней (травмы и

отравления) несущественна и составляет 0,1% случаев.

Таблица 4.9

Ранговый уровень показателя распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения в структуре общей заболеваемости населения Донецкой области

Классы болезней	Ранг	Удельный вес показателя распространённости болезней, %
Болезни системы кровообращения	1	32,2
Болезни органов дыхания	2	17,3
Болезни органов пищеварения	3	10,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4	5,8
Болезни мочеполовой системы	5	5,4
Болезни глаз и придаточного аппарата	6	4,6
Болезни эндокринной системы	7	4,1
Травмы и отравления	8	3,1
Расстройства психики и поведения	9	3,0
Инфекционные и паразитарные болезни	10	2,8
Новообразования	11	2,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	12	2,4
Болезни нервной системы	13	2,2
Болезни уха и сосцевидного отростка	14	2,1
Беременность и роды	15	0,8
Болезни крови и кроветворной системы	16	0,7
Врождённые аномалии	17	0,3
Другие болезни	18	0,2
Итого		100,0

В тоже время, данный класс болезней заметно превосходит в удельном весе (+0,2%) случаи распространённости инфекционных и паразитарных болезней (10-е место, 2,8%) и, особенно, такие классы болезней, как новообразования (11-е место, 2,5%), болезни кожи и подкожной клетчатки (12-е место, 2,4%), болезни нервной системы (13-е место, 2,2%), болезни уха и

сосцевидного отростка (14-е место, 2,1%), а также, в значительной мере, ещё 4 класса болезней, среди которых болезни крови и кроветворной системы (16-е место, 0,7%) и врождённые аномалии (17-е место, 0,3%).

Следовательно, 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.

В то же время, как видно из данных таблицы 4.10, 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 при незначительном превышении удельной величины класса болезней, располагающегося на 17 ранговом месте (+0,3%) и по частоте возникновения относятся к группе болезней редко появляющихся.

Следовательно, 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 существующих технологий вторичной профилактики и лечебно-восстановительных технологий направленных на полное устранение патологии и восстановление организма, а также на предупреждение рецидивов болезней, связанных с расстройством психики и поведения.

Динамика показателей распространённости среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, как видно из рисунка 4.4, имеет волновой характер с падением уровня к середине последнего десятилетия (2000-2010 гг.) и активным ростом во второй его половине начиная с 2005 года.

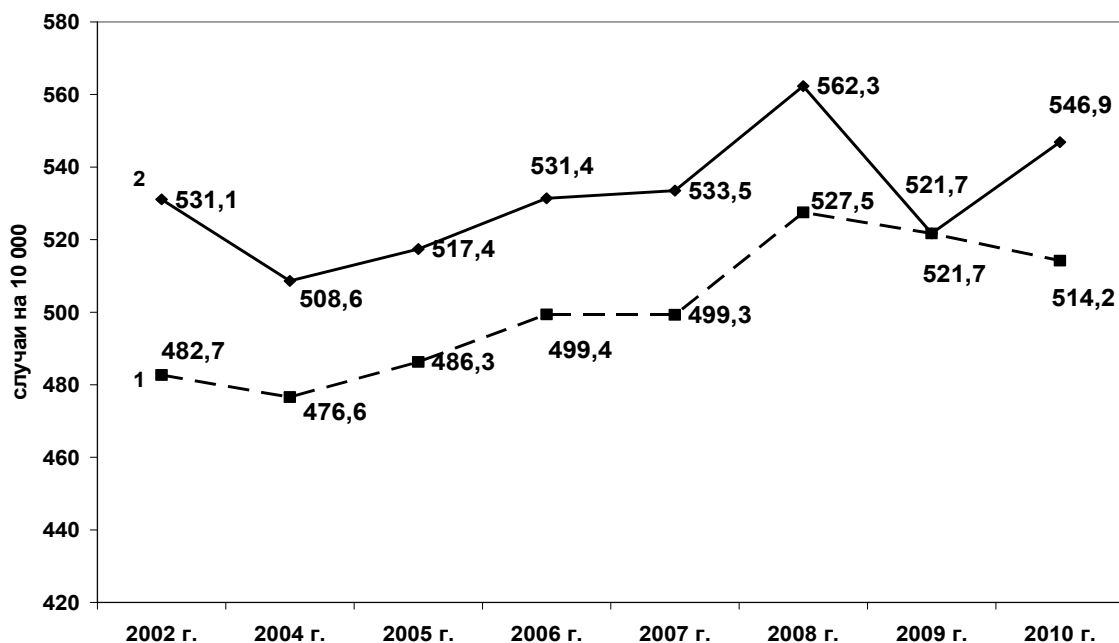
Таблица 4.10

Сравнительные уровни частоты распространённости и возникновения болезней, связанных с расстройством психики и поведения в структуре общей заболеваемости населения Донецкой области

Классы болезней	Удельный вес распространённости болезней		Удельный вес первичной заболеваемости	
	ранг	%	ранг	%
Болезни системы кровообращения	1	32,2	2	9,2
Болезни органов дыхания	2	17,3	1	39,3
Болезни органов пищеварения	3	10,5	10	4,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4	5,8	8	4,8
Болезни мочеполовой системы	5	5,4	4	6,6
Болезни глаз и придаточного аппарата	6	4,6	6	5,1
Болезни эндокринной системы	7	4,1	14	1,4
Травмы и отравления	8	3,1	3	8,0
Расстройства психики и поведения	9	3,0	15	0,7
Инфекционные и паразитарные болезни	10	2,8	7	5,0
Новообразования	11	2,5	13	1,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	12	2,4	5	5,6
Болезни нервной системы	13	2,2	12	1,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	14	2,1	9	4,7
Беременность и роды	15	0,8	11	1,7
Болезни крови и кроветворной системы	16	0,7	16	0,4
Врождённые аномалии	17	0,3	17	0,1
Другие болезни	18	0,2	18	0,4
Итого		100,0		100,0

Рост среди всего населения психических болезней за последние 5 лет (по сравнению с 2004 годом) составил 7,9% случаев (кривая 1), 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. Однако,

начавшийся рост психической заболеваемости среди взрослого населения может быть прогностическим критерием подъёма в ближайшей перспективе также и среднеобластного показателя, так как детерминирующим фактором динамики распространённости данной заболеваемости среди населения выступает заболеваемость взрослого населения.

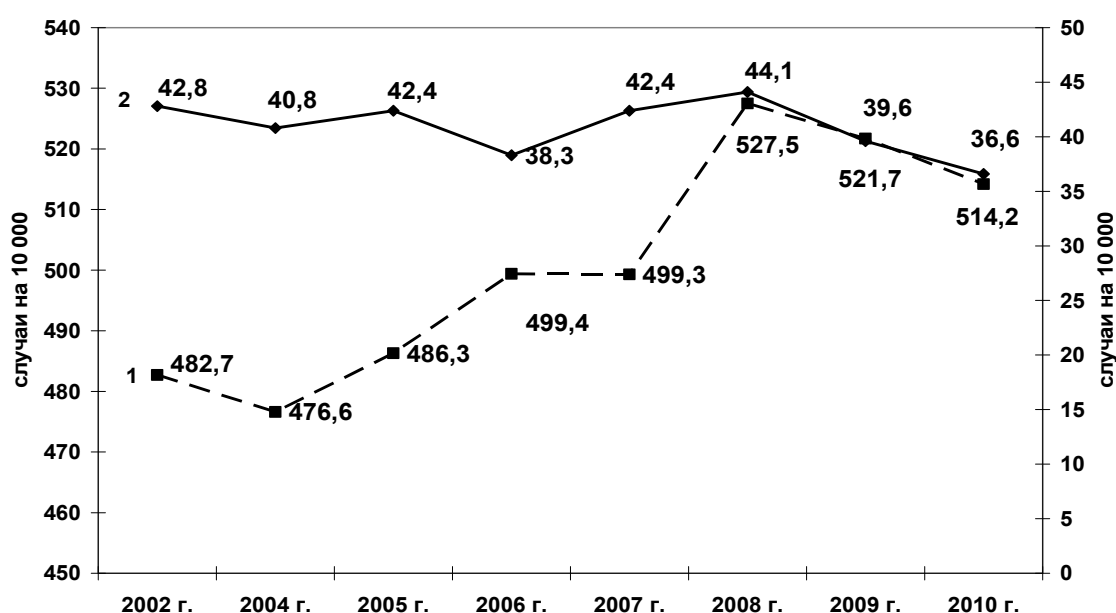


Примечание. Ряд 1 – всё население; Ряд 2 - всё взрослое население.
Рис. 4.4. Динамика показателей распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди населения Донецкой области

В то же время, как следует из рисунка 4.5, существуют значительные различия в динамике развития во времени между показателями частоты возникновения первичных случаев и показателями распространенности 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 36,6-42,8 случаев на 10 000 населения, то есть имеет место достаточно устойчивая стабилизация 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 как за счёт недостаточной эффективности лечебно-профилактических технологий, так и в связи с увеличением доли среди новых случаев тяжёлых неизлечимых форм психических болезней.



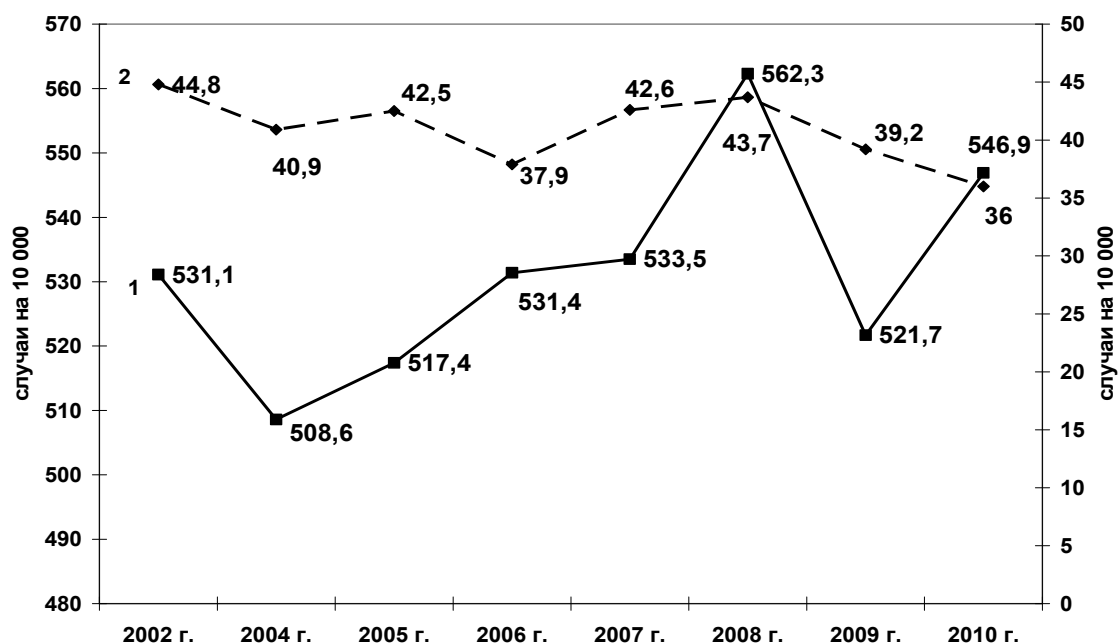
Примечание. Ряд 1 – распространённость болезней среди взрослого населения; Ряд 2 – частота возникновения новых случаев болезней.

Рис. 4.5. Сравнительная динамика частоты возникновения и распространения среди всего населения Донецкой области болезней, связанных с расстройством психики и поведения

Почти аналогичный характер динамического взаимодействия отмечается в динамике времени показателей частоты возникновения первичных случаев и показателей распространённости психических болезней среди сугубо взрослого населения с той лишь особенностью, что показатель первичной заболеваемости активно падает в конце десятилетия на фоне локально начавшегося роста распространённости данных болезней (рисунок 4.6).

Однако, подобная особенность динамики распространённости

психических болезней лишь подчёркивает изложенную полифакторную причинность наблюдаемого диссонанса динамического развития во времени заболеваемости населения, связанного с расстройством психики и поведения.



Примечание. Ряд 1 – распространённость болезней среди взрослого населения;

Ряд 2 – частота возникновения новых случаев заболеваний

Рис. 4.6. Сравнительная динамика частоты возникновения и распространения среди взрослого (18 и более лет) населения Донецкой области болезней, связанных с расстройством психики и поведения

Болезни, связанные с расстройством психики и поведения человека имеют разнообразную этиологию и патогенез. При этом, для этих болезней характерно разнообразное по тяжести и исходам течение. Ряд этих болезней, как правило, является причиной инвалидности и даже смертности человека. Такие нозологические формы психических болезней требуют обязательной диспансеризации страдающих такой патологией пациентов. Обычно такие нозологии относятся к тяжёлым по течению формам психических расстройств, а диспансеризация даёт возможность переводить их в безрецидивную или редко рецидивную форму протекания, что существенно повышает качество и продолжительность жизни таких больных. Закономерности эпидемиологии

заболеваемости населения такими диспансерными, то есть тяжёлыми формами психических расстройств, чаще всего, существенно отличаются от таковых, характерных для общей эпидемиологии болезней, связанных с расстройствами психики и поведения.

Как следует из результатов таблицы 4.11, среднеобластной показатель первичной диспансерной заболеваемости находится в пределах $21,4 \pm 0,2$ случаев на 10 000 человек. При этом, этот показатель изменяется относительно такового для общей психической заболеваемости в 1,9 раза. Показатель диспансерной первичной заболеваемости психическими расстройствами городского населения находится в пределах среднеобластной величины, составляя $21,9 \pm 0,2$ случаев на 10 000 человек. Этот показатель также меньше показателя общей психической заболеваемости городского населения в 1,8 раза. В то же время, показатель диспансерной психической заболеваемости сельского населения ниже соответствующего среднеобластного в 2,1 раза, а от показателя, характерного для городского населения он меньше в 2,15 раза. Показатель первичной диспансерной психической заболеваемости сельского населения также ниже от такового при общей психической заболеваемости в 2,65 раза.

Таблица 4.11

Сравнительные уровни частоты возникновения и распространения среди населения общей и диспансерной заболеваемости, связанной с расстройством психики и поведения (средние показатели за 10 лет – 2000–10 гг.)

Контингенты населения	Показатель первичной заболеваемости, случаи на 10 000 чел.		Показатели распространённости болезней, случаи на 10 000 чел.	
	диспансерная заболеваемость	общая заболеваемость	диспансерная заболеваемость	общая заболеваемость
Всё население Донецкой обл.	$21,4 \pm 0,2$	$40,9 \pm 0,1$	$244,3 \pm 5,0$	$500,9 \pm 11,8$
Городское население	$21,9 \pm 0,2$	$39,5 \pm 0,4$	$262,2 \pm 6,0$	$545,9 \pm 10,0$
Сельское население	$10,2 \pm 0,5$	$27,0 \pm 0,5$	$134,0 \pm 8,2$	$250,0 \pm 11,9$

Среднеобластной показатель распространённости диспансерной психической заболеваемости ниже 2,1 от общего среднеобластного показателя этих болезней и равняется $244,3 \pm 5,0$ случаев на 10 000 человек. Показатель распространённости диспансерной психической заболеваемости городского населения составляет $262,2 \pm 6,0$ случаев на 10 000 человек и превышает среднеобластной показатель среди диспансерных больных на 7,3%, но меньше общего показателя психической заболеваемости городского населения в 2,1 раза.

Самый низкий показатель распространённости диспансерной психической заболеваемости характерен для сельского населения. Этот показатель диспансерной заболеваемости меньше в 1,96 раза, чем среди городского населения и в 1,8 раза от среднеобластной величины этого вида заболеваемости. Однако, показатель распространённости диспансерной психической заболеваемости ниже в 1,9 раза от общего показателя психической заболеваемости ($250,0 \pm 11,9$ случаев), составляя $134,0 \pm 8,2$ случаев заболеваний на 10 000 человек. Следовательно, диспансерная психическая заболеваемость как первичная, так и распространённость всегда значительно (в 1,8-2,1 раза) ниже общей заболеваемости населения расстройствами психики и поведения.

Подобные соотношения между диспансерной и общей психической заболеваемостью свидетельствует о том, что диспансерная заболеваемость охватывает лишь тяжёлые и хронические виды психических болезней населения, что может быть ведущей причиной неэффективной первичной и вторичной профилактики острых и подострых форм расстройств психики и поведения человека, в связи с недоступностью для этих пациентов планового противорецидивного и восстановительного лечения как технологических видов диспансерного наблюдения. По этой причине общая сумма психических расстройств всегда значительно больше от показателей, регистрируемых как диспансерные случаи болезней, то есть от диспансерной заболеваемости.

Это явление лежит в основе формирования теневой психической заболеваемости населения, то есть большого удельного веса людей, склонных к

быстрым или частым расстройствам психики и поведения. Такой остаточный массив психической заболеваемости выступает как постоянный источник пополнения первичной психической заболеваемости населения, предопределяя величину прослойки населения с пограничным уровнем психического здоровья. Поэтому, данная часть населения подлежит систематическому полициклическому целевому и специфическому оздоровлению в рамках программ первичной профилактики болезней, что позволит резко, то есть на величину удельного веса не диспансерной части (40-42%), снизить психическую заболеваемость населения.

Таким образом, диспансерная заболеваемость охватывает преимущественно тяжёлые формы психической заболеваемости, прежде всего, с генетикотипологической этиологией, которые, чаще всего, не поддаются эффективному лечению. Поэтому, данная часть психических болезней наиболее разрушительна для общества, поэтому требует глубокого и системного медицинского наблюдения, радикальных государственных и социально-экономических мер по их предупреждению и высокоэффективному купированию. С этих позиций, важное значение приобретают территориальные закономерности возникновения и распространения диспансерных форм психических болезней как городского, так и сельского населения.

Как следует из таблицы 4.12, существует достаточно жёсткая территориальная зависимость психической заболеваемости городского населения. Эта закономерность проявляется в наличии свойственной населению каждого городского 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 города.

Как видно из таблицы 4.12, 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. При этом, самые высокие рейтинговые позиции и заболеваемость характерны для населения 4-х городов: Мариуполь (1-е рейтинговое место, 40,7 случаев заболеваний) Дебальцево (2-е рейтинговое место, 37,93 случаев заболеваний), Ждановка, (3-е рейтинговое место, 36,78 случаев заболеваний), Славянск (4-е рейтинговое место, 36,58 случаев заболеваний на 10 000 человек). Самая низкая рейтинговая позиция принадлежит рейтинговой заболеваемости населения г. Снежное (25-е рейтинговое место, 7,63 случаев заболеваний на 10 000 человек). Причём, рейтинговые позиции заболеваемости городского населения психическими расстройствами достаточно устойчивы, так как формируются на многолетних среднегодовых величинах заболеваемости (за 6 лет).

Таблица 4.12

Рейтинговая структура диспансерной заболеваемости городского населения расстройствами психики и поведения (средние показатели за 6 лет – 2004-10 гг.)

Городские населённые места	Первичная заболеваемость		Распространённость болезней		Сдвиг рейтинга
	рейтинг	частота возникновения болезней, случаи на 10 000 чел.	рейтинг	частота распространения болезней, случаи на 10 000 чел.	
Мариуполь	1	40,70	1	375,65	0
Дебальцево	2	37,93	2	347,23	0
Ждановка	3	36,78	24	151,38	-21
Славянск	4	36,58	4	341,80	0
Енакиево	5	33,03	7	297,63	-2
Угледар	6	30,55	18	207,6	-12
Харцызск	7	29,98	15	270,53	-8
Торез	8	29,05	8	296,93	0
Макеевка	9	28,38	14	279,30	-5
Кировское	10	28,03	11	286,58	-1
Шахтёрск	11	27,88	12	283,23	-1
Константиновка	12	25,68	6	309,15	+6
Селидово	13	25,28	22	182,18	-9
Краматорск	14	25,18	10	289,83	+4
Горловка	15	24,53	5	334,43	+10
Докучаевск	16	23,63	9	296,45	+7
Дружковка	17	21,98	16	228,0	+1
Доброполье	18	21,70	19	205,35	-1
Димитров	19	21,03	21	183,85	-2
Новогородовка	20	20,20	25	140,95	-5
Артёмовск	21	19,85	23	173,73	-2
Донецк	22	19,50	13	281,63	+9
Дзержинск	23	16,93	3	345,95	+20
Авдеевка	24	15,15	20	202,53	+4
Снежное	25	7,63	17	210,88	+8

Подобный рейтинговый спектр заболеваемости характерен и для показателя распространённости диспансерной психической заболеваемости городского населения. Однако, рейтинговый порядок городов по уровню заболеваемости несколько иной. Так, весь рейтинговый спектр показателей

распространённости психической заболеваемости дифференцируется по трём уровням: высокий – с 6-й по 1-ю рейтинговые позиции с показателями распространённости 309,15-375,65 случаев заболеваний; средний – с 7-го по 20-е рейтинговое место с показателем распространённости 202,53-297,63 случаев заболеваний; низкий – с 21-й по 25-ю рейтинговую позиции и показателем распространённости болезней 140,95-183,85 случаев заболеваний на 10 000 человек. Причём, самые высокие рейтинговые места и показатели распространённости психической заболеваемости характерны для населения четырёх городов: Мариуполя (1-е рейтинговое место, 375,65 случаев заболеваний), Дебальцева (2-е рейтинговое место, 347,23 случаев заболеваний), Дзержинска (3-е рейтинговое место, 345,95 случаев заболеваний), Славянска (4-е рейтинговое место, 441, 80 случаев заболеваний на 10 000 человек).

Самые низкие рейтинговые места и показатели распространённости психических болезней свойственны населению двух городов: Новогродовки (25-е рейтинговое место, 140,85 случаев заболеваний) и Ждановки (24-е рейтинговое место, 151,38 случаев заболеваний на 10 000 человек).

Сравнительная оценка рейтинговых спектров показателей первичной заболеваемости и распространённости психических болезней среди городского населения свидетельствует о том, что рейтинги заболеваемости населения трёх городов с самыми высокими показателями (1-е, 2-е, 4-е рейтинговые места) и одного города со средними (8-е рейтинговое место) полностью совпадают, что свидетельствует о почти однозначном удельном соответствии нозологических форм болезней по тяжести течения и этиологическому виду как по частоте возникновения, так и по частоте распространения. Подобное равновесие частоты возникновения и распространения рассматривается как неблагоприятное явление, так как свидетельствует о стабильно действующем источнике тяжёлых по течению и этиологии психических болезней неизбежно и равномерно увеличивающем объём патологической поражённости данной человеческой популяции соответствующим классом болезней.

Кроме равновесного рейтингового спектра частоты возникновения и

распространения болезней наблюдаются ещё два сдвига: отрицательный и положительный. Наиболее положительным рассматривается отрицательный рейтинговый сдвиг заболеваемости показателя распространённости психических болезней, так как указывает на падение потенциала первичной заболеваемости в формировании объёма патологической поражённости конкретной группы населения. При этом, чем выраженнее отрицательный рейтинговый сдвиг, тем активнее, как правило, формируется благоприятный прогноз развития патологической поражённости. Такой процесс отрицательного рейтингового сдвига наблюдается среди 12 городских групп населения, то есть данное положительное явление в формировании патологической поражённости характерно для 40-48% территориальных групповых единиц населения. Ещё для 36% городских территориальных групп населения свойственен положительный рейтинговый сдвиг от незначительного (1-2 позиции) до выраженного глубокого (+10 – +20 позиций). Особо неблагоприятным представляется процесс формирования патологической поражённости в группах городского населения с глубоким положительным рейтинговым сдвигом психической заболеваемости по показателю их распространённости. Следовательно, сравнительный сдвиг рейтинга психической заболеваемости городских групп населения при показателе распространённости относительно такового при частоте первичной заболеваемости и выраженной неоднозначности формирования патологической поражённости психическими болезнями городского населения может служить прогностическим критерием благоприятного или неблагоприятного формирования и исхода патологической поражённости населения болезнями.

Территориальная зависимость психической заболеваемости, также характерна и для сельского населения. Как следует из таблицы 4.13, 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.

Но по показателям первичной психической заболеваемости сельского населения 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).

Таблица 4.13

Рейтинговая структура диспансерной заболеваемости сельского населения расстройствами психики и поведения (средние показатели за 6 лет – 2004-2010 гг.)

Сельские районы	Первичная заболеваемость		Распространённость болезней		Сдвиг рейтинга
	рейтинг	частота возникновения болезней, случаи на 10 000	рейтинг	частота распространения болезней, случаи на 10 000	
Волновахский	1	21,98	12	148,23	-11
Добропольский	2	20,9	6	157,23	-4
Александровский	3	20,20	4	188,23	-1
Артёмовский	4	18,65	7	154,10	-3
Старобешевский	5	16,68	8	153,33	-3
Краснолиманский	6	16,67	1	337,66	+5
Славянский	7	15,80	7	150,35	0
Марьинский	8	12,65	5	159,33	+3
Ясиноватский	9	11,75	11	149,03	-2
Новоазовский	10	10,15	10	149,85	0
Володарский	11	9,88	2	200,58	+9
Амвросиевский	12	9,86	14	131,03	-2
Первомайский	13	9,10	13	144,45	0
В-Новоселковский	14	7,43	15	123,80	-1
Тельмановский	15	6,48	16	92,98	-1
Красноармейский	16	4,70	3	188,43	+13

На подобные пять условных рейтинговых групп распадается также

психическая заболеваемость сельского населения и по показателю распространённости: высокая заболеваемость (1-я рейтинговая позиция, 337,66 случаев заболеваний), выше среднего (2-4 рейтинговые позиции, 188,23-20,58 случаев заболеваний), средняя (5-8 рейтинговые позиции, 153,33 случаев заболеваний), ниже среднего 9-14 рейтинговые позиции, 131,03-150,35 случаев заболеваний), низкая (15-16 рейтинговые позиции, 92,98-123,80 случаев заболеваний на 10 000 человек).

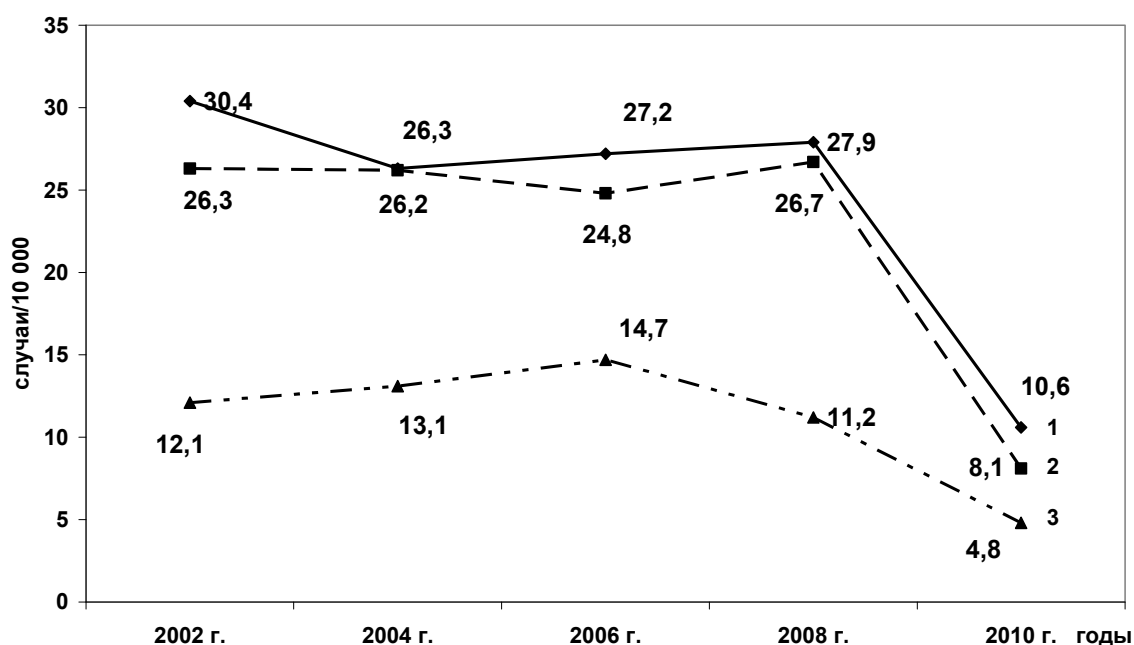
Сравнительная оценка рейтингов по показателям первичной диспансерной психической заболеваемости и распространённости этих болезней среди сельского населения показывает, процесс формирования патологической поражённости сельских групп населения также как и городских, идёт по трём вариантам: совпадения рейтингов возникновения и распространения болезней, положительный и отрицательный сдвиг рейтинга показателя распространения болезней. Совпадение рейтингов заболеваемости характерно для населения двух сельских районов: Новоазовского и Первомайского; неблагоприятный положительный сдвиг рейтинга распространённости болезней относится к населению четырёх районов: Краснолиманского, Володарского, Марьинского и Красноармейского, а благоприятный отрицательный сдвиг свойственен населению большинства (9 районов) административных районов, что указывает на общую благоприятную тенденцию развития психического здоровья сельского населения.

Десятилетняя динамика частоты возникновения диспансерных форм психической заболеваемости сельского населения Донецкой области имеет выраженную одnogорбную форму, образовавшуюся в результате существенного и быстрого подъёма диспансерной заболеваемости в середине 2000-х годов (2005-08 гг.) с резким (в 2,6 раза) снижением в конце десятилетнего периода (2008-10 гг.) до 10,6 случаев на 10 000 человек (кривая 1, рисунок 4.7).

Почти аналогичная форма кривой диспансерной первичной заболеваемости наблюдается среди городского населения, но с ещё более глубоким падением в конце десятилетия до 8,1 случаев на 10 000 человек

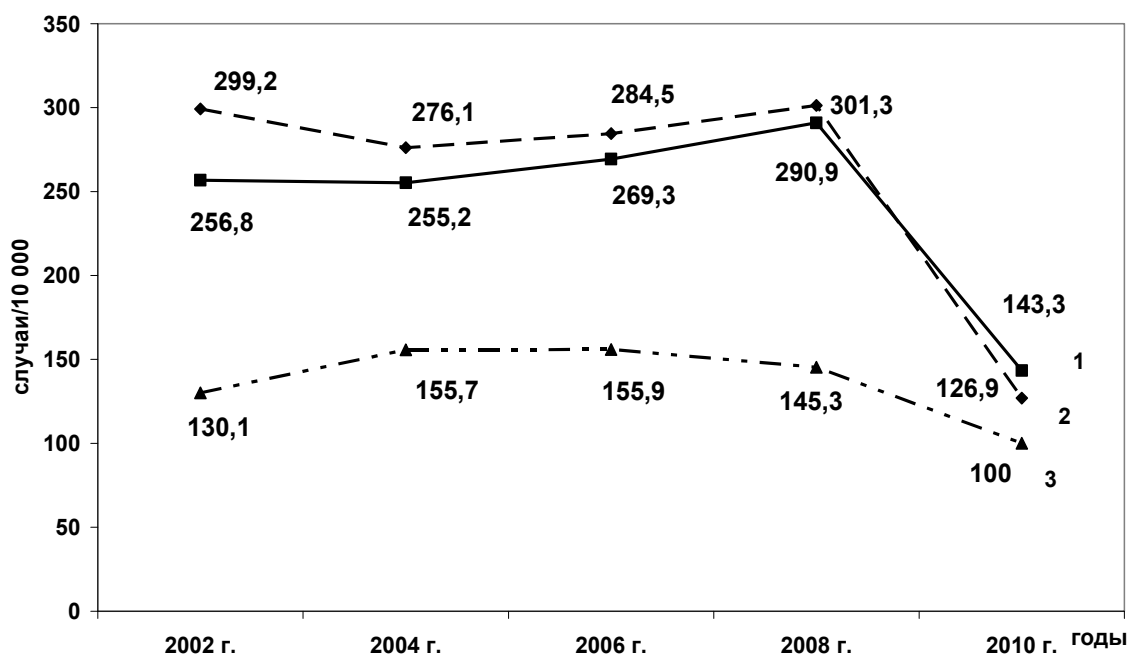
(кривая 2). Более плавная динамика диспансерных форм первичной психической заболеваемости отмечается среди сельского населения. Здесь также наблюдается слабовыраженная одногорбая форма кривой с медленным незначительным подъемом в первой половине 2000 годов и с последующим резким подъёмом во второй половине данного десятилетия с 14,7 случаев на 10 000 человек в 2005-06 годах до 4,8 случаев на 10 000 человек в 2008-10 годах, то есть со снижением в 3,1 раза.

Как видно на рисунке 4.8, десятилетняя динамика распространённости среди различных контингентов населения диспансерных групп психической заболеваемости почти идентична таковой при первичной заболеваемости, что подчёркивает наличие плотной связи первичной заболеваемости со всем годовым массивом распространённости.



Примечание. Ряд 1 – всё население; Ряд 2 – городское население; Ряд 3 – сельское население.

Рис. 4.7. Динамика частоты возникновения среди населения диспансерной заболеваемости, связанной с расстройством психики и поведения



Примечание. Ряд 1 – всё население диспансерной группы;
Ряд 2 – городское диспансерное население; Ряд 3 – сельское диспансерное население.

Рис. 4.8. Динамика распространённости диспансерной заболеваемости населения болезнями, связанными с расстройством психики и поведения

Так, среднеобластной показатель распространённости диспансерных форм психической заболеваемости медленно поднимался в первой половине 2000 годов вплоть до 2008 года с последующим резким снижением к 2010 году в 2,0 раза. Подобным образом изменялся во времени показатель распространённости диспансерных форм психической заболеваемости городского населения – подъём с 2003-04 годов до 2008 года и последующее снижение к 2010 году в 2,37 раза.

Более плавно менялся показатель распространённости диспансерных форм психической заболеваемости среди сельского населения. Здесь наблюдался медленный и не выраженный подъём показателя с 2001-04 гг. по 2006 год и последующее более значительное (в 1,56 раза) падение к 2010 году. Следовательно, как частота первичных форм диспансерной психической заболеваемости, так и распространённость этих болезней среди различных контингентов населения в противоположность показателям этой

заболеваемости, снизилась к концу 2000 годов. Так, среднеобластной показатель диспансерных форм первичной психической заболеваемости снизился за 10 лет на 59,7%, а среди городского и сельского населения, соответственно, на 73,3% и 60,3% случаев. Показатель распространённости диспансерных форм психической заболеваемости снизился на 41,2%, среди городского населения на 57,6%, а среди сельского населения на 33,4% случаев.

Следовательно, значительное падение за 10 лет диспансерных форм психической заболеваемости среди различных контингентов населения свидетельствует о наличии выраженной тенденции к существенному улучшению психического здоровья населения Донбасса. Это явление особо выглядит как устойчивый и реальный процесс в связи с тем, что происходит это на фоне снижения диспансерных форм психической заболеваемости, то есть идёт уменьшение доли наиболее тяжёлых и сложных форм психических болезней.

4.2. Закономерности возникновения и распространения среди городского населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения

Как было показано, наиболее часто регистрируются психические заболевания среди городского населения. Особенно этими болезнями страдает городское взрослое население в возрасте 18 и более лет. Как следует из данных таблицы 4.14, показатель частоты возникновения первичных случаев болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди городского взрослого населения ниже среднеобластной величины для взрослого и всего населения на 5,05% и составляет $39,5 \pm 0,3$ случаев на 10 000 человек.

Таблица 4.14

**Общий уровень частоты возникновения и распространения среди
взрослого городского населения болезней, связанных с расстройством
психики и поведения**

Показатели и контингенты населения	Частота возникновения первичных случаев заболеваний, случаи на 10 000 человек	Частота распространения случаев заболеваний, случаи на 10 000 человек
Средний показатель для всего городского взрослого населения (18 и более лет)	39,5±0,3	545,9±10,0
Среднеобластной показатель для всего взрослого населения	41,6±0,2 t=5,8	531,7±10,0
Среднеобластной показатель для всего населения	41,5±0,1	500,9±11,8

В то же время, показатель распространённости этих болезней имеет тенденцию к превышению среднеобластного показателя для всего взрослого населения и существенно выше (+8,98%) от общего среднеобластного показателя, составляя 545,9±10,0 случаев на 10 000 человек.

Превалирование уровня психических расстройств среди городского взрослого населения по показателю распространённости над таковым показателем среди всего взрослого и, особенно, общего населения, свидетельствует вообще о наличии процесса накопления патологии в человеческой среде, а в данном случае о преимущественном накоплении её среди взрослого городского населения. Это явление при психических болезнях может происходить, как правило, за счёт хронических болезней, а хронизация при болезнях, связанных с расстройством психики и поведения происходит, прежде всего, за счёт увеличения доли среди первичных случаев заболеваний

населения тяжёлых нозологических форм психических расстройств. Иначе говоря, городское взрослое население больше страдает, чем другие социальные и возрастные контингенты тяжёлыми нозологическими формами психических расстройств.

По частоте возникновения первичных случаев психических расстройств, заболеваемость городского взрослого населения, как показано в таблице 4.15, дифференцируется посредством среднедесятилетних величин на 9 статистически достоверных рангов, а каждый город имеет свой устойчивый среднестатистический рейтинг заболеваемости населения.

При этом, самые высокие ранги и рейтинги первичной заболеваемости характерны для населения малых городов. Самая большая первичная заболеваемость болезнями, связанными с расстройствами психики и поведения, отмечается среди взрослого населения таких городов, как Ждановка (1-е ранговое место и 1-я рейтинговая позиция с заболеваемостью, $88,1 \pm 2,0$ случаев), Кировское (2-й ранг и 2-й рейтинг, заболеваемость $72,4 \pm 15,0$ случаев), Дебальцево и Димитров (3-й ранг, заболеваемость $57,4 \pm 1,4$ случаев и 3 и 4-я рейтинговые позиции, заболеваемость 59,3 и 55,5 случаев на 10 000 человек). Средние ранговые места и рейтинговые позиции мало зависят от величины города.

Так, четвёртый ранговый уровень свойственен 7 городским населённым местам (25%) с рейтинговым уровнем заболеваемости населения в пределах 50,1-54,5 случаев на 10 000 человек, 5-й ранговый уровень также соответствует 7 населённым местам с заболеваемостью населения 40,6 – 44,5 случаев, 6-й ранговый уровень – трём городским населённым местам (10,7%) с заболеваемостью населения 36,8 – 39,7 случаев, 7 ранговый уровень – четырём городам (14,3%) с заболеваемостью населения 30,4 – 33,5 случаев. Самые низкие ранговые места принадлежат населению трёх городов – г. Новогородовка и г. Донецк (8 ранг, заболеваемость 24,8 и 28,6 случаев) и городу Снежное (9 ранг, заболеваемость 15,9 случаев на 10 000 человек).

Таблица 4.15

Дифференцированные по рангам и рейтингам уровни показателей частоты возникновения первичных случаев заболеваемости городского населения болезнями, связанными с расстройством психики и поведения

Города	Ранги	Ранговый десятилетний индекс первичной заболеваемости, случаи на 10 000	Рейтинги	Рейтинговый десятилетний индекс первичной заболеваемости, случаи на 10 000
Ждановка	1	88,1±2,0	1	88,1
Кировское	2	72,4±1,5 t=6,9	2	72,4
Дебальцево	3	57,4±1,4 t=7,5	3	59,3
Димитров			4	55,5
Харцызск	4	52,4±1,0 t=2,9	5	54,5
Енакиево			6	53,8
Константиновка			7	53,7
Шахтёрск			8	53,5
Горловка			9	50,6
Славянск			10	50,5
Угледар			11	50,1
Торез	5	41,9±1,2 t=6,7	12	44,5
Ясиноватая			13	42,0
Докучаевск			14	41,8
Мариуполь			15	41,7
Краматорск			16	41,6
Дружковка			17	41,0
Макеевка			18	40,6
Красноармейск	6	38,4±0,9 t=2,3	19	39,7
Авдеевка			20	38,6
Красный Лиман			21	36,8
Селидово	7	31,8±1,2 t=4,4	22	33,5
Дзержинск			23	32,0
Доброполье			24	31,2
Артёмовск			25	30,4
Новгородовка	8	26,7±1,0 t=3,3	26	28,6
Донецк			27	24,8
Снежное	9	15,9±1,5 (t=6,0)	28	15,9

Примечание. t – достоверность различия между выше- и нижестоящим

рангом.

Следовательно, по частоте возникновения первичных случаев заболеваний населения психическими расстройствами отмечается высокая зависимость их уровня от территориально-селитебных особенностей жизнедеятельности людей. Причём самый большой город-миллионник, областной административный центр с высоким уровнем индустриализации занимает по частоте первичных случаев психических расстройств среди взрослого населения одно из трёх низких ранговых и рейтинговых мест, тогда как самая высокая первичная заболеваемость (в 2,3 – 3,4 раза выше, чем в г. Донецке) характерна для населения малых городов (Ждановка, Кировское, Дебальцево и Димитров).

По показателю распространённости заболеваемости городского населения психическими расстройствами, как следует из таблицы 4.16, также существует устойчивая зависимость частоты этих болезней от территориально-селитебных особенностей.

По этому показателю заболеваемости населения все города делятся на 8 статистически достоверных уровней и каждому городу свойственна своя рейтинговая позиция. При этом, порядок ранговых уровней и рейтинговых позиций городского населения существенно отличается от таковых при первичной заболеваемости.

Самые высокие показатели психических расстройств характерны для населения двух городов: Горловки и Кировского (1-й ранг, 1-2 рейтинг с показателями распространённости заболеваемости 770,4 – 778,2 случаев при среднеранговом показателе $774,3 \pm 10,0$ случаев на 10 000 человек). Несколько меньший показатель распространённости психических болезней свойственен для населения г. Красного Лимана (2-й ранг, $686,1 \pm 9,0$ случаев). Третье ранговое место принадлежит, по показателю распространённости психических болезней, населению пяти (17,9%) городов с рейтингом заболеваемости 601,6-626,2 случаев.

Таблица 4.16

**Дифференцированные по рангам и рейтингам уровни показателей
распространённости заболеваемости городского населения болезнями,
связанными с расстройством психики и поведения**

Города	Ранги	Ранговый десятилетний индекс показателя распространённости заболеваемости, случаи на 10 000	Рейтинги	Рейтинговый 10-летний индекс показателя распространённости заболеваемости, случаи на 10 000
Горловка	1	774,3±10,0	1	778,2
Кировское			2	770,4
Красный Лиман	2	686,1±9,0 (t=6,8)	3	686,1
Шахтёрск	3	616,4±7,0 t=6,1	4	626,2
Ясиноватая			5	624,1
Константиновка			6	614,6
Макеевка			7	606,6
Дзержинск			8	601,6
Краматорск	4	571,5±9,0 t=3,9	9	591,3
Славянск			10	585,2
Харцызск			11	576,6
Мариуполь			12	560,2
Дружковка			13	559,6
Енакиево			14	555,8
Дебальцево	5	533,8±8,0 t=3,1	15	547,4
Торез			16	545,6
Димитров			17	538,6
Красноармейск			18	529,3
Ждановка			19	517,8
Докучаевск	6	456,6±11,4 t=5,6	20	474,1
Донецк			21	464,8
Угледар			22	464,6
Доброполье			23	452,1
Авдеевка			24	438,6
Селидово	7	365,4±10,4 t=5,9	25	374,1
Артёмовск			26	373,8
Снежное			27	356,7
Новогородовка	8	238,5±15,0 (t=5,1)	28	238,5

Примечание. t – достоверность различий между выше и ниже стоящим уровнем заболеваемости.

Последующие ранговые уровни распространённости болезней, связанных

с расстройством психики и поведения, распределяются среди взрослого городского населения в следующем порядке: четвёртое ранговое место занимает население 6 городов (21,4%) с рейтинговым показателем распространённости заболеваний (555,8 – 591,3 случаев, пятое – населению 5 городов (17,9%) с рейтинговыми показателями распространённости заболеваний 517,8 – 547,4 случаев, шестое – также населению 5 городов (17,9%) с рейтинговым показателем 356,7 – 374,1 случаев, а самое низкое восьмое ранговое место характерно для населения г. Новогородовки с рейтинговым показателем заболеваемости 238,5 случаев на 10 000 человек. Следовательно, самый большой показатель распространённости среди городского населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, отличается от самого малого в 3,3 раза. Столь большие колебания по рангам средних показателей распространённости среди городского населения психических болезней, свидетельствуют о выраженной зависимости заболеваемости населения этими болезнями от территориально-селитебных факторов жизнедеятельности.

Кроме этого, существенно меняется рейтинг заболеваемости городского населения при переходе от показателя частоты возникновения первичных случаев к показателю распространённости болезней населения, связанных с расстройством психики и поведения.

Как свидетельствуют данные таблицы 4.17, рейтинг 15 городов по показателю распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди взрослого населения повысился, то есть ухудшился от 1 до 18 позиций по сравнению с таковым при первичной заболеваемости.

Повышение показателя распространённости болезней, свидетельствует о накоплении патологии в той или иной корпоративной группе общества. Процесс накопления происходит, прежде всего, за счёт хронизации болезней или за счёт удельного увеличения тяжёлых нозологических форм болезней в общем их массиве. Процесс хронизации психических болезней идёт, преимущественно, по механизму увеличения частоты возникновения тяжёлых нозологических форм, плохо поддающихся лечебным воздействиям, в

результате чего происходит накапливание в человеческой популяции данной патологии. Следовательно, ухудшение рейтинга городов при показателе распространённости психических болезней среди взрослого городского населения указывает, прежде всего, на увеличение среди данного населения тяжёлых нозологических форм болезней, связанных с расстройством психики и поведения.

При этом, в ряде городов рейтинг заболеваемости населения по показателю распространённости психических болезней резко ухудшился. К таким городам относятся Красный Лиман (+18 позиций), Макеевка (+11 позиций), Дзержинск (+15 позиций), Горловка (+9 позиций), Ясиноватая (+8 позиций), Краматорск (+7 позиций).

Резкое ухудшение рейтинга городов по психической заболеваемости населения при показателе распространённости болезней является весьма негативным демонологическим явлением, так как указывает на значительное увеличение среди указанной группы городского населения удельного веса тяжёлых нозологических форм психических расстройств и свидетельствует об ухудшении психического здоровья городского населения. В то же время, как явствует из данных той же табл. 4.17, рейтинг заболеваемости населения психическими расстройствами 11 городов улучшился, а в отдельных случаях весьма значительно.

Таблица 4.17

**Сравнительные рейтинги частоты возникновения и распространения
психической заболеваемости городского населения**

Города	Рейтинг по частоте возникновения первичных случаев заболеваний	Города	Рейтинг по частоте показателя распространённости болезней	Направление и величина сдвига рейтинга по количеству позиций относительно рейтинга первичной заболеваемости
Ждановка	1	Горловка	1	+9
Кировское	2	Кировское	2	0
Дебальцево	3	Кр. Лиман	3	+18
Димитров	4	Шахтёрск	4	+4
Харцызск	5	Ясиноватая	5	+8
Енакиев	6	Константиновка	6	+1
Константиновка	7	Макеевка	7	+11
Шахтёрск	8	Дзержинск	8	+15
Горловка	9	Краматорск	9	+7
Славянск	10	Славянск	10	0
Угледар	11	Харцызск	11	-6
Торез	12	Мариуполь	12	+3
Ясиноватая	13	Дружковка	13	+4
Докучаевск	14	Енакиев	14	-8
Мариуполь	15	Дебальцево	15	-12
Краматорск	16	Торез	16	-4
Дружковка	17	Димитров	17	-13
Макеевка	18	Красноармейск	18	+1
Красноармейск	19	Ждановка	19	-18
Авдеевка	20	Докучаевск	20	-6
Красный Лиман	21	Донецк	21	+6
Селидово	22	Угледар	22	-11
Дзержинск	23	Доброполье	23	+1
Доброполье	24	Авдеевка	24	-4
Артёмовск	25	Селидово	25	-3
Новгородовка	26	Артёмовск	26	-1
Донецк	27	Снежное	27	+1
Снежное	28	Новгородовка	28	+2

Примечание. «+» рейтинг повысился, т.е. ухудшился; «-» рейтинг снизился,

т.е. улучшился.

К таким городам относятся, прежде всего, Ждановка (18 позиций), Дебальцево (12 позиций). Димитров (13 позиций), Угледар (11 позиций), Енакиево (8 позиций), Докучаевск (6 позиций). Улучшение городского рейтинга по психической заболеваемости населения при показателе распространённости болезней, свидетельствует, прежде всего, о том, что высокий уровень первичной заболеваемости населения и низкий рейтинг городов по частоте возникновения болезней, формируется преимущественно за счёт лёгких нозологических форм психических расстройств, поддающихся как эффективной профилактике, так и лечению. Поэтому, улучшение рейтинга городов по психической заболеваемости населения при показателе распространённости болезней следует рассматривать как весьма благоприятное явление, свидетельствующее о малом удельном весе среди всей суммы новых случаев заболеваний тяжёлых нозологических форм данного класса болезней и благоприятном развитии психического здоровья населения.

О ключевом значении в формировании общего уровня психической заболеваемости, то есть поражённости, городского населения, удельного веса, среди первичных случаев заболеваний, тяжёлых нозологических форм психических болезней, свидетельствуют сравнительные результаты показателей распространённости психических болезней среди всего населения и среди диспансерной группы, в состав которой входят все тяжёлые формы болезней. По существу, диспансерная группа отражает уровень хронической заболеваемости населения болезнями, связанными с расстройством психики и поведения, которая формируется преимущественно за счёт тяжёлых нозологических форм психической патологии.

Как видно из данных таблицы 4.18, рейтинг городов по психической заболеваемости населения при оценке её по показателю распространённости болезней по общей и диспансерной группе ухудшается по 12 городам (50%), по двум не меняется и по 14 городам улучшается.

Таблица 4.18

**Сравнительный рейтинговый уровень показателей распространённости
заболеваемости, связанной с расстройством психики и поведения
населения диспансерной группы и общего контингента городского
населения**

Диспансерная группа населения (хронические заболевания)			Общий контингент городского населения (общая заболеваемость)			Сдвиг рейтинга
Города	Рейтинг	Распространённость заболеваний, случаи на 10 000	Города	Рейтинг	Распространённость заболеваний, случаи на 10 000	
Кировское	1	273,3	Горловка	1	778,2	-4
Дебальцево	2	269,5	Кировское	2	770,4	+1
Кр. Лиман	3	249,6	Кр. Лиман	3	686,2	0
Мариуполь	4	218,5	Шахтёрск	4	626,2	-16
Горловка	5	213,7	Ясиноватая	5	624,1	-16
Ждановка	6	178,6	Константиновка	6	614,6	-17
Дзержинск	7	172,6	Макеевка	7	606,6	-5
Снежное	8	169,8	Дзержинск	8	601,6	+1
Угледар	9	150,7	Краматорск	9	591,3	-9
Торез	10	149,3	Славянск	10	585,2	-15
Докучаевск	11	148,4	Харцызск	11	576,6	-6
Макеевка	12	148,1	Мариуполь	12	560,2	+8
Красноармейск	13	138,1	Дружковка	13	559,6	-15
Енакиево	14	135,8	Енакиево	14	555,8	0
Артёмовск	15	134,2	Дебальцево	15	547,4	+13
Доброполье	16	127,1	Торез	16	545,6	+6
Харцызск	17	124,3	Димитров	17	598,6	-5
Краматорск	18	123,7	Красноармейск	18	529,3	+5
Авдеевка	19	116,9	Ждановка	19	517,8	+13
Шахтёрск	20	107,9	Докучаевск	20	474,1	+9
Ясиноватая	21	105,1	Донецк	21	464,8	-3
Димитров	22	99,8	Угледар	22	464,6	+13
Константиновка	23	89,4	Доброполье	23	452,1	+7
Донецк	24	87,4	Авдеевка	24	438,6	+5
Славянск	25	66,6	Селидово	25	374,1	-1
Селидово	26	64,5	Артёмовск	26	373,8	+11
Новгородовка	27	53,5	Снежное	27	356,7	+19
Дружковка	28	44,0	Новгородовка	28	238,5	+1
Средний показатель распространённости		141,4	Средний показатель распространённости		537,6	

Подобное соотношение городских рейтингов заболеваемости населения диспансерной группы указывает на то, что имеются группы населения с высоким и малым удельным весом тяжёлых и лёгких нозологических форм психических болезней. Поэтому количественный показатель соотношения рейтингов заболеваемости населения по частоте возникновения и распространения психических болезней может служить объективным оценочным критерием соотношения удельных величин тяжёлых (хронических) и лёгких нозологических форм болезней населения расстройствами психики и поведения.

Высокую зависимость уровня заболеваемости городского населения болезнями, связанными с расстройством психики и поведения от территориально-селитебных характеристик демонстрируют показатели частоты их возникновения и распространения в различных по количеству населения городах, показанных в таблицах 4.19 и 4.20.

Как следует из данных таблицы 4.19, самая низкая первичная психическая заболеваемость (35,7 сл./10 000), и самый высокий её рейтинг (20 единиц) характерны для населения больших городов типа г. Донецка, а самая высокая первичная заболеваемость (53,6 сл./ 10 000) и самый низкий её рейтинг (10,6 единиц) свойственны очень маленьким городам (до 50 тыс. населения) типа Дебальцева, Докучаевска, Кировского и Угледара. Плохие показатели частоты возникновения психических болезней также характерны для населения средних городов (рейтинг 11,8 единиц, заболеваемость 46,9 случаев на 10 000), таких как Горловка, Енакиево, Краматорск, Славянск.

Таблица 4.19

Сравнительные рейтинговые уровни первичной заболеваемости городского взрослого населения болезнями, связанными с расстройством психики и поведения в зависимости от величины городского населённого пункта

Величина городского населённого пункта	Средний рейтинг, единиц	Средний показатель заболеваемости, сл/ 10 000
Большие города (от 400 тыс. до 1 млн. чел.)	20,0	35,7
Средние города (более 100 тыс. чел.)	11,8	46,9
Малые города (от 50 до 100 тыс. чел.)	15,7	40,9
Очень малые города (до 50 тыс. чел.)	10,6	53,6

Существенно изменяется ситуационно-валеологическое положение городского населения при оценке патологической поражённости его психическими болезнями по показателю распространённости болезней. Как видно из результатов таблицы 4.20, самый высокий показатель распространённости психических болезней (576,8 случаев на 10 000) и самый низкий рейтинг (11,8 единиц) присущ населению средних городов, а самые благоприятные показатели отмечаются среди населения малых городов (450 тыс. населения), где общая психическая заболеваемость составляет 510,7 случаев на 10 000 человек при достаточно высоком рейтинге (16,6 единиц).

При этом, значительно ухудшаются показатели больших городов (рейтинг падает с 20 до 13,3 единиц) и несколько улучшаются показатели очень малых городов (рейтинг повышается более чем на 3 позиции).

Таблица 4.20

**Сравнительные рейтинговые уровни показателей распространённости
болезней, связанных с расстройством психики и поведения среди
городского взрослого населения в зависимости от величины городского
населённого пункта**

Величина городского населённого пункта	Средний рейтинг, единиц	Средний показатель распространённости, сл/ 10 000
Большие города (от 400 тыс. до 1 млн. чел.)	13,3	543,9
Средние города (более 100 тыс. чел.)	11,8	576,8
Малые города (от 50 до 100 тыс. чел.)	16,6	510,7
Очень малые города (до 50 тыс. чел.)	13,8	565,4

По удельному весу первичных случаев заболеваемости городского населения психическими болезнями каждый городской анклав Донецкой области имеет присущий ему рейтинг. Как видно из таблицы 4.21, низкие (плохие) рейтинги по удельному весу случаев психических заболеваний населения принадлежат 4 городам, относящихся к категории очень малых – Ждановка (1-е место, 7,07% случаев), Кировское (2-е место, 5,81% случаев), Дебальцево (3-е место, 4,76% случаев), Димитров (4-е место, 4,45% случаев).

Показатели удельного веса случаев психической заболеваемости населения выше среднего уровня (более 3,6% случаев) принадлежат 7 преимущественно средним по категории городам, где количество первичных случаев находится в пределах 4,02% (Угледар) – 4,37% (Харцызск) случаев.

Средние показатели удельного веса первичных случаев психических расстройств (>2,95% случаев) населения характерны для 9 разнокатегорийных

городов, где удельные величины частоты возникновения данных болезней составляют 3,10 – 3,57% случаев.

Таблица 4.21

Рейтинговая структура первичной заболеваемости взрослого населения болезнями, связанными с расстройством психики и поведения по городским населённым местам

Городские населённые места	Рейтинговый удельный вес первичных случаев заболеваемости	
	рейтинг	% случаев
Ждановка	1	7,07
Кировское	2	5,81
Дебальцево	3	4,76
Димитров	4	4,45
Харцызск	5	4,37
Енакиев	6	4,32
Константиновка	7	4,30
Шахтёрск	8	4,29
Горловка	9	4,06
Славянск	10	4,05
Угледар	11	4,02
Торез	12	3,57
Ясиноватая	13	3,37
Докучаевск	14	3,35
Мариуполь	15	3,34
Краматорск	16	3,33
Дружковка	17	3,29
Макеевка	18	3,26
Красноармейск	19	3,18
Авдеевка	20	3,10
Красный Лиман	21	2,95
Селидово	22	2,69
Дзержинск	23	2,57
Доброполье	24	2,50
Артёмовск	25	2,44
Новогородовка	26	2,29
Донецк	27	1,99
Снежное	28	1,28

Низкие величины удельного количества первичных случаев психической заболеваемости (<3,10% случаев) присущи населению 6 городов, где эти

величины находятся в пределах 2,29% случаев (Новогородовка) – 2,95% случаев (Красный Лиман), а самые малые величины новых случаев заболеваний характерны только для населения двух городов – г. Донецк (1,99% случаев) и г. Снежное (1,28% случаев).

Следовательно, удельная частота возникновения среди городского населения новых случаев психических заболеваний находится в пределах 1,3 – 7,1% случаев и существует в форме пяти количественных спектров: максимально возможного (5,8 – 7,1% случаев), выше среднего (4 – 4,8% случаев), среднего (3,1 – 3,6% случаев), низкого (2,3 – 2,95% случаев) и минимально существующего (1,3 – 1,00% случаев).

Каждая из этих удельных величин количественного спектра первичных случаев психических заболеваний свойственна отдельным корпоративно-городским группам населения и может использоваться как прогностический критерий для определения возможного уровня и глубины колебания заболеваемости городского населения.

Существенные отличительные особенности характерны для территориально-городской структуры по показателю распространённости психических болезней среди взрослого городского населения. Как видно из данных таблицы 4.22, высокий удельный вес, распространённых психических болезней среди населения свойственен двум городским населённым местам Донецкой области – г. Горловке (1-я рейтинговая позиция, 5, 12%) и г. Кировское (2-я рейтинговая позиция, 5, 12%). Как видно, г. Горловка по показателю распространённости психических болезней среди его жителей резко поднимается вверх по рейтинговой лестнице – с 9 го на 1-е место. В то же время малый г. Кировское по обоим показателям психической заболеваемости населения устойчиво удерживается на одной высокой рейтинговой позиции (2-е место, 5,12%). Подобные структурные перемещения городских групп населения по рейтинговой лестнице при изменении вида показателя частоты заболеваемости (частота возникновения или распространения), свидетельствуют о различном соотношении различных по тяжести

нозологических форм психических болезней в структуре спектра заболеваемости.

Таблица 4.22

Рейтинговая структура распространённости заболеваемости населения болезнями, связанными с расстройством психики и поведения, по городским местам

Городские населённые места	Рейтинговый удельный вес случаев распространения заболеваний и его изменение		
	рейтинг	%	сдвиг рейтинга
Горловка	1	5,17	+8 позиций
Кировское	2	5,12	0
Красный Лиман	3	4,56	+18 позиций
Шахтёрск	4	4,16	+4 позиции
Ясиноватая	5	4,15	+8 позиций
Константиновка	6	4,08	+1 позиция
Макеевка	7	4,03	+11 позиций
Дзержинск	8	3,99	+15 позиций
Краматорск	9	3,93	+7 позиций
Славянск	10	3,89	0
Харцызск	11	3,83	-6 позиций
Мариуполь	12	3,72	+3 позиции
Дружковка	13	3,71	+4 позиции
Енакиево	14	3,69	-8 позиций
Дебальцево	15	3,64	-12 позиций
Торез	16	3,62	-4 позиции
Димитров	17	3,58	-13 позиций
Красноармейск	18	3,52	+1 позиция
Ждановка	19	3,44	-18 позиций
Докучаевск	20	3,15	-6 позиций
Донецк	21	3,09	+6 позиций
Угледар	22	3,08	-11 позиций
Доброполье	23	3,00	+1 позиция
Авдеевка	24	2,91	-4 позиции
Селидово	25	2,49	-3 позиции
Артёмовск	26	2,48	-1 позиция
Снежное	27	2,37	+1 позиция
Новогородовка	28	1,60	-2 позиции

Ухудшение (т.е. его повышение) рейтинга заболеваемости населения при показателе распространённости психических болезней указывает на

превалирование лёгких нозологических форм психических болезней в спектре первичной заболеваемости, которые поддаются результативному лечебно-профилактическому воздействию, в результате чего отягощается спектр нозологических форм психической заболеваемости при её оценке по показателю частоты распространения болезней.

В то же время, при стабильном рейтинговом месте заболеваемости населения, как в случае с заболеваемостью населения г. Кировское, имеет место устойчивое соотношение тяжёлых и лёгких форм болезней первичной и общей, то есть распространённой заболеваемости, что следует рассматривать как крайне неблагоприятное явление в характере патологической поражённости населения любых демографических групп.

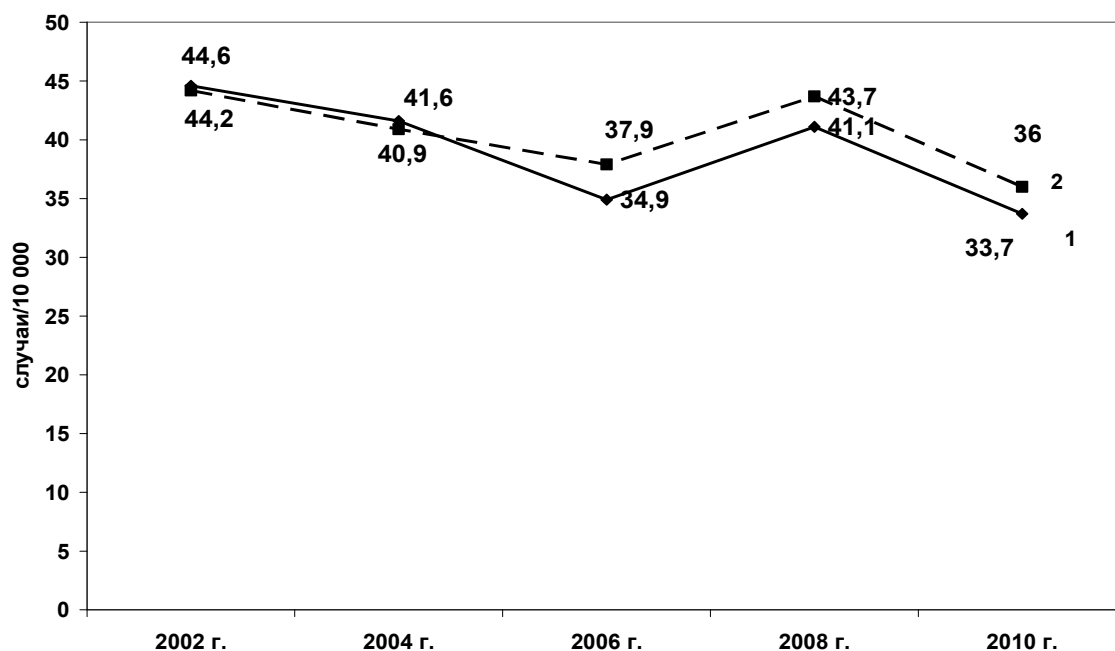
Изменение рейтинговой структуры психической заболеваемости в обратном направлении, то есть повышение рейтинговой позиции при первичной заболеваемости и снижение при показателе частоты распространения представляется как процесс с благоприятным развитием заболеваемости так как это означает, что в основе патологической поражённости населения психическими болезнями преобладают более лёгкие нозологические формы.

Исходя из этих закономерностей развития рейтинга заболеваемости психическими болезнями городского населения, как следует из величин сдвига рейтинговых позиций, представленных в таблице 4.22, рейтинговое место заболеваемости по показателю распространённости болезней среди населения 12 городов снизилось, двух осталось неизменным и 14 городов повысилось, то есть структурная динамика развития психической заболеваемости среди населения 12 городов представляется прогностически как благоприятная в силу превалирования рейтинга частоты возникновения первичных случаев над рейтингом частоты распространённости болезней (отрицательный сдвиг рейтинга), а в 16 городах, наоборот, как весьма неблагоприятная по причине равного или преобладающего в структуре распространённой психической заболеваемости удельного веса случаев тяжёлых нозологических форм

психических болезней (положительный сдвиг рейтинга). Особенно это относится к характеру психической заболеваемости населения таких городов как Красный Лиман (сдвиг рейтинга +18 позиций), Дзержинска (сдвиг рейтинга +15 позиций), Горловки (сдвиг рейтинга +8 позиций), Ясиноватая (сдвиг рейтинга +8 позиций), Макеевка (сдвиг рейтинга +11 позиций), Красноармейска (сдвиг рейтинга +7 позиций), Донецка (сдвиг рейтинга +6 позиций), Шахтёрска (сдвиг рейтинга +4 позиции), Дружковки (сдвиг рейтинга +4 позиции) и Мариуполя (сдвиг рейтинга +3 позиции).

В то же время высокий уровень первичной психической заболеваемости населения таких городов как Ждановка (отрицательный сдвиг рейтинга на -18 позиций по структуре показателя распространённости), Дебальцево (сдвиг рейтинга -12), Димитрово (сдвиг рейтинга -13), Енакиево (сдвиг рейтинга -8), Докучаевска (сдвиг рейтинга -6), Тореза (сдвиг рейтинга -4), Авдеевки (сдвиг рейтинга -4) и Харцызска (сдвиг рейтинга -6), вероятнее всего, предопределяется высоким удельным весом в структуре заболеваемости лёгких нозологических форм психических болезней, поддающихся эффективному лечению и вторичной профилактике в силу чего удельный вес случаев заболеваний этих корпоративных групп городского населения существенно снижается в структуре всей совокупности общей психической заболеваемости, которая характеризуется показателем распространённости болезней среди населения различных городов.

Как видно на рисунке 4.9, десятилетняя динамика первичной психической заболеваемости городского взрослого населения характеризуется волнообразными свойствами с небольшими подъёмами и спадами через 2-3 года на фоне постоянного ступенчатого снижения. К концу последнего десятилетия (2010 год) частота первичных случаев болезней, связанных с расстройством психики и поведения среди взрослого городского населения снизилась на 24,4% случаев и составила 33,7 случаев на 10 000 человек.



Примечание. Ряд 1 – взрослое городское население; Ряд 2 – всё взрослое население Донецкой обл.

Рис. 4.9. Сравнительная динамика показателя частоты возникновения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди различных контингентов городского населения

При этом, в первой половине десятилетия уровень первичной психической заболеваемости городского взрослого населения был выше среднеобластного показателя для всего взрослого населения на 0,9 – 1,7% случаев, а во второй половине десятилетия частота возникновения первичных случаев этих заболеваний среди городского взрослого населения стала заметно ниже среднеобластного показателя для аналогичной группы людей на 6,4-10,0% случаев.

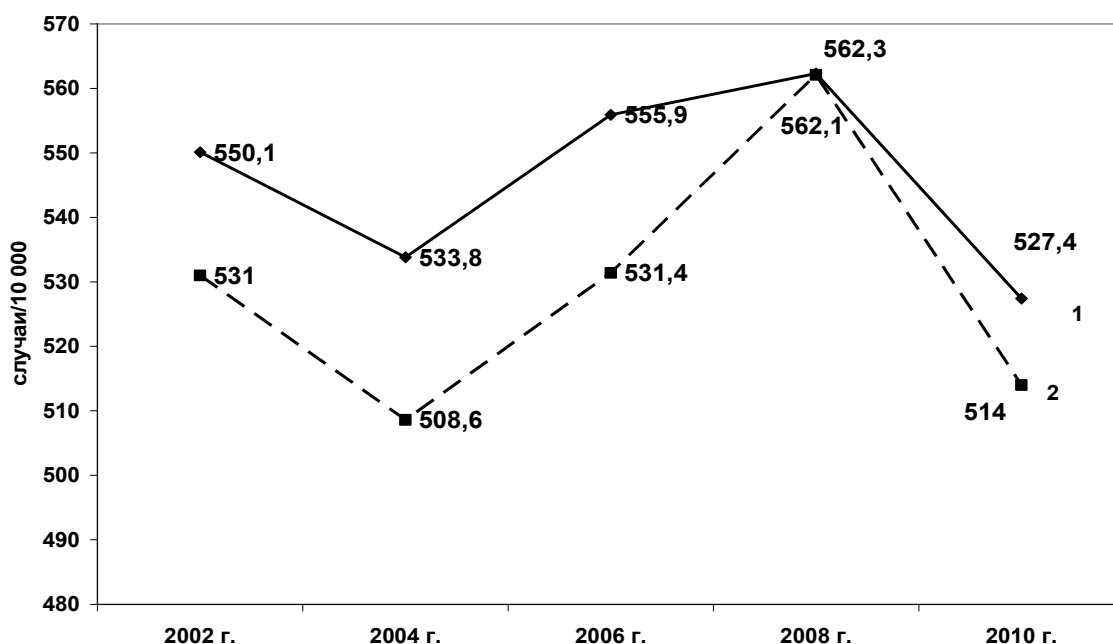
Подобный спад уровня первичной психической заболеваемости взрослого населения относительно среднеобластного показателя для аналогичной возрастной группы населения, является благоприятным прогностическим показателем, свидетельствующим о наличии устойчивой тенденции улучшения психического здоровья городского населения. Однако, процесс снижения психической заболеваемости среди городского населения, то есть улучшения психического здоровья, протекал во второй половине десятилетия параллельно

с таковым среди всего взрослого населения Донецкой области, но более быстрыми годовыми темпами, что и предопределило более низкий уровень этой заболеваемости городского населения во второй части последнего десятилетия.

Несколько иной вид динамики психической заболеваемости городского взрослого населения характерен для частоты распространённости этих болезней.

Как следует из рисунка 4.10, динамика показателя распространённости психической заболеваемости городского взрослого населения характеризуется инертностью изменений во времени, менее выраженными волнообразными свойствами и более высокими величинами показателя распространённости относительно среднеобластного уровня, свойственного для всего взрослого населения Донецкой области, а также выражено прогрессивным и продолжительным (4-5 лет) ростом (+5,3%) и последующим незначительным (6,2%) спадом в конце десятилетия.

Снижение показателя распространённости психических болезней к концу десятилетия составило среди взрослого городского населения 4,1% случаев на фоне аналогичного снижения среднеобластного показателя для всего взрослого населения на 3,2% случаев. Следовательно, снижение уровня распространённости психических болезней среди городского взрослого населения более существенное, чем среди всего взрослого населения административной области. Кроме этого, общая динамика показателей распространённости психических болезней свидетельствует о более активных процессах накопления в корпоративных группах городского населения, чем спада этой патологии, что предопределяет средние, достаточно высокие показатели частоты распространённости психических болезней, то есть болезненности городского населения.



Примечание. Ряд 1 – городское взрослое население; Ряд 2 – всё взрослое население Донецкой обл.

Рис. 4.10. Сравнительная динамика показателя распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди различных контингентов взрослого населения

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.

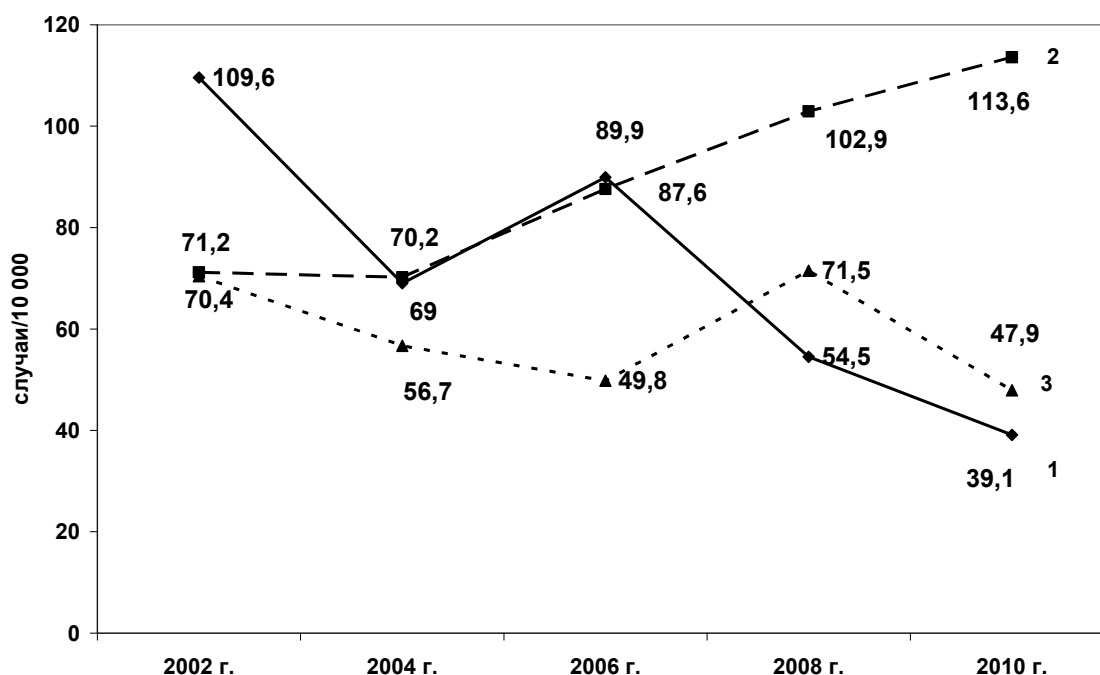
Как показано на рисунках 4.11, 4.12 и 4.13, частота возникновения во времени болезней среди городского населения с высоким рейтингом (уровнем) первичной психической заболеваемости имеет выраженный волновой характер с высокодинамичными изменениями в виде пиковых подъёмов и глубоких спадов.

Подобный интенсивный характер динамики развития первичной психической заболеваемости говорит о высоком удельном весе во всём массиве первичной заболеваемости лёгких нозологических форм психических болезней (типа различной природы неврозов). Такого рода нозологические формы психических болезней обычно легко формируются и поддаются быстрому купированию, что создаёт высокодинамичный характер изменения во времени

всей совокупности заболеваемости.

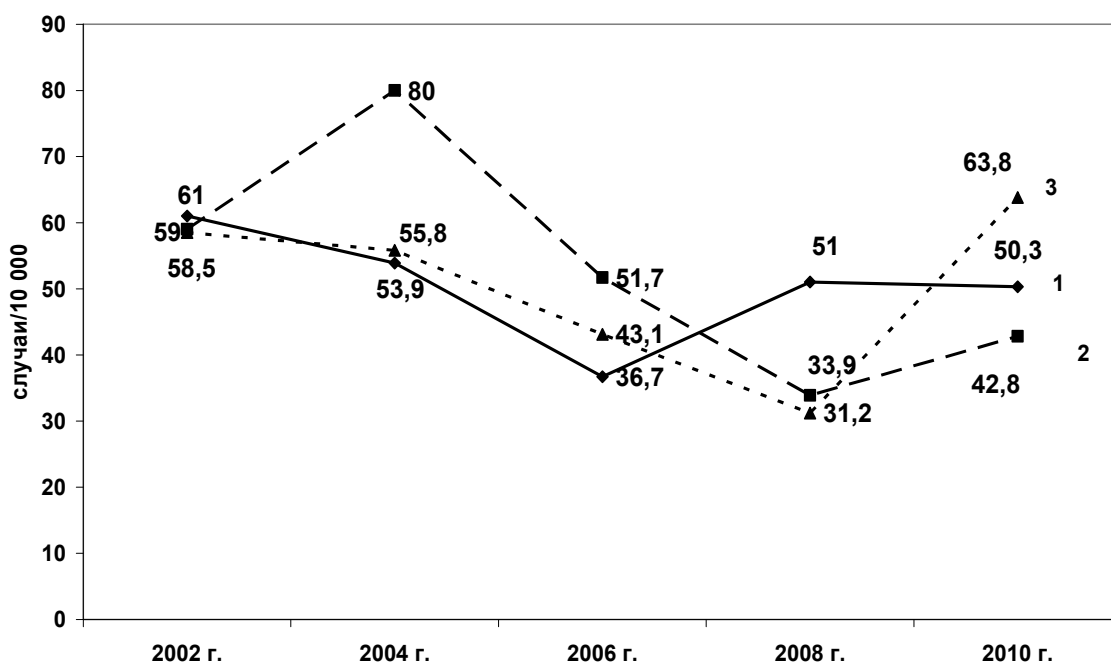
Так, в городах с высокой психической заболеваемостью (высокий и выше среднего рейтинг, рисунки 4.11 и 4.12) отмечается три типа динамических кривых:

◇ 1 тип – быстроволновые изменения с частыми (1-2 года) высокими подъёмами (+28,1 – +31,1%) и последующими быстрыми (1-2 года) и глубокими (-56,5%) спадами (кривые 1 и 2, рисунки 4.11, 4.12 и 4.13, гг. Кировское, Шахтёрск, Краматорск);



Примечание. Ряд 1 – г. Кировское (рейтинг 2); Ряд 2 – г. Ждановка (рейтинг 1);
Ряд 3 – г. Дебальцево (рейтинг 3).

Рис. 4.11. Сравнительная динамика частоты возникновения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди городского взрослого населения с высоким рейтингом первичной заболеваемости

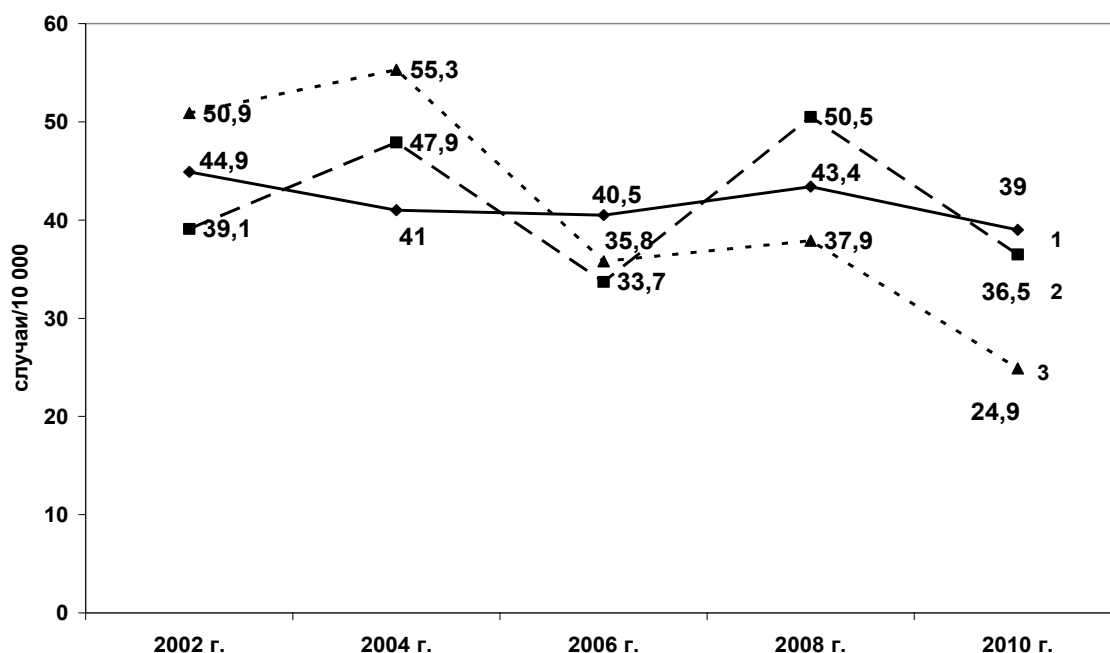


Примечание. Ряд 1 – г. Горловка (рейтинг 9); Ряд 2 – г. Шахтёрск (рейтинг 8);
Ряд 3 – г. Славянск (рейтинг 10).

Рис. 4.12. Сравнительная динамика частоты возникновения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди городского взрослого населения с рейтингом заболеваемости выше среднего

◇ 2-й тип – медленные снижения (3-4 года) с кратковременными быстрыми (1-2 года) и высокими (+43,6 – +104,5%) подъёмами (кривая 3, рисунки 4.11 и 4.12, гг. Дебальцево, Славянск);

◇ 3-й тип – кратковременные устойчивые (1-2 года) исходные периоды и последующие интенсивные продолжительные (4-6 лет) и высокие (+62,3%) подъёмы (кривая 2, рисунок 4.11, г. Ждановка).



Примечание. Ряд 1 – г. Мариуполь (рейтинг 15); Ряд 2 – г. Краматорск (рейтинг 16);

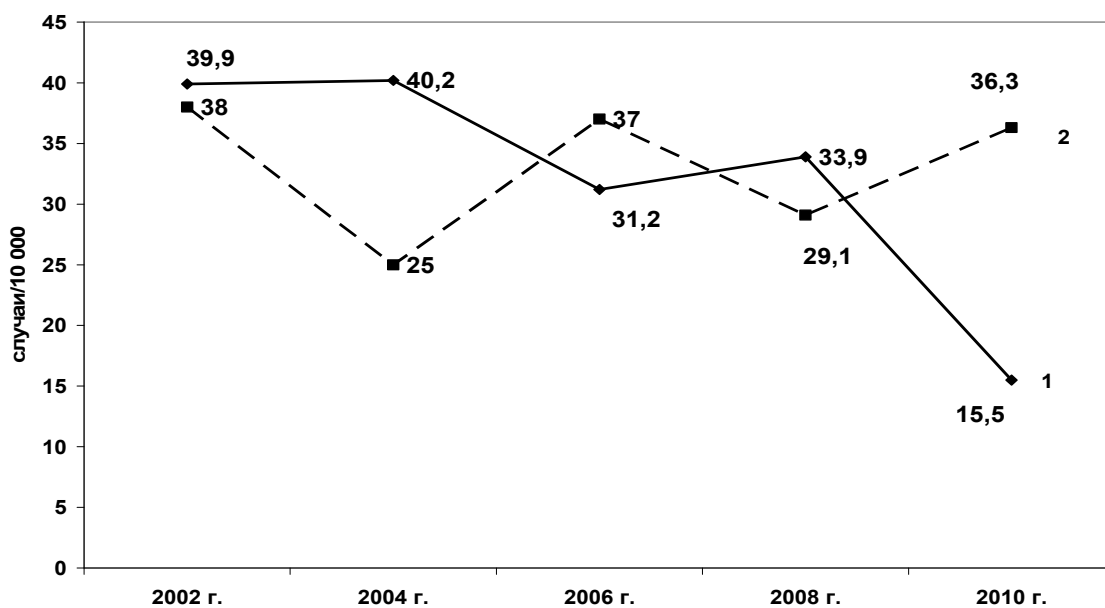
Ряд 3 – г. Дружковка (рейтинг 17).

Рис. 4.13. Сравнительная динамика частоты возникновения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди городского взрослого населения со средним рейтингом заболеваемости

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.

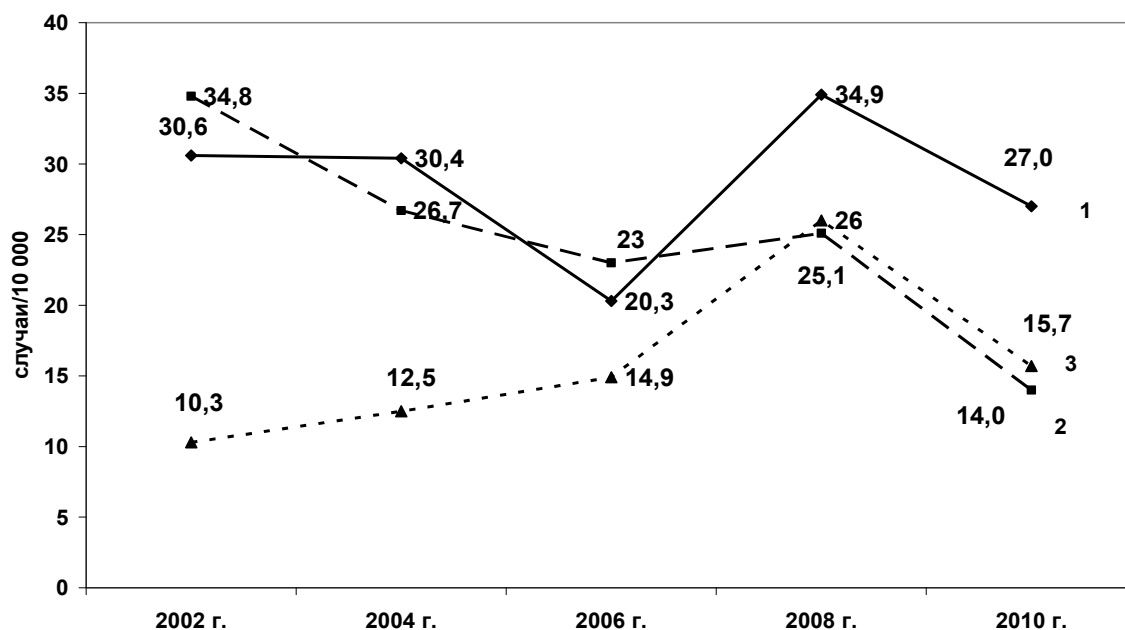
Как свидетельствуют рисунки 4.14 и 4.15, при низкой и очень низкой психической заболеваемости населения отмечаются два типа кривых, для которых характерно общее свойство – медленноволновые изменения во времени. При этом медленноволновой процесс развивается преимущественно по трём типам:

◇ 1-й тип – ступенчатое медленное снижение и подъём (кривая 1, рисунки 4.14 и 4.15, гг. Дзержинск и Новогородовка);



Примечание. Ряд 1 – г. Дзержинск (рейтинг 23); Ряд 2 – г. Артёмовск (рейтинг 25).

Рис.4.14. Сравнительная динамика частоты возникновения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди городского взрослого населения с низким рейтингом заболеваемости



Примечание. Ряд 1 – г. Новогородовка (рейтинг 26); Ряд 2 – г. Донецк (рейтинг 27);
Ряд 3 – г. Снежное (рейтинг 28).

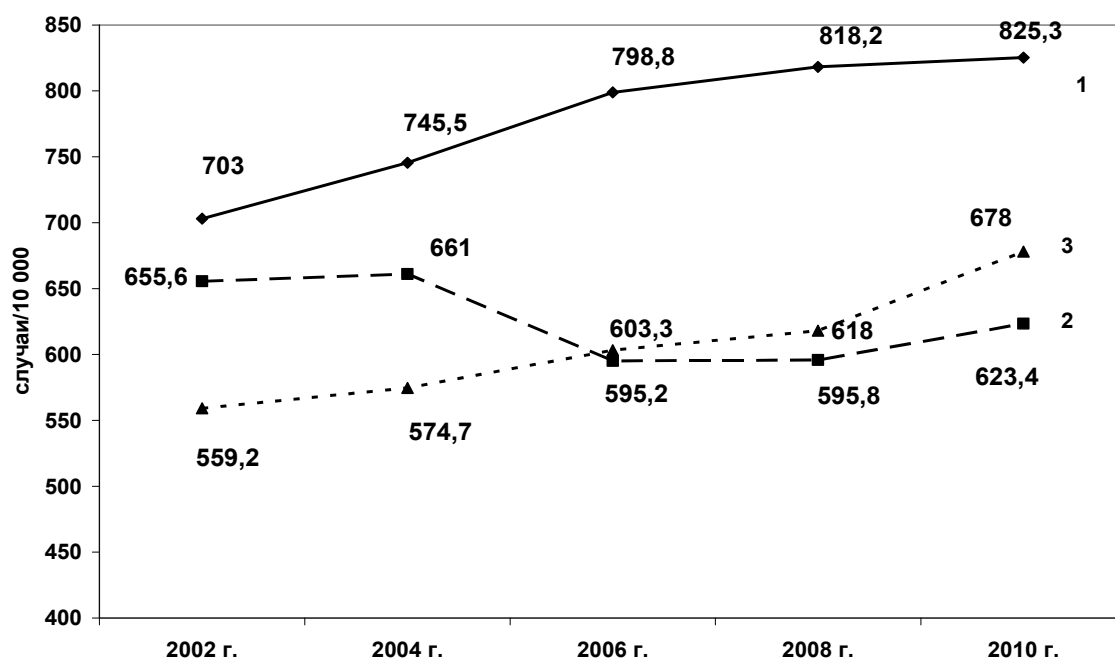
Рис. 4.15. Сравнительная динамика частоты возникновения болезней, связанных с расстройством психики и поведения среди городского взрослого населения с очень низким рейтингом заболеваемости

◇ 2-й тип – плавные волновые изменения в виде медленных снижений (3-4 года) и последующих постепенных (4-5 лет) низкотемповых (+3,15% случаев/год) повышений (рисунок 4.14, кривая 2, г. Артёмовск);

◇ 3-й тип – продолжительный устойчивый период (4-6 лет) с последующим медленным и глубоким снижением (кривая 2, рисунок 4.15, г. Донецк).

Подобные динамические формы характерны для заболеваемости преимущественно тяжёлыми нозологическим формами психической патологии. Показатели распространённости психических болезней имеют иной характер динамики.

Как показано на рисунке 4.16, динамика показателя распространённости психических болезней среди городского населения с высоким рейтингом данного вида заболеваемости, характеризуется медленным прямолинейным или слабоволновым процессом повышения, что вполне адекватно отражает происходящее инертное накопление в общественной среде данной патологии преимущественно хронического характера (кривые 1; 2; 3; гг. Горловка, Шахтёрск, Макеевка).



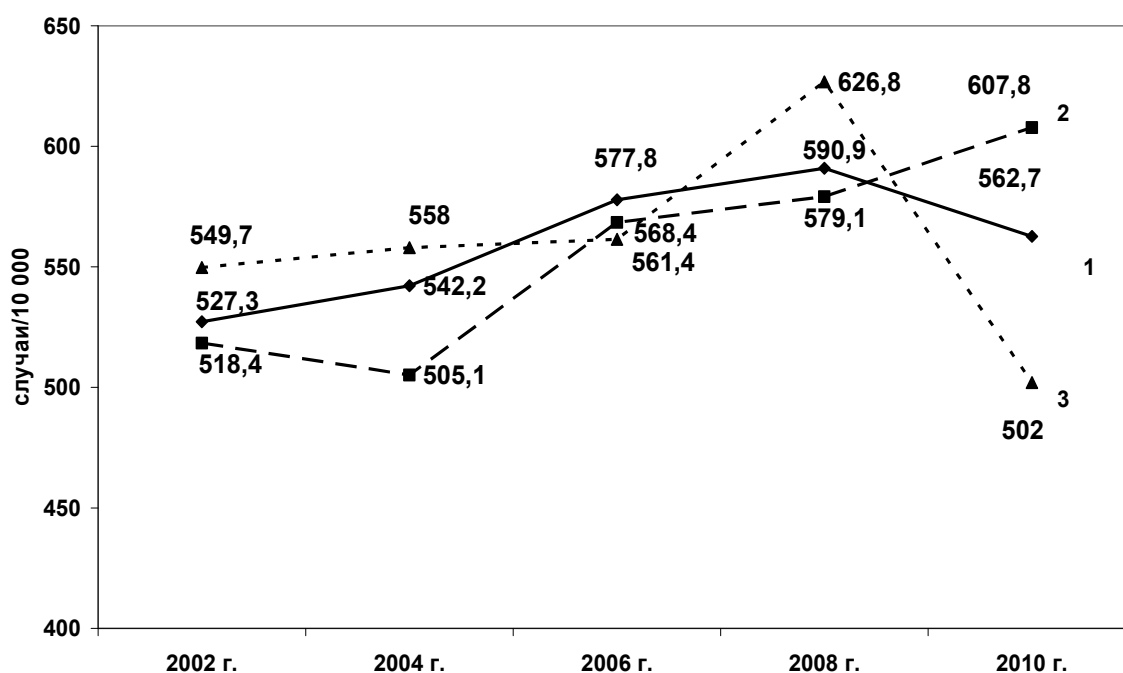
Примечание. Ряд 1 – г. Горловка (рейтинг 1); Ряд 2 – г. Шахтёрск (рейтинг 3);

Ряд 3 – г. Макеевка (рейтинг 3).

Рис. 4.16. Сравнительная динамика распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди городского взрослого населения с

высоким рейтингом заболеваемости

В то же время, при более низком уровне распространённости болезней среди городского населения имеет место разномодульный характер динамических кривых психической заболеваемости, в виде прогрессивно растущих прямолинейных или слабоволновых форм (рисунок 4.17, кривые 1 и 2, гг. Мариуполь, Енакиево) а также вариантов с высокодинамичными с умеренными подъёмами (+11,7%) и спадами (-19,9%), что свидетельствует о наличии в массиве распространённых психических болезней достаточно значительного удельного веса не только тяжёлых хронических нозологических форм болезней, но и более лёгких нозологий, протекающих остро, поэтому поддающихся эффективному лечению, чем предопределяется волновой характер динамики уровня распространённости этих видов болезней (рисунок 4.17, кривая 3, г. Дружковка).



Примечание. Ряд 1 – г. Мариуполь (рейтинг 12); Ряд 2 – г. Енакиево (рейтинг 14);

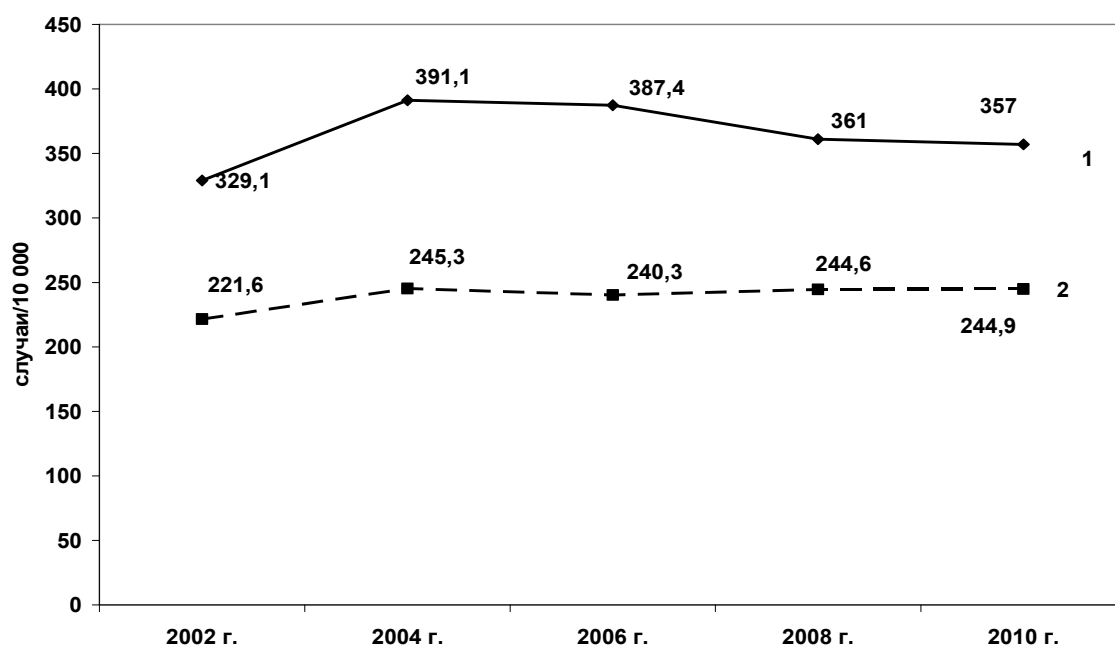
Ряд 3 – г. Дружковка (рейтинг 13).

Рис. 4.17. Сравнительная динамика частоты распространения болезней, связанных с расстройством психики и поведения среди городского взрослого населения со средним рейтингом заболеваемости

При низком уровне показателей распространённости психических болезней среди городского населения, динамические кривые заболеваемости

имеют вид устойчивых прямых линий, что свидетельствует о малоактивном процессе накопления болезней, но преимущественно хронических тяжёлых нозологических форм, поэтому уровень обще заболеваемости длительное время слабо изменяется, оставаясь длительно на низком и стабильном уровне (рисунок 4.18, кривые 1 и 2, гг. Селидово и Новогородовка).

Следовательно, долгосрочные динамические кривые психической заболеваемости 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.



Примечание. Ряд 1 – г. Селидово (рейтинг 25); Ряд 2 – г. Новогородовка (рейтинг 28).

Рис. 4.18. Сравнительная динамика распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди городского взрослого населения с низким рейтингом заболеваемости

При этом, чем больше удельный вес лёгких нозологических форм психических болезней во всей массе их распространённых и чем выше частота возникновения первичных случаев заболеваний, тем более выражена волновая форма динамической кривой общей или первичной заболеваемости городского

населения болезнями, связанными с расстройством психики и поведения.

Форма динамических кривых первичной и общей (распространённой) заболеваемости городского населения психическими болезнями отражает характер, уровень и направление развития заболеваемости населения, это может использоваться для прогноза заболеваемости, как по уровню, так и по её характеру развития во времени.

4.3. 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.

Как видно из таблицы 4.23, 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.

Таблица 4.23

**Ранговые уровни инвалидизации населения
о причине различных болезней в условиях Донбасса**

Болезни как причина инвалидности	Всё взрослое население		Всё трудоспособное население	
	Ранг	Показатель первичной инвалидности на 10 000 человек	Ранг	Показатель первичной инвалидности на 10 000 человек
Болезни системы кровообращения	1	9,0	1	10,2
Травмы и отравления	2	7,5	2	10,0
Новообразования	3	7,3	3	8,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.	4	5,7	4	7,2
Болезни органов дыхания	5	3,5	6	4,2
Расстройства психики и поведения	6	3,2	5	4,5
Профессиональные болезни	7	2,6	7	3,6
Болезни нервной системы	8	2,4	8	3,3
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	9	2,1	10	2,6
Туберкулёз	10	1,9	9	2,8
Производственные травмы и отравления	11	1,8	11	2,5
Болезни глаз и придаточного аппарата	12	1,2	13	1,3
Болезни органов пищеварения	13	1,1	12	1,6

Как следует из таблицы 4.24, средний уровень инвалидизации всего взрослого населения по причине расстройств психики находится в пределах

3,2±0,1 случаев, что составляет 5,8±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±0,2 случаев, т.е. 6,5±0,1% случаев от общего показателя инвалидизации. Следовательно, психические болезни выступают как одна из ведущих причин инвалидизации населения. В динамике времени процесс инвалидизации существенно изменился.

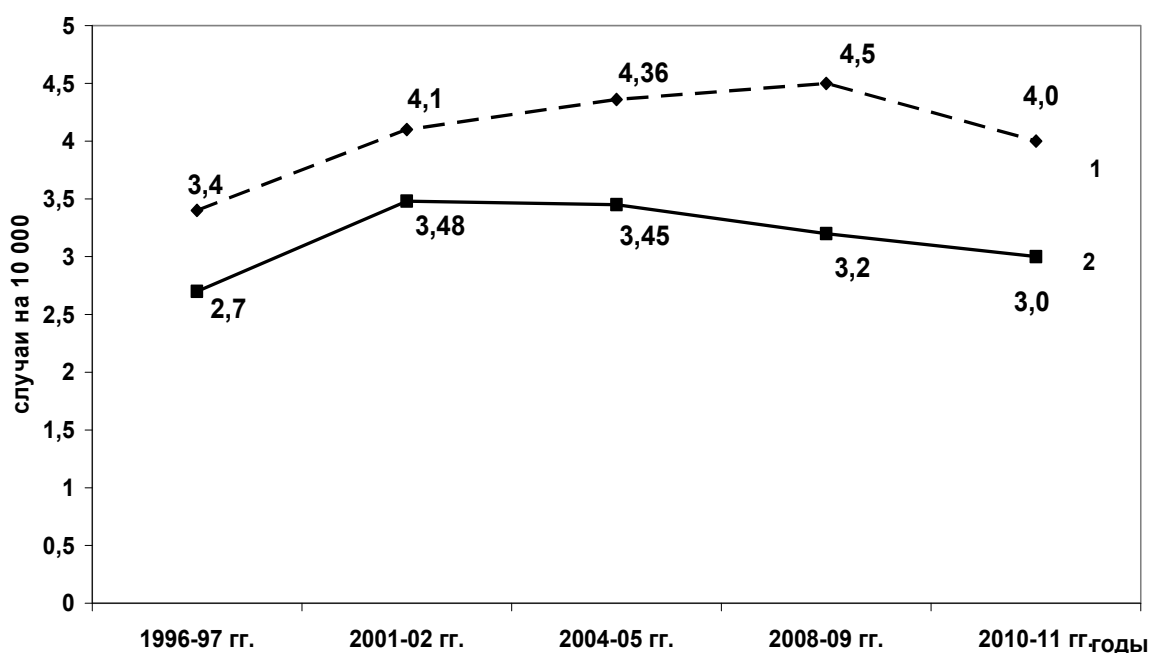
Таблица 4.24

Показатели частоты инвалидизации населения по причинам болезней, связанных с расстройством психики и поведения

Контингенты населения	Общий показатель инвалидизации по всем причинам, случаи на 10 000 человек	Показатель инвалидизации по причине психических расстройств, случаи на 10 000 человек	Удельный вес инвалидизации по причине психических расстройств, %
Всё взрослое население Донецкой обл.	55,5±1,7	3,2±0,1	5,8±0,1
Всё трудоспособное население Донецкой обл.	66,9±2,0 t=4,3	4,5±0,2 t=5,9	6,5±0,1 t=5,0

Как видно из рисунка 4.19, кривая инвалидизации сформировавшаяся на отрезке последних 15-16 лет (1996-97 – 2010-11 годы) имеет вид слабо выраженной параболы. Причём чётко параболическая форма динамической кривой видна по показателям инвалидизации расстройств психики и поведения среди всего взрослого населения и менее выражена по показателям трудоспособного населения.

Параболическая кривая динамики инвалидизации всего взрослого населения по причине расстройств психики и поведения, сформировалась на протяжении 15-16 лет за счёт значительного подъёма этого процесса во второй половине 90-х годов, когда инвалидизация возросла за 4-5 лет (к 2001-2002 гг.) на 28,9%, а затем начался её медленный спад на протяжении всего 10-летнего периода 2000-х годов (2001-2011 гг.). За этот период показатель инвалидизации по причине расстройств психики и поведения среди взрослого населения снизился на 5,7% случаев и стал равняться 3,0 случая на 10 000 человек.



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

Рис.4.19. Динамика инвалидизации населения по причине болезней, связанных с расстройством психики и поведения

Формирование параболической кривой динамики инвалидизации по причине расстройств психики и поведения трудоспособной части населения происходит на основе несколько иных закономерностей, а именно: медленный подъём её на протяжении второй половины 90-х и первой половины 2000 годов, когда она поднялась на 32,4%, и последующего достаточно активного снижения, когда её показатель среди трудоспособного населения уменьшился за 3-4 года на 11,1% и стал составлять 4,0 случая на 10 000 человек. При этом,

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. Такой устойчивый разрыв показателей инвалидизации между трудоспособной частью взрослого населения и общим контингентом взрослого населения с выраженным превалированием инвалидизации трудоспособных людей, свидетельствует о большой детерминационной роли труда в формировании психических болезней среди взрослого населения.

Частым исходом инвалидизации является смертность населения. Как следует из таблиц 4.25 и 4.26, 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.

Так, смертность населения от болезней системы кровообращения больше в 169,5 раз, от новообразований в 36,0 раз, от травм, отравлений и несчастных случаев в 20,2 раза, от болезней органов пищеварения в 13,0 раз, от инфекционных и паразитарных болезней в 8,4 раза, от болезней органов дыхания в 5,9 раза, от симптомов и неточно обозначенных состояний и от болезней нервной системы в 3,8 и 4,4 раза.

Таблица 4.25

Ранговые уровни и структура смертности населения по основным причинам

Классы болезней как основная причина смертности	Ранг	Удельный вес, %	Показатель смертности, случаи на 10 000
Болезни системы кровообращения	1	63,7	106,8
Новообразования	2	13,5	22,7
Травмы, отравления, несчастные случаи	3	7,6	12,7
Болезни органов пищеварения	4	4,9	8,2
Инфекционные и паразитарные болезни	5	3,2	5,3
Болезни органов дыхания	6	2,2	3,7
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	7	1,7	2,8
Болезни нервной системы	8	1,4	2,4
Болезни мочеполовой системы	9	0,4	0,7
Болезни эндокринной системы	10	0,39	0,65
Психические расстройства	11	0,38	0,63
Врождённые аномалии	12	0,2	0,36
Болезни кожи и подкожной клетчатки	13	0,07	1,14
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	14	0,05	0,85
Осложнения беременностей	15	0,04	0,65
Болезни крови и кроветворных органов	16	0,01	0,22

Близкие, к причине психических болезней, показатели смертности, формируются только за счёт болезней мочеполовой системы (0,7 случаев) и болезней эндокринной системы (0,65 случаев), превосходящие показатель

смертности по причине психических болезней (0,63 случаев на 10 000 человек) только в 1,11 и в 1,03 раза.

Таблица 4.26

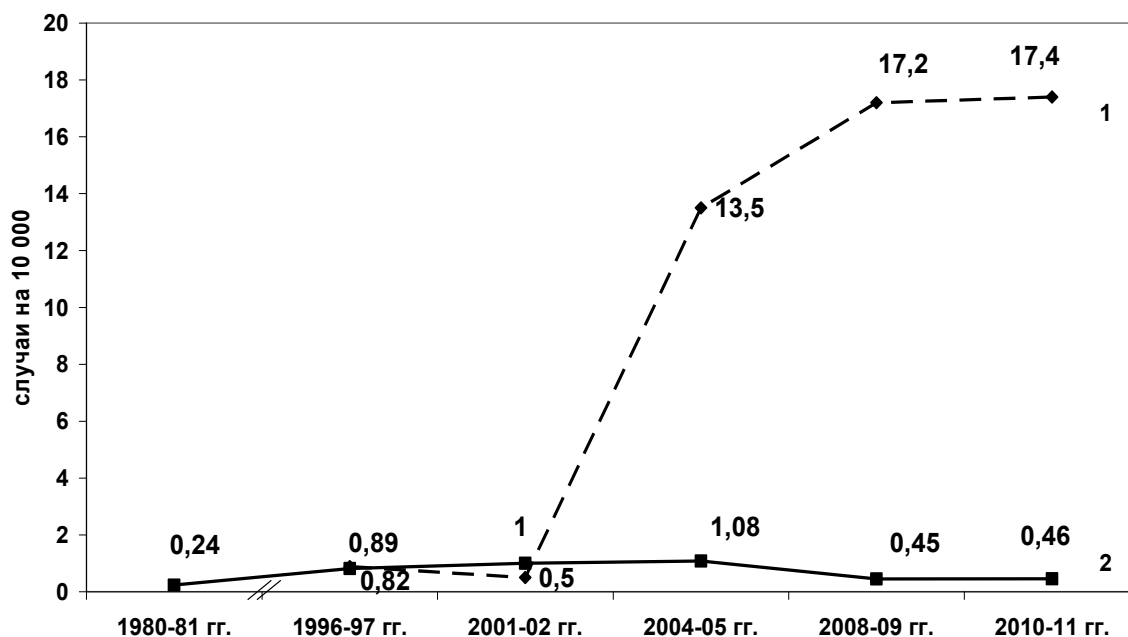
**Показатели смертности различных контингентов населения
по причине психических расстройств**

Контингенты населения	Показатель смертности, случаи на 10 000 чел.	Удельный вес случаев смертности, %
Всё взрослое население	0,63	0,38
Всё взрослое население, пострадавшее от чернобыльской аварии	10,3	1,32

Следовательно, психические болезни не могут рассматриваться как одна из ведущих причин смертности населения, а только как лишь ведущая причина инвалидизации. Об этом в частности свидетельствует динамика показателей смертности населения по причине психических болезней. Так, как видно на рисунке 4.20, 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.

Тем не менее, на фоне высокой стабильности динамическая кривая смертности взрослого населения по причине психических болезней повторяет в слабо выраженном варианте параболическую форму инвалидности. Данная динамическая форма кривой смертности сформировалась за счёт медленного в течение 80-х и 90-х и вплоть до середины 2000 годов подъёма показателей психической заболеваемости с последующим медленным снижением этих показателей во второй половине 2000-2011 годов. При этом, показатель смертности увеличился за 25 лет (с 1980-81 до 2004-05 годы) в 4,5 раза (с 0,24 до 1,08 случаев), а затем с 2004-05 годов к 2010-11 годам снизился в 2,4 раза и стал составлять 0,46 случаев на 10 000 человек, то есть в 1,9 раза выше

показателя, который регистрировался в 1980-81 годах. Следовательно, настоящий показатель смертности взрослого населения по причине психических болезней больше почти в 2,0 раза от такового в 80-х годах XX-го столетия. Однако, резкие отличия от общей динамики характерны для динамической кривой смертности взрослого населения, которое пострадало от чернобыльской аварии.



Примечание. Ряд 1 – взрослое население, пострадавшее от чернобыльской аварии;

Ряд 2 – всё взрослое население.

Рис. 4.20. Динамика смертности различных контингентов населения по причине болезней, связанных с расстройством психики и поведения

Как свидетельствует кривая 2 рисунка 4.20, после небольшого спада показателя смертности «чернобыльцев» во второй половине 90-х годов, начиная с 2001-02 годов произошёл резкий (в 34,4 раза) подъём смертности этого контингента населения по причине психических заболеваний к 2008-09 годам 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.

Резюме.

1. Среднеобластной показатель первичной заболеваемости населения Донецкой области болезнями, связанными с расстройством психики и поведения находится в пределах $40,9 \pm 0,1$ случаев на 10 000 человек.

2. Существуют устойчивые территориальные различия частоты возникновения первичных случаев болезней, связанных с расстройством психики и поведения как для городского, так и сельского населения, разделяющие первичную заболеваемость на 4 условных уровня: максимальный ($76,3 \pm 2,5$ случаев городское и $40,5 \pm 4,7$ случаев на 10 000 человек сельское население), средний ($53,9 \pm 1,3$ случаев городское и $24,3 \pm 1,5$ случаев сельское население), ниже среднего ($41,1 \pm 1,8$ случаев городское и $14,4 \pm 1,0$ случаев сельское население) минимальный ($22,9 \pm 2,5$ случаев городское и $8,2 \pm 0,7$ случаев сельское население).

3. Динамика первичных психических расстройств носит волновой характер и имеет устойчивую тенденцию к снижению показателей данной заболеваемости, особо выраженную к концу десятилетия (2009-10 годы).

4. Среднеобластной показатель распространённости среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, составляет $500,9 \pm 11,8$ случаев на 10 000 человек. Среди взрослой части населения Донбасса этот показатель выше среднеобластного и находится в пределах $531,7 \pm 12,5$ случаев на 10 000 человек. Среди других возрастных и социальных категорий населения показатель распространённости психических болезней ниже среднеобластной его величины, особенно среди сельской части населения, где он равняется $250,0 \pm 11,9$ случаев на 10 000 человек.

5. Динамика показателей распространённости среди населения психических болезней имеет волновой характер с падением уровня к середине последнего десятилетия (2000-2010 гг.) и активным ростом во второй его половине, начиная с 2005 года. Увеличение показателя распространённости психических болезней за последние 5 лет составило 7,9% среди взрослой его части. Рост показателей распространённости психических болезней происходит

на фоне достаточно устойчивой динамики показателей частоты возникновения первичных случаев заболеваний.

6. Диспансерные формы первичной психической заболеваемости составляют 52,3% от общего массива всей заболеваемости населения Донецкой области. Среди городского населения диспансерные формы первичной психической заболеваемости занимают 55,4 случаев, а среди сельского населения 37,8 случаев. Среди общего массива распространённых среди населения Донецкой области психических болезней диспансерные формы болезней составляют 48,8%.

7. Частота возникновения и распространения психических заболеваний среди всего взрослого населения Донецкой области составляет, соответственно, $41,6 \pm 0,2$ и $571,7 \pm 12,5$ случаев, а для городского населения $39,5 \pm 0,3$ – $545,9 \pm 1,0$ случаев на 10 000 человек.

Показатель частоты возникновения первичных случаев заболеваний среди взрослого городского населения ниже среднеобластного, а распространённости значительно выше. По частоте возникновения первичных случаев психическая заболеваемость взрослого городского населения распадается на 9 статистически достоверных рангов, а каждый город имеет свой устойчивый среднестатистический рейтинг заболеваемости населения.

8. Динамика первичной психической заболеваемости городского взрослого населения характеризуется волновыми свойствами на фоне постоянного ступенчатого снижения на протяжении последних десяти лет с конечным уровнем снижения 24,4% случаев при итоговой частоте в 33,7 случаев на 10 000 чел. В первой половине десятилетия уровень первичной заболеваемости городского взрослого населения психическими болезнями выше среднеобластного показателя, а во второй его половине ниже.

Динамика показателя распространённости психических болезней среди взрослого городского населения характеризуется менее выраженными волновыми свойствами, продолжительным подъёмом и кратковременными неглубокими (6,2%) спадами.

9. Расстройства психики и поведения как причина инвалидизации занимают в общей структуре всех причин инвалидизации взрослого населения высокое 6-е ранговое место с показателем 3,2 случаев на 10 000 человек, а среди трудоспособной части населения 5-е место с показателем 4,5 случаев на 10 000 человек. Психические болезни выступают как одна из ведущих причин инвалидизации взрослого населения с удельным весом случаев инвалидности среди всего взрослого населения на уровне $5,8 \pm 0,1\%$, а среди трудоспособной его части – $6,5 \pm 0,1\%$.

10. Динамика 15-16 летнего процесса инвалидизации имеет форму слабовыраженной параболы, сформировавшейся за счёт значительного подъёма инвалидизации во второй половине 90-х годов (на 28,9%) с последующим медленным спадом на протяжении 10-летнего периода (2001-11 гг.), когда показатель инвалидности снизился на 5,7% случаев и стал равняться 3,0 случаям на 10 000 человек. Среди трудоспособной части взрослого населения инвалидизация поднималась во второй половине 90-х годов и первой половине 2000 годов и возросла на 32,4%, а затем за последние 3-4 года снизилась на 11,1% и её показатель стал равняться 4,0 случаям на 10 000 человек.

11. Показатель смертности по причине расстройств психики и поведения среди взрослого населения незначительный, занимает 11-е ранговое место с удельной величиной в пределах 0,38% случаев. При этом, показатель смертности длительно (до 30 лет) удерживается на низком уровне (0,24-1,08 случаев на 10 000 человек)

Высокий показатель смертности по причине психических болезней сформировался в 2000-10 годах, среди «чернобыльцев» он стал составлять 17,2-17,4 случаев на 10 000 человек.

РАЗДЕЛ 5

КЛЮЧЕВЫЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Хорошо известно, что многие расстройства психического здоровья человека, предопределяются внешнесредовыми факторами, которые лежат в основе процесса экзогенной психогенной детерминации. С развитием цивилизации, особенно с переходом общества в эпоху индустриализации, когда резко ускорился и изменился образ жизнедеятельности человека, роль экзогенных факторов в формировании расстройств психики и поведения резко возросла. Интенсивный экзогенный психодетерминизм в современном обществе связан с появлением диссонанса между социальными и биологическими ритмами, который стал характерным процессом образа жизнедеятельности современного человечества. Надо полагать, что явление социально-биологического диссонанса, лежащего в основе экзогенного детерминизма психических расстройств современного человека, может усиливаться в условиях индустриализации общества. По этой причине разработка мер, способных блокировать процессы экзогенного нейродетерминизма представляется действием первоочередной актуальности в оптимизации режима и условий жизнедеятельности современного общества. Поэтому, эта часть данной работы посвящена анализу роли отдельных экзогенных факторов риска в механизме нейродетерминизма. Эти факторы риска можно разделить на следующие однородные группы: макроэкономические и макропсихологические, профессиональные, образа и социальных условий жизни, экологические, алиментарные.

5.1. Макроэкономические, макропсихологические и профессиональные психогенные факторы риска

Известно, что общие кризисы экономического, политического и

социального характера формируют депрессивные процессы в обществе и неблагоприятно сказываются на общественном здоровье. Такие процессы особенно сильно стимулируют эмоционально-стрессовую реакцию человека, повышают психологическую тревожность населения, что является эффективной основой для формирования болезней человека и особенно нейроадекватных, то есть связанных с расстройством психики и поведения людей.

5.1.1. Макроэкономические, макропсихологические факторы риска. Как следует из результатов таблицы 5.1, жизнедеятельность населения Донбасса в условиях выраженного экономического кризиса, характерного для 1993-1997 годов, связана с существенным подъёмом психических болезней среди взрослой его части. При этом, увеличивается как частота возникновения, так и частота распространения этих болезней. Так, по сравнению с благоприятным экономико-политическим периодом (1980-1982 годы) развития региона частота возникновения среди населения первичных случаев расстройств психики и поведения увеличилась в 1993-1997 годы в 1,9 раза, а показатель распространённости в 1,92 раза. Причём, особо большой рост характерен для такой нозологической группы как аффективные психологические расстройства, которые увеличились к 1993-1997 годам в 6,3 раза. Подобный, резко выраженный подъём аффективных психических расстройств, можно рассматривать как специфическое явление, свидетельствующее о высоком нервно-психическом напряжении населения, а показатель частоты возникновения аффективных психических расстройств как оценочный прогностический критерий динамики общих показателей частоты возникновения и распространения среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения людей. О большой роли общеэкономических факторов в нарушении психического здоровья населения свидетельствуют показатели общего уровня жизни как производного явления от общеэкономического состояния общества.

Как видно из таблицы 5.2, при сравнении частоты первичных случаев возникновения психических расстройств двух когорт населения с резко

отличающимися среднегодовым и финансовыми доходами, определяющими их уровень жизни, видно, что среди когорты населения, уровень жизни которой характеризуется как уровень жизни в пределах черты бедности, общий показатель возникновения первичных психических расстройств в 1,8 раза выше, чем среди группы населения со среднегодовым финансовым доходом среднего класса.

Таблица 5.2

Сравнительная частота возникновения первичных психических расстройств среди населения с различным финансово-экономическим уровнем жизни

Финансово-экономический уровень жизни по среднегодовому финансовому доходу относительно черты бедности	Общий показатель частоты первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Показатели частоты аффективных психических расстройств, случаи на 10 000
Уровень жизни в пределах черты бедности	52,3±4,5	4,8±0,5
Уровень жизни при финансовом доходе в пределах среднего класса	28,5±2,0	1,5±0,6

В этом отношении, особенно показательно выглядят показатели аффективных психических расстройств, которые среди когортной группы населения с уровнем жизни в пределах черты бедности в 3,2 раза выше, чем в группе с хорошим финансово-экономическим уровнем жизни.

Следовательно, общий, особенно глубокий экономико-политический кризис развития общества выступает как выраженный фактор риска, детерминирующий подъём среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, особенно специфического характера типа аффективных психических расстройств.

В условиях экономико-политического кризиса в обществе особую роль в формировании болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека играет безработица. Как показывают результаты таблицы 5.3, в период кризисного в Украине экономико-политического периода 1993-1997 годов, когда безработица среди взрослого населения достигла очень высокого уровня ($>15\%$), общие показатели частоты возникновения и распространения расстройств психики и поведения резко возросли относительно величин, характерных для периода (1980-1982 годы), когда безработица практически полностью отсутствовала.

О бесспорной роли безработицы в подъёме среди населения Донецкого региона болезней психики и поведения свидетельствует трёхэтапная динамика этих болезней, идущая параллельно изменению безработицы. Так, к 1993-1997 годам при наиболее высокой безработице частота общего показателя первичных случаев психических расстройств была максимальной ($46,4 \pm 1,5$ случаев на 10 000), а в период её спада 2004-2006 годов показатель частоты первичных случаев психических расстройств снизился на $17,5\%$ случаев.

Таблица 5.3

Сравнительная частота возникновения и распространения болезней среди взрослого населения, связанных с расстройством психики и поведения при различных уровнях региональной безработицы

Характеристика безработицы	Оценочные периоды времени, годы	Общие показатели первичной заболеваемости, случаи на 10 000	Общие показатели распространённости заболеваний, случаи на 10 000	Показатели первичных случаев аффективных психических расстройств, случаи на 10 000
Отсутствие безработицы или минимальный её уровень (до $0,1\%$)	1980-1982	$23,8 \pm 1,2$	$237,7 \pm 7,8$	$0,2 \pm 0,01$
Высокая безработица (до 15%)	1993-1997	$46,4 \pm 1,5$ $t=11,9$ $r=+0,72$	$456,5 \pm 9,2$ $t=18,1$ $r=+0,4$	$2,0 \pm 0,2$ $t=9,0$ $r=+0,8$
Спад безработицы	2004-2006	$38,3 \pm 1,1$	$508,8 \pm 10,0$	$1,2 \pm 0,1$

Особенно характерно в этом отношении выглядит динамика частоты возникновения среди населения аффективных психических расстройств, как особо связанных с депрессивными состояниями. Так, к периоду максимальной безработицы (1993-1997 гг.) показатель первичных случаев аффективных психических расстройств вырос в 10 раз, а к периоду её спада (2004-2006 гг.) снизился в 1,7 раза. Однако, общий показатель частоты распространения среди населения данных болезней, подобной волновой динамики, увязывающейся с безработицей, не имеет и продолжает прогрессивно нарастать в течение всего этапа разноуровневой безработицы, характерной для 90-х и 2000-х годов. Этот показатель менялся во времени только по темпу роста – к максимальному периоду безработицы он увеличился в 1,9 раза, а к периоду спада 2004-2006 годов увеличение составило 1,11 раза относительно максимального периода безработицы, то есть динамика показателя распространённости этих болезней проявляет инертность во времени и не может служить в качестве оценочного критерия при изучении влияния такого рода факторов риска в формировании болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека, так как он отражает, прежде всего, накопление этой патологии в обществе. О большом значении в увеличении частоты первичных случаев расстройств психики и поведения безработицы высокого уровня, свидетельствует и коэффициент корреляции, который показывает наличие положительной и сильной связи (+0,72 для общих первичных и +0,8 для аффективных расстройств) этого показателя с уровнем безработицы, а для показателя распространённости только на существование положительной связи средней силы (+0,4).

В условиях большого экономического кризиса также существенную роль в формировании болезней, связанных с расстройством психики и поведения играет интенсивная внутрирегиональная, особенно маятниковая трудовая миграция. Как видно из таблицы 5.4, в условиях глубокого экономико-политического кризиса резко возрастает трудовая внутрирегиональная маятниковая миграция, которая выступает как активный фактор, стимулирующий рост среди населения промышленного региона болезней,

связанных с расстройством психики и поведения.

Таблица 5.4

Сравнительная частота возникновения и распространения болезней среди взрослого населения, связанных с расстройством психики и поведения при различной интенсивности внутрирегиональной трудовой миграции

Показатели интенсивности внутрирегиональной трудовой миграции	Оценочные периоды времени, годы	Общие показатели первичной заболеваемости, случаи на 10 000	Общие показатели распространенности заболеваний, случаи на 10 000	Показатели первичных случаев аффективных психических расстройств, случаи на 10 000
Низкая миграция (0,8 чел./1 000)	1975-1978	20,5±1,2	220,5±6,5	0,21±0,02
Стабильная преимущественно высокая миграция (30 чел./1 000)	2002-2004	42,0±1,4 t=11,9 r=+0,5	519±7,5 t=30,2 r=+0,27	1,1±0,1 t=8,9 r=+0,6

Так, при интенсивной внутрирегиональной, особенно маятниковой, миграции (30 человек на 1 000 населения), связанной с трудовой деятельностью взрослого населения, общий показатель частоты возникновения первичных случаев расстройств психики и поведения среди данной части населения выше в 2 раза, а распространённости в 2,4 раза, чем в экономически благоприятный период, когда подобная миграция почти отсутствует (0,8 чел на 1 000).

При этом, особенно значительным становится показатель аффективных расстройств, увеличивающийся в период интенсивной трудовой миграции в 5,0 раз. На непосредственную роль трудовой миграции как фактора риска болезней населения, связанных с расстройством психики и поведения, указывает

коэффициент корреляции, который показывает наличие положительной средней силы связи частоты возникновения первичных общих и частных (аффективные расстройства) случаев заболевания, а также положительной слабой для показателя распространённости психических болезней с интенсивной трудовой маятниковой миграцией.

Следовательно, глубокий экономико-политический кризис развития общества промышленного региона и ключевые его процессы, такие как безработица, уровень жизни и интенсивная трудовая миграция населения выступают активными фактами риска в формировании болезней, связанных с расстройством психики и поведения.

В условиях макроэкономических кризисов с ростом социально-депрессивных процессов жизнедеятельности людей резко увеличивается общая психологическая тревожность среди городского населения, что существенно стимулирует подъём частоты возникновения первичных случаев психических расстройств.

Как следует из таблицы 5.5, уровень психологической тревожности населения предопределяется выраженностью (глубиной) сформировавшейся социально-экономической депрессии в городском обществе. Особенно, социально-экономическая депрессия наиболее глубокая в малых городах со слабой промышленной базой, что имело место в 90-х годах 20-го столетия в условиях Донбасса.

Так, в этот период в большинстве малых городов с резким спадом экономики в угольной промышленности как градообразующей, уровень психологической тревожности достиг высоких показателей и стал превышать показатель в больших городах со слабовыраженными показателями социально-экономической депрессии (г. Донецк) на 28,9%. В этот период среднегодовая частота первичной заболеваемости населения малых городов болезнями, связанными с расстройствами психики и поведения также выросла и стала превышать таковую больших городов со слабым уровнем психологической тревожности на 50,1% случаев, что явственно свидетельствует о большой

детерминационной роли данного макропсихологического фактора в формировании данной психической заболеваемости городского населения. Иначе говоря, общая психологическая тревожность, формирующаяся посредством процессов и факторов разного характера и природы, выступает как выраженный фактор риска психического здоровья населения, обитающего в такой среде жизнедеятельности.

Таблица 5.5

**Сравнительные показатели частоты возникновения расстройств
психики и поведения среди городского населения в зависимости
от уровня психологической тревожности в обществе**

Характер города	Показатель психологической тревожности по Спилбергу		Среднегодовой показатель психической заболеваемости, случаи на 10 000
	баллы	уровень	
Большой город (от 400 тыс. до 1 млн. чел.) со слабо выраженной социально-экономической депрессией	38,8±0,2	Слабая тревожность	35,7±1,2
Малый город (до 50 тыс. чел.) с выраженной социально-экономической депрессией	50,0±0,3	Высокая тревожность	53,6±1,5 t=9,3

Как следует из данных таблицы 5.6, существует выраженная зависимость между показателями частоты возникновения и распространения психических расстройств и укладом жизни, то есть городского и сельского его типа.

Как видно, имеется прямая сильная корреляционная связь, прежде всего, психических расстройств населения и городского уклада жизни ($r=+0,75$) и менее выражена, хотя и значительна ($r=+0,64$), средняя прямая корреляция этой

патологии с сельским укладом жизни. Корреляционная зависимость психических расстройств населения от уклада жизни резко проявляется по показателям как первичной, так и общей психической заболеваемости. Так, частота возникновения первичных случаев психических расстройств среди населения с городским укладом жизни на 31,6%, а частота распространённости на 32,2% случаев больше, чем среди населения с сельским укладом жизни. Данная зависимость особенно подчёркивает значимость уклада жизни в формировании психических расстройств, когда проявляется на уровне аффективных расстройств психики населения, то есть в виде психических расстройств острого функционального характера.

Таблица 5.6

**Сравнительная частота возникновения и распространения
среди взрослого населения болезней, связанных с расстройством психики и
поведения при городском и сельском укладе жизни**

Наименование уклада жизни	Коэффициент корреляции (величина, направление и сила связи)	Общие среднегодовые показатели частоты возникновения первичных случаев заболеваний, случаи/10 000 человек	Общие среднегодовые показатели частоты распространения болезней, случаи/10 000 человек	Среднегодовые показатели частоты возникновения аффективных психических расстройств, случаи/10 000 человек
Городской уклад жизни	+0,75 (сильная прямая связь)	39,5±0,4	547,7±7,1	2,0±0,1
Сельский уклад жизни	+0,64 (средняя прямая связь)	27,0±0,5 t=19,5	371,5±16,0 t=10,1	1,4±0,1 t=4,3

Как видно из данных таблицы 5.7, частота возникновения аффективных

расстройств при городском укладе жизни на 30% выше, чем среди населения с сельским укладом жизни..

Таблица 5.7

Ключевые параметры городского и сельского уклада жизни населения

Уклад жизни	Ключевые параметры жизни
Городской уклад жизни (гипернапряжённая жизнедеятельность)	1. Напряжённый, жёстко регламентированный, эмоционально насыщенный режим дня
	2. Преимущественно ненатуральный режим питания
	3. Популяционно насыщенная среда обитания
	4. Техногенно изменённая экологическая среда обитания.
	5. Социально интенсивный режим жизни
	6. Коммунальное жилище с необходимым уровнем комфортности
	7. Жёстко регламентированный преимущественно промышленный труд, насыщенный элементами сложности
	8. Гиподинамическое состояние внепроизводственного периода жизнедеятельности
Сельский уклад жизни (гипонапряжённая жизнедеятельность)	1. Режим дня с преимущественно произвольной регламентацией жизнедеятельности
	2. Преимущественно натуральный рацион питания
	3. Наличие условий для организации жизнедеятельности в свободном режиме и ритме
	4. Преимущественно здоровая экологическая среда обитания
	5. Труд, преимущественно протекающий в условиях натуральной природной среды
	6. Преимущественно гипердинамическое состояние внепроизводственного периода жизнедеятельности
	7. Индивидуальное жилище с минимально необходимым или низким уровнем комфортности
	8. Социально медленный ритм жизни
	9. Популяционно разреженная среда обитания

Нейрогенно дифференцированный детерминизм психических расстройств населения при различном типе уклада жизни предопределяется ключевыми особенностями его характера. Как видно из данных таблицы 5.7, городской уклад жизни населения существенно отличается от сельского по 8-9 ключевым параметрам, из которых 6-7 параметров предопределяются более напряжённым

характером жизнедеятельности человека, то есть городской уклад жизни вполне укладывается в определение как гипернапряжённый уклад жизни, тогда как сельский в сравнении с городским выглядит как гипонапряжённый.

При подобном анализе уклада жизни проявляются истоки его психогенности и дифференцированная степень его силы в формировании психических расстройств населения. Следовательно, уклад жизни человека выступает как интегральный фактор в формировании психических расстройств человека и ключевая причина устойчивых различий показателей заболеваемости психическими расстройствами между городским и сельским населением.

5.1.2. Профессиональные психогенные факторы риска. Известно, что профессиональная деятельность человека в современном индустриальном обществе часто становится причиной расстройств его психики и поведения. Причём, чем более высокий уровень индустриализации общества, тем более высокая частота возникновения болезней, связанных с расстройством психики и поведения. Поэтому, задачей данного подраздела является оценка значимости отдельных макропрофессиональных направлений деятельности современного человека в формировании расстройств психики и поведения работников в том или ином производстве. Как следует из данных таблицы 5.8, умственный труд разной степени напряжения является распространённой причиной детерминации различных психических расстройств, особенно аффективного характера.

Таблица 5.8

**Сравнительная частота возникновения психических расстройств
среди взрослого населения в зависимости от характера умственного труда**

Характеристика умственного труда	Коэффициент корреляции	Общая частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи/10 000	Частота возникновения первичных случаев аффективных психических расстройств, случаи/10 000
Монотонно-напряжённые виды умственного труда: конвейерные виды труда, редакторские виды труда, отдельные виды операторского труда (в металлургии и строительных материалов, труд реализатора товара)	$r=+0,25$ (прямая слабая связь) контроль	$12,8 \pm 1,1$ 9,0	$1,5 \pm 0,1$ 1,1
Эмоционально-напряжённые виды труда: диспетчерские виды труда, операторские виды труда на сложных объектах управления (операторы горячих прокатных станов, труд водителя транспортных средствах, труд бизнесмена)	$r=+0,75$ (прямая сильная связь)	$28,9 \pm 1,8$	$4,7 \pm 0,2$
Интеллектуально-напряжённые виды труда: труд научного работника, труд преподавателя, труд учащегося учебного заведения	$r=+0,85$ (прямая сильная связь)	$39,9 \pm 2,0$	$7,1 \pm 0,1$

Так, умственный труд монотонно-напряжённого вида, характерный для достаточно широкого спектра профессий, выступает как значимая причина расстройств психики, особенно аффективного характера. Однако, степень психогенной выраженности монотонно-напряжённой умственной деятельности не высока. Так, коэффициент корреляционной связи данной патологии населения с характером профессиональной деятельности работников, в основе которой лежит умственный монотонно-напряжённый труд, составляет всего

+0,25, что означает наличие между этим фактором слабой прямой связи. Этому уровню корреляционной зависимости соответствуют низкие показатели частоты возникновения психических расстройств, показывающие результативную, но небольшую психогенную роль данного фактора трудовой деятельности в формировании психических расстройств: $12,8 \pm 1,1$ случаев общих психических расстройств на 10 000 работников данных видов профессий. Более значимая роль умственного монотонно-напряжённого труда в формировании аффективных расстройств, где показатель частоты возникновения данной нозологии психических заболеваний достаточно существенный и составляет $1,5 \pm 0,1$ случаев на 10 000.

В то же время, роль умственного труда эмоционально-напряжённого характера в формировании психических расстройств резко возрастает. В этом случае отмечается большой коэффициент корреляции ($r=+0,75$), показывающий наличие сильной прямой связи профессиональной деятельности с частотой возникновения первичных случаев психических расстройств, а показатели заболеваемости среди работников с данным характером труда резко возрастают: частота общих первичных психических расстройств возрастает в 2,3 раза, а аффективных – в 3,1 раза.

Иначе говоря, умственный эмоционально-напряжённый труд выступает как выраженный психогенный фактор и большой фактор риска для психического здоровья, особенно в связи с высокой значимостью в детерминации аффективных психических расстройств человека при данном характере труда.

Ещё более выражена психогенная значимость интеллектуально-напряжённого труда, который свойственен широкому спектру работников, занятых учебной и научной деятельностью. В этом случае коэффициент корреляции составляет +0,85 и указывает на наличие между данным видом труда и психическими расстройствами, особенно аффективного характера, прямой и сильной связи, то есть высоконапряжённый интеллектуальный труд выступает как высокосignимый фактор риска возникновения болезней,

связанных с расстройством психики и поведения. Среди работников этого вида труда общий показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств повышается по сравнению с другими видами умственного труда в 3,1 раза (относительно монотонно-напряжённого) и в 1,4 раза относительно эмоционально-напряжённого, составляя $39,9 \pm 2,0$ случаев на 10 000 человек. При этом, особо существенные показатели характерны для аффективных расстройств работников интеллектуально-напряжённых видов труда. Так, показатель аффективных расстройств среди работников интеллектуально-напряжённого труда равняется $7,1 \pm 0,1$ случаям на 10 000 человек, что в 1,7 раза выше, чем при эмоционально-напряжённом, где данный показатель находится на уровне $4,7 \pm 0,2$ случаев на 10 000 человек.

Таблица 5.9

Сравнительная частота возникновения психических расстройств среди взрослого населения в условиях опасных видов труда

Характер опасных видов труда	Коэффициент корреляции	Общая частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи/10 000	Частота возникновения аффективных психических расстройств, случаи/10 000
Опасные виды физического труда в неблагоприятных условиях (горнорабочие)	$r=+0,65$ (прямая сильная связь)	$11,8 \pm 1,3$	$2,4 \pm 0,1$
Опасные виды физического труда в благоприятных условиях (рабочие-высотники)	$r=+0,68$ (прямая сильная связь)	$12,5 \pm 1,2$	$2,8 \pm 0,1$
Опасные виды обслуживающего труда в благоприятных условиях (обслуживающий персонал лётного состава аэрофлота, другие профессии)	$r=+0,74$ (прямая сильная связь)	$28,4 \pm 1,5$	$4,9 \pm 0,2$

Результативными психогенными факторами риска выступают также опасные для жизни виды труда. Причём, степень их значимости в

формировании психических расстройств зависит от уровня вредности производственной среды. Как показывают данные таблицы 5.9, при опасных для жизни видах труда гигиенически благоприятная и неблагоприятная производственная среда выступает как дополнительный фактор, дифференцирующий психогенную результативность данного вида труда.

Однако, основная роль в формировании психических расстройств работников этих видов труда принадлежит степени опасности труда. Так, физически опасные виды труда в благоприятных и неблагоприятных условиях почти равнозначны по психогенной результативности, а именно: коэффициенты корреляции составляют $+0,65$ и $+0,68$ (степень связи средняя), а показатели первичных психических расстройств почти идентичны ($11,8 \pm 1,3$ и $12,5 \pm 1,2$ случаев на 10 000 человек). Психогенные отличия между этими видами труда отличаются только по показателям аффективных психических расстройств, которые несколько выше среди работников с благоприятными условиями труда, но с более высокой степенью опасности, чем подчёркивается первостепенная психогенная значимость опасности труда, а не условий трудовой деятельности.

Вероятнее всего, по этой причине наиболее выражена степень психогенной значимости, характерна для опасных видов обслуживающего труда, но протекающего в благоприятных условиях (обслуживающий персонал лётного состава авиации). Так, среди этих работников отмечается самый высокий, относительно других видов опасного труда, показатель частоты возникновения первичных случаев ($28,4 \pm 1,5$ случаев на 10 000 человек) психических расстройств, особенно аффективного характера, при которых показатель первичных психических расстройств выше в 1,75 раза относительно опасного физического труда, протекающего также в благоприятных условиях, составляя $4,9 \pm 0,2$ случаев на 10 000 человек. При этом, корреляционная связь этого вида труда с психическими расстройствами становится сильной с коэффициентом $+0,74$.

Однако, как следует из таблицы 5.10, условия труда, особенно некоторые высоковредные факторы, также имеют значение в формировании психических

расстройств работников. Так, особо выраженными свойствами психогенного характера обладает труд, протекающий в условиях производственной среды, загрязнённой химическими веществами.

Таблица 5.10

Сравнительная частота возникновения психических расстройств среди взрослого населения, занятого во вредных условиях труда

Характер вредных видов труда	Коэффициент корреляции	Общая частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи/10 000	Частота возникновения аффективных психических расстройств, случаи/10 000
Труд в условиях производственной среды, загрязнённой химическими веществами (химические, коксохимические производства)	$r=+0,45$ (прямая средняя связь) контроль	$21,4 \pm 1,4$ 9,0	$3,3 \pm 0,1$ 1,1
Труд в условиях интенсивного шума (машиностроение, листопрокатное производство (100-120 ДБ))	$r=+0,38$ (прямая средняя связь)	$22,8 \pm 1,5$	$2,8 \pm 0,1$
Труд в условиях больших перепадов и уровня низкой и высокой температуры воздуха производственной среды (плавильное производство металлургических предприятий)	$r=+0,12$ (прямая слабая связь)	$5,4 \pm 0,4$	$1,1 \pm 0,03$

В этих условиях показатель первичных случаев психических заболеваний составляет $21,4 \pm 1,4$ случаев на 10 000 человек при коэффициенте корреляции $+0,45$, что свидетельствует о средней силе связи химического фактора, загрязняющего производственную среду с частотой возникновения психических болезней. Подобные психогенные показатели характерны и для

труда, протекающего в условиях интенсивного шума (100-120 ДБ). В этом варианте частота первичных случаев психических расстройств составляет $22,8 \pm 1,5$ случаев на 10 000 человек, а коэффициент корреляции равняется +0,38, то есть указывает на среднюю силу связи между данным производственным фактором и частотой возникновения психических расстройств.

Значительно менее психогенно значимым фактором выступают микроклиматические параметры производственной среды, такие как низкая (+5 – +8°C) и высокая (+25 – +30°C) температура производственной среды с большими её перепадами. Этот производственный фактор имеет слабую корреляционную связь ($r=+0,12$) с частотой возникновения первичных случаев психических расстройств, а показатель частоты их возникновения невысокий и составляет $5,4 \pm 0,4$ случаев на 10 000 человек. Иначе говоря, такие производственные факторы, как химические вещества, насыщающие воздух производственной среды химического производства, и интенсивный производственный шум (100-120 ДБ) являются выраженными психогенными факторами, то есть производственно обусловленными факторами риска для психического здоровья работников. Особо значимы в психогенном отношении эти факторы в формировании аффективных психических расстройств, то есть функциональных нарушений со стороны психического здоровья. Причём, высокий риск возникновения аффективных психических расстройств в связи с химическими факторами производственной среды, особенно в химическом и коксохимическом производстве, где показатель этих расстройств равняется $3,3 \pm 0,1$ случаев на 10 000 человек, тогда как в условиях высокого производственного шума как второго выраженного психогенного фактора риска, показатель аффективных расстройств составляет $2,8 \pm$ случаев на 10 000 человек. Наименее существенными производственными факторами риска для психического здоровья работников являются микроклиматические параметры производственной среды, где уровень аффективных психических расстройств значительно (в 2,5-3 раза) ниже, чем при химическом и шумовом факторах профессионального психогенного риска.

Как следует из данных таблицы 5.11, значительную роль в нарушении психического здоровья населения, особенно активно занятого в производственно-промышленной деятельности, играет суточный режим производственной работы. Так, работники, постоянная работа которых связана с частыми ночными сменами, подвергаются достаточно большому риску нарушения психического здоровья. Среди населения, часто выполняющего работу в ночной период, частота возникновения общих первичных случаев психических расстройств в 1,5 раза, а аффективных в 2,3 раза выше, чем среди работающего населения абсолютно без ночных смен.

Таблица 5.11

**Сравнительная частота возникновения
первичных психических расстройств среди профессиональных групп
населения с различной частотой ночных смен работы**

Частота ночных смен работы	Общий показатель частоты первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Показатели частоты аффективных психических расстройств, случаи на 10 000
Производственная деятельность с частыми ночными сменами (4-8 раз в месяц); n=155	38,5±2,1	2,7±0,2
Производственная деятельность без ночных смен; n=193	25,5±1,6	1,2±0,1

Следовательно, режим работы с ночными сменами, а тем более вся производственная деятельность человека в ночной период является выраженным психогенным фактором риска, способным значительно нарушить психическое здоровье людей.

5.2. Экологические психогенные факторы риска

Природная среда содержит достаточно большое число факторов, способных неблагоприятно влиять на психику человека. Это предопределяется как уникальным характером функционирования солнечной системы, так и интенсивностью или видом социальной деятельности человека, которая существенно изменяет экологическую среду земли. Подобные процессы формируют ряд факторов экологической среды, обладающих выраженными психогенными качествами. Поэтому, данный раздел посвящён психогенной значимости некоторых факторов экологической среды, с которыми наиболее часто контактирует человек в процессе жизнедеятельности.

5.2.1. Аэрогенные факторы риска. Как следует из данных таблицы 5.12, уровень частоты возникновения первичных случаев заболеваемости и распространённости среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения существенно зависит от величины техногенной нагрузки на экологическую среду населённых мест.

Таблица 5.12

**Заболеваемость населения психическими болезнями
при различном уровне техногенной нагрузки на экологическую среду**

Уровень техногенной нагрузки, тонн/км ²	Показатель первичной заболеваемости, случаи на 10 000 чел.	Показатель распространённости болезней, случаи на 10 000 чел.
Максимальный уровень техногенной нагрузки на городскую среду: $\frac{3680,4 \pm 210,7}{1568,9 - 22500,8}$	44,9 $\pm$ 2,5	550,6 $\pm$ 18,8
Минимальный уровень техногенной нагрузки на городскую среду: $\frac{27,5 \pm 0,9}{15,0 - 38,0}$	30,2 $\pm$ 1,7 $t_1=4,9$	352,8 $\pm$ 15,3 $t_1=8,2$
Минимальный уровень техногенной нагрузки на сельскую среду (условно чистая территория): $\frac{9,1 \pm 0,2}{3,0 - 15,0}$	21,4 $\pm$ 0,5 $t_2=9,0$ $t_3=4,9$	278,4 $\pm$ 5,5 $t_2=13,9$ $t_3=4,6$

Примечание. t_1 ; t_2 ; t_3 – статистически значимые различия относительно максимальной нагрузки.

Так, первичная заболеваемость городского населения при максимально возможной техногенной нагрузке на экологическую среду, порядка 1568,9 – 22500,8 тонн/км², на 37,2% случаев выше, чем среди населения, проживающего в городских населённых местах с минимально возможной техногенной нагрузкой (15,0 – 38,0 тонн/км²) и на 52,3% больше, чем среди сельского населения, обитающего в населенных пунктах с условно чистой экологической средой (минимальная нагрузка 3,0 – 15,0 тонн/км²). Ещё более контрастные величины психической патологии характерны для показателей распространённости этого класса болезней. В этом случае показатель распространённости психических болезней среди городского населения, находящегося в условиях экологической среды с максимальной техногенной нагрузкой выше на 35,9%, чем при минимальной нагрузке и на 49,4%, чем среди сельских жителей при условно чистой экологической среде. Однако, уровень распространённости среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения зависит не только от общего объёма техногенной нагрузки, но и от её характера.

Как следует из данных таблицы 5.13, самые высокие показатели распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения характерны для населения, при техногенной нагрузке преимущественно химического характера (1-е ранговое место, 719,3±15,2 случаев на 10 000 человек), второе ранговое значение принадлежит комплексной техногенной нагрузке химико-энергетического и химико-металлургического характера (627,0±12,0-628,0±14,3 случаев на 10 000 человек).

Третье место свойственно тройственной по характеру техногенной нагрузке химико-угольно-металлургической (596,8±8,0 случаев), четвёртое место характерно для металлургической (565,8±8,0 случаев), пятое – энергетической (554,8±7,0 случаев), а последнее шестое место присуще угольной техногенной нагрузке (529,8±6,0 случаев). Исходя из удельного веса профильной по характеру техногенной нагрузки в её общем массиве видно, что наиболее биологически активной как фактор риска для психического здоровья

выступает техногенная нагрузка преимущественно (59-60%) химического характера, а также смешанная химико-энергетическая (69-70%) и химико-металлургическая (40-41%). Иначе говоря, техногенная нагрузка на экосреду с большой удельной величиной ($>50\%$) химической составляющей выступает как высокотропный фактор риска для психологического здоровья населения.

Таблица 5.13

Распространённость болезней, связанных с расстройством психики и поведения, среди городского населения в зависимости от характера техногенной нагрузки на экологическую среду

Характер техногенной нагрузки	Ранг	Удельный вес техногенной нагрузки данного характера, %	Показатель распространённости психических болезней, случаи на 10 000 чел.
Преимущественно химическая	1	59,5	719,3 $\pm$ 15,2
Преимущественно химико-энергетическая	2	69,4+22,0	628,0 $\pm$ 14,3 $t_1=4,4$
Преимущественно химико-металлургическая	2	40,5+42,2	627,0 $\pm$ 12,0 $t_2=4,8$
Преимущественно химико-угольно-металлургическая	3	41,0+44,0+10,8	596,8 $\pm$ 8,0 $t_1=2,1$
Преимущественно металлургическая	4	96,0	565,8 $\pm$ 8,0 $t_1=2,7$
Преимущественно энергетическая	5	93,0	554,8 $\pm$ 7,0 $t_3=9,9$
Преимущественно угольная	6	85,0	529,8 $\pm$ 6,0 $t_1=2,7$
Условно чистая среда			278,4 $\pm$ 5,5

Примечание. t_1 – статистически значимо различие с вышестоящим рангом, t_2 – с 1-м рангом, t_3 – с 1-м рангом.

Столь выраженная значимость общей техногенной нагрузки в формировании среди населения психической патологии, предопределяется, прежде всего, видом веществ, определяющих её структурный состав, а также степенью и силой их связи с данными болезнями, о чём свидетельствуют показатели корреляционного анализа.

Как видно из результатов таблицы 5.14, сильная корреляционная связь психической патологии с аэрогенными факторами риска характерна для смешанных ксенобиотиков, выбрасываемых химической, коксохимической и энергетической промышленностью ($r=+0,72 - +0,75$), а также для такого биологически агрессивного вещества, как 3,4 бензапирен в концентрации выше ПДК. Средней силы корреляционная связь свойственна для достаточно широкого спектра факторов: общей техногенной нагрузки в большом (>1800 тонн/км²) объёме ($r=+0,65$), аэрогенных выбросов металлургической ($r=+0,55$) и угольной промышленности ($r=+0,43$), а также для ряда отдельных химических веществ в концентрации выше ПДК, особенно, для фенола и других ароматических веществ ($r=+0,67$) и в меньшей мере для азотистых и сернистых соединений типа диоксид азота ($r=+0,34$) и сероводорода ($r=+0,46$). Кроме этого, некоторые аэрогенные ксенобиотики имеют с психической патологией слабую корреляционную связь. Эта связь характерна, прежде всего, для взвешенных веществ ($r=+0,25$), аммиака ($r=+0,20$) и оксида углерода ($r=+0,22$). Как видно, достаточно широкий ряд аэрогенных факторов имеют устойчивую корреляционную связь с процессом формирования психических болезней населения, что, вероятно, предопределяет дифференцированные уровни и территориальные различия частоты возникновения и распространения этих болезней.

Таблица 5.14

Коэффициенты корреляции аэрогенных факторов риска химической природы и болезней населения, связанных с расстройством психики и поведения

Аэрогенные факторы риска химической природы	Коэффициент корреляции	Сила связи
Общая техногенная нагрузка на экологическую среду химических вредных веществ в объёме более 1800 тонн/км ²	+0,65	средняя
Выбросы в окружающую природную среду вредных веществ химической и коксохимической промышленности	+0,75	сильная
Выбросы в окружающую природную среду вредных веществ энергетической промышленности	+0,72	сильная
Выбросы в окружающую природную среду вредных веществ металлургической промышленности	+0,55	средняя
Выбросы в окружающую природную среду вредных веществ угольной промышленности	+0,43	средняя
Взвешенные вещества в воздушной среде в концентрации выше ПДК	+0,25	слабая
Диоксид азота в воздушной среде в концентрации > ПДК	+0,34	средняя
3,4 бензапирен в воздушной среде в концентрации > ПДК	+0,75	сильная
Фенол в воздушной среде в концентрации > ПДК	+0,67	средняя
Аммиак в воздушной среде в концентрации > ПДК	+0,20	слабая
Оксид углерода в воздушной среде в концентрации > ПДК	+0,22	слабая
Сероводород в воздушной среде в концентрации > ПДК	+0,46	средняя

Как показано ранее в Разделе 3 (таблицы 3.2 и 3.3), среднегодовая частота возникновения и распространения среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения имеет устойчивые и выраженные территориальные различия. При этом, обычно отмечается 4 территориальных уровня со свойственными для них показателями частоты возникновения и распространения случаев психических болезней: максимальный, средний, ниже среднего, минимальный. Эти уровни характерны как для городских, так и для сельских территорий с различиями лишь в величине показателей частоты заболеваний. Причём, существуют городские и сельские селитебные территории, являющиеся типичными для каждого уровня по рангу и рейтингу частоты возникновения и распространения психических болезней среди городских и сельских популяций населения. Эти устойчивые дифференцированные уровни частоты возникновения и распространения заболеваемости, свидетельствуют о наличии экзогенной детерминации данного вида болезней среди населения, что может предопределяться, прежде всего, территориальными особенностями среды и образа жизнедеятельности людей и, в том числе, качеством экологической среды населённых мест, на что указывает устойчивая связь показателей заболеваемости с селитебными территориями.

Как следует из данных таблицы 5.15, рейтинг заболеваемости городского населения и величина показателя распространённости психических болезней среди городской популяции людей имеет достаточно жёсткую связь с суммарным уровнем загрязнения городской воздушной среды.

При этом, показатель распространённости психической заболеваемости городского населения статистически достоверно распадается на три количественных уровня – высокий, средний и низкий, в зависимости от рейтинга и показателя суммарного загрязнения воздушной среды в городских населённых пунктах по месту жизнедеятельности населения. Самый высокий показатель распространённости психических болезней характерен для населения с высоким «среднегрупповым» показателем рейтинга и суммарного загрязнения воздушной среды. Средние показатели распространённости

психических расстройств характерны для городского населения со средними показателями загрязнения воздушной среды, где заболеваемость ниже, чем при высоких показателях аэрогенного загрязнения на 11,6%. В то же время, самые низкие показатели распространённости психической заболеваемости отмечаются среди городского населения с минимальными величинами загрязнения городской воздушной среды. Здесь психическая заболеваемость среди населения по показателю распространённости ниже, чем при высокой загрязнённости воздушной среды на 47,0% и на 40,1% меньше, чем при среднем уровне загрязнения воздушной среды.

Кроме этого, наблюдается высокая корреляционная зависимость между суммарным уровнем загрязнения городской воздушной среды и величиной показателя распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения – коэффициент корреляции свидетельствует о прямой средней силы связи между суммарным загрязнением воздушной среды и распространённостью психических болезней среди населения.

5.2.2. Психогенные факторы риска водной среды. Существует некоторая значимость химического состава питьевой воды в формировании психических расстройств населения. Как видно из таблицы 5.16, сравнительные результаты двух когортных групп сельского населения длительное время употребляющего питьевую воду с контрастно различной общей жёсткостью, свидетельствуют о несущественной роли этого фактора в формировании психического здоровья населения.

Таблица 5.16

Сравнительные показатели частоты возникновения психических расстройств при различной общей жёсткости питьевой воды сельского населения

Наименование сельских районов	Показатель общей жёсткости питьевой воды по превышению ПДК, кратность	Среднемноголетняя частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Среднемноголетняя частота распространения психических расстройств, случаи на 10 000
Максимальная жёсткость питьевой воды			
Володарский	5,2	18,3	337,4
Новоазовский	5,1	16,1	271,6
Первомайский	5,5	21,0	240,4
Среднегрупповая величина	5,3	18,5±0,5	283,1±6,5
Минимальная жёсткость питьевой воды			
Марьинский	2,8	19,0	377,1
Шахтёрский	2,6	8,3	95,3
Ясиноватский	2,3	29,0	599,8
Славянский	1,7	42,5	449,9
Среднегрупповая величина	2,4	24,6±1,0	373,0±7,5

Так, частота возникновения и распространения психических болезней сельского населения не зависит от высокой жёсткости (в 5,1 – 5,5 превышающей ПДК) питьевой воды. Сельское население длительное время (10 лет) употребляющее питьевую воду с высокими величинами жёсткости имеет более низкие показатели распространённости психических болезней и частоты

их возникновения. Иначе говоря, высокая общая жёсткость питьевой воды даже при длительном употреблении не нарушает психического здоровья населения. Наоборот, наблюдается некоторая тенденция к снижению показателей психических расстройств населения по сравнению с группой людей, употребляющих питьевую воду с относительно не высокой жёсткостью, хотя и с повышенными её величинами (1,7 – 2,8 ПДК). Следовательно, нет оснований рассматривать общую жёсткость питьевой воды как фактор риска для психического здоровья населения, длительное время употребляющего воду с высокой жёсткостью. Подобные свойства также характерны для питьевой воды с высокой концентрацией сульфатов и хлоридов. Как свидетельствуют результаты сравнительного анализа психических расстройств в двух когортных группах сельского населения, употребляющего длительное время питьевую воду с повышенными концентрациями сульфатов и хлоридов, показатели их психической заболеваемости не определяются высокой концентрацией этих химических факторов в питьевой воде (таблицы 5.17 и 5.18).

Так, при высоких концентрациях сульфатов в питьевой воде (выше ПДК в 6,0-7,1 раза) показатели частоты возникновения и распространения психических расстройств среди сельского населения несколько ниже, чем при более низких концентрациях этих веществ, то есть высокие концентрации сульфатов в питьевой воде не имеют неблагоприятного влияния на психическое здоровье населения (таблица 5.17). Аналогичный результат отмечается и при высоких концентрациях хлоридов (таблица 5.18). В этом случае также наблюдаются независимые от величины концентрации в питьевой воде хлоридов показатели психических расстройств сельского населения, то есть при высоких показателях хлоридов показатели психической заболеваемости населения даже лучше, чем при низкой. Подобные закономерности показывают, прежде всего, независимость состояния психического здоровья населения от концентрации в питьевой воде таких химических веществ как сульфаты и хлориды, даже при достаточно высоких их концентрациях.

В то же время, как следует из данных таблиц 5.19 и 5.20, имеет место

существенная зависимость психической заболеваемости населения от концентрации в питьевой воде элементов, относящихся к группе тяжёлых металлов.

Таблица 5.17

**Сравнительные показатели частоты возникновения и распространения
психических расстройств при различных концентрациях
сульфатов в питьевой воде сельского населения**

Наименование сельских районов	Концентрация сульфатов по величине превышения ПДК	Среднемноголетняя частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Среднемноголетняя частота распространения психических расстройств, случаи на 10 000
Максимальная концентрация			
Первомайский	7,1	21,0	240,4
Новоазовский	6,4	16,1	271,6
Володарский	6,0	18,3	337,4
Среднегрупповая величина	6,5	18,4±0,8	283,1±4,0
Минимальная концентрация			
Ясиноватский	1,1	29,0	599,8
Шахтёрский	1,3	8,3	95,3
Славянский	1,7	42,5	449,9
Среднегрупповая величина	1,37	26,6±1,0	381,7±5,0

Таблица 5.18

**Сравнительные показатели частоты возникновения и распространения
психических расстройств при различных концентрациях
хлоридов в питьевой воде сельского населения**

Наименование сельских районов	Концентрация хлоридов по величине превышения ПДК	Средненоголетняя частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Средненоголетняя частота распространения психических расстройств, случаи на 10 000
Максимальная концентрация			
Первомайский	2,8	21,0	240,4
Новоазовский	2,0	16,1	271,6
Володарский	2,0	18,3	337,4
Среднегрупповая величина	2,27±0,1	18,45±0,5	283,1±4,2
Минимальная концентрация			
Краснолиманский	0,7	37,9	279,4
Марьинский	0,8	19,0	347,1
Ясиноватский	0,8	29,0	599,8
Славянский	0,8	42,5	449,9
Среднегрупповая величина	0,78±0,05	32,1±1,2	494,1±5,0

Как показано в таблице 5.19, при низких концентрациях в питьевой воде (ниже ПДК) свинца показатели частоты возникновения первичных психических расстройств в группе сельского населения, постоянно употребляющего такую воду в 2,3 раза ниже, чем в группе населения длительно (10 лет) употребляющего питьевую воду с повышенной и высокой концентрацией свинца (выше ПДК в 1,3-1,7 раза). Показатель распространенности

психических расстройств также ниже в 1,7 раза в группе сельского населения, употребляющего питьевую воду с низкими концентрациями свинца.

Таблица 5.19

**Сравнительные показатели частоты возникновения
и распространения психических расстройств при различных
концентрациях свинца в питьевой воде сельского населения**

Наименование сельских районов	Концентрация свинца по величине превышения ПДК, кратность	Среднемноголетняя частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Среднемноголетняя частота распространения психических расстройств, случаи на 10 000
Низкая концентрация свинца			
Новоазовский	0,8	16,1	271,6
Володарский	0,9	18,3	333,4
В.Новоселковский	0,9	11,8	254,3
Среднегрупповая величина	0,87	15,4±0,7	286,4±7,8
Высокая концентрация свинца			
Амвросиевский	1,3	42,0	424,3
Волновахский	1,7	33,8	432,9
Ясиноватский	1,7	29,0	509,8
Среднегрупповая величина	1,57	34,9±1,5 t=11,7	485,7±11,4 t=14,4

Аналогичная зависимость характерна для показателей психической заболеваемости при различной концентрации меди и никеля, микроэлементов, также относящихся к группе тяжёлых металлов. Как следует из данных

таблицы 5.20, из сравнительного анализа психической заболеваемости двух когортных групп сельского населения видно, что при отсутствии в питьевой воде меди и никеля показатели первичной психической заболеваемости населения значительно ниже, чем в группе при наличии этих химических веществ в высоких концентрациях (выше ПДК в 1,77 и 2,37 раза). Особенно, существенное различие характерно для показателя распространённости психических болезней. Этот показатель в группе сельского населения с чистой от данных элементов питьевой водой в 1,2 раза ниже, что свидетельствует о более выраженной роли этих химических элементов в формировании, прежде всего, более тяжёлых форм психических болезней, преимущественно связанных с органическими изменениями ЦНС.

Таблица 5.20

Сравнительные показатели частоты возникновения и распространения психических расстройств при различных концентрациях комплекса микроэлементов из группы тяжёлых металлов в питьевой воде сельского населения

Наименование сельских районов	Концентрация химических веществ по величине превышения ПДК, кратность		Среднеголетняя частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Среднеголетняя частота распространения психических расстройств, случаи на 10 000
	медь	никель		
Максимальные концентрации				
Марьинский	1,9	2,2	19,0	347,0
Старобешевский	1,8	2,7	26,3	289,0
Ясиноватский	1,6	2,2	29,0	599,8
Среднегрупповая величина	1,77	2,37	24,8±1,1	411,9±7,5
Минимальные концентрации или отсутствуют				
Тельмановский	0	0	9,6	255,7
Александровский	0	0	32,3	465,9
Новоазовский	0	0	16,1	271,6
Среднегрупповая величина	0	0	19,3±0,9*	331,1±8,2*

Примечание. * – статистически значимые различия.

Следовательно, микроэлементы в питьевой воде относящиеся к группе тяжёлых металлов, имеют значительное детерминационное значение в формировании психической заболеваемости населения, то есть играют существенную роль в формировании психической заболеваемости населения, то есть они играют существенную роль в нарушении психического здоровья населения. В то же время, различные концентрации в питьевой воде таких химических веществ, как цирконий и стронций, относящихся к нуклеотидной группе микроэлементов, прямо не сказываются на состоянии психического здоровья населения. Так, из сравнения двух когортных групп сельского населения длительно (10 лет) употребляющих питьевую воду, где полностью отсутствуют эти химические элементы или присутствуют в высокой концентрации (выше ПДК в 26 – 32 раза по цирконию и в 1,4 – 1,8 раза по стронцию) видно, что присутствие в высоких концентрациях в питьевой воде циркония (таблица 5.21) и стронция (таблица 5.22) особо не сказывается на уровне психической заболеваемости населения.

Таблица 5.21

Сравнительные показатели частоты возникновения и распространения психических расстройств при различных концентрациях циркония в питьевой воде сельского населения

Наименование сельских районов	Концентрация циркония по величине превышения ПДК, кратность	Среднеголетняя частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Среднеголетняя частота распространения психических расстройств, случаи на 10 000
Отсутствует цирконий в питьевой воде			
Александровский	0	32,3	465,9
Славянский	0	42,5	449,9
Среднегрупповая величина	0	37,4±3,5	457,5±9,0
Высокая концентрация циркония в питьевой воде			
Первомайский	32,3	21,0	240,4
Ясиноватский	26,2	29,0	599,8
Среднегрупповая величина	29,3	25,0±2,1 t=2,05	420,1±11,2 t=2,6

Более того, отмечено обратное соотношение уровня частоты возникновения и распространения психических расстройств среди сельского населения, что можно рассматривать как полное отсутствие в этих веществах психогенных свойств, либо как потеря их в результате длительного пребывания в водной среде. В то же время, сравнительный анализ значения для психического здоровья человека высоких концентраций фтора в питьевой воде свидетельствует о существенной роли этого химического вещества в формировании психической заболеваемости населения, особенно при высоких его концентрациях в питьевой воде.

Таблица 5.22

**Сравнительные показатели частоты возникновения
и распространения психических расстройств при различных
концентрациях стронция в питьевой воде сельского населения**

Наименование сельских районов	Концентрация стронция по величине превышения ПДК, кратность	Среднегодовная частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Среднегодовная частота распространения психических расстройств, случаи на 10 000
Отсутствует стронций в питьевой воде			
Александровский	0	32,3	465,9
Славянский	0	42,5	449,9
В.Новоселковский	0	11,8	254,3
Среднегрупповая величина	0	28,9±0,8	390,0±5,9
Высокая концентрация стронция в питьевой воде			
Первомайский	1,8	21,0	240,4
Ясиноватский	1,4	42,0	424,3
Волновахский	1,4	33,9	432,9
Среднегрупповая величина	1,3	32,3±0,5	365,9±3,5

Как видно из таблицы 5.23, в когортной группе сельского населения, употребляющего питьевую воду с низкими концентрациями фтора (ниже ПДК), частота возникновения как первичных случаев, так и показателя распространённости психических расстройств в 1,7 раза ниже, чем в группе с

высокой концентрацией в питьевой воде (выше ПДК в 1,2-1,3 раза) фтора, что свидетельствует о существенной роли данного химического вещества в формировании психических расстройств.

Таблица 5.23

**Сравнительные показатели частоты возникновения
и распространения психических расстройств при различных
концентрациях фтора в питьевой воде сельского населения**

Наименование сельских районов	Концентрация фтора по величине превышения ПДК, кратность	Среднегодовная частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Среднегодовная частота распространения психических расстройств, случаи на 10 000
Максимальная концентрация			
Ясиноватский	1,3	29,0	599,8
Амвросиевский	1,2	42,0	424,0
Старобешевский	1,0	26,3	289,0
Среднегрупповая величина	1,17	32,4±1,3	437,6±10,2
Минимальная концентрация			
Первомайский	0,8	21,0	240,4
Тельмановский	0,8	9,6	255,7
Новоазовский	0,9	16,1	271,6
Среднегрупповая величина	0,83	15,6±1,4	255,9±11,0

Следовательно, фтор, также как и тяжёлые металлы в высоких концентрациях в питьевой воде выступает как весьма значимый фактор риска для психического здоровья населения, тогда как другие химические элементы

питьевой воды не проявляют побочных свойств психогенного характера. В то же время, имеет место обратная зависимость между частотой возникновения и распространения психических расстройств и уровнем общей минерализации питьевой воды.

Как следует из таблицы 5.24, при высокой минерализации питьевой воды отмечается обратная слабая корреляционная зависимость между данным фактором питьевой воды и психическими расстройствами. ($r = -0,27$), а также более низкие показатели частоты возникновения и распространения психических расстройств.

Таблица 5.24

**Сравнительные показатели частоты возникновения
и распространения психических расстройств при высокой и низкой общей
минерализации питьевой воды сельского населения**

Наименование сельских районов	Показатели общей минерализации питьевой воды, показатель кратности превышения ПДК	Показатель частоты первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Показатель распространенности психических расстройств, случаи на 10 000	Коэффициент корреляции, r
Высокая минерализация питьевой воды				
Володарский	5,5	16,7	334,9	r= -0,27
Новоазовский	5,3	16,2	270,1	
Первомайский	6,2	29,2	265,4	
Среднегрупповая величина	5,7±0,1	20,7±1,4	290,1±10,5	
Низкая минерализация питьевой воды				
Шахтёрский	1,9	8,6	102,7	r= -0,20
Ясиноватский	1,8	40,2	630,3	
Славянский	1,7	40,5	307,0	
Среднегрупповая величина	1,8±0,05	29,6±1,7	343,4±11,0	

Так, в когортной группе сельского населения, длительное время (10 и более лет) употребляющего питьевую воду с высококонцентрированной

минерализацией среднегрупповые показатели частоты возникновения первичных случаев психических расстройств ниже на 30,1% случаев, а показатели распространённости этих болезней ниже на 15,4% случаев, чем среди когортной группы сельских жителей, употребляющих питьевую воду с более низкой минерализацией (в 2,9 – 3,3 раза). Следовательно, высокоминерализованная питьевая вода, то есть вода, содержащая широкий спектр микроэлементов в повышенной или высокой концентрации выступает как фактор антириска для психического здоровья населения.

В тот же период, вода с высокой концентрацией комплекса минеральных веществ, таких как свинец, нитраты, сульфаты и хлориды, проявляет достаточно значимую психогенную активность.

Как видно из таблицы 5.25, в когортной группе сельских жителей, употреблявших длительный период питьевую воду с низкими концентрациями свинца (ниже ПДК) высокими и средними концентрациями хлоридов, сульфатов и нитратов имеют среднегрупповой показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств в 2,5 раза, а среднегрупповой показатель распространённости в 1,6 раза ниже, чем в когортной группе, где среднегрупповая концентрация этого комплекса минеральных веществ была по нитратам, хлоридам, сульфатам в сочетании 1:1, а по свинцу выше в 2,5 раза. Иначе говоря, в комплексе высоковредных минеральных веществ психогенное действие водного фактора усиливается, прежде всего, за счёт высокой концентрации свинца.

Особо существенную патогенную роль в формировании психических болезней играет питьевая вода с высокой концентрацией комплекса тяжёлых металлов.

Таблица 5.25

**Сравнительные показатели частоты возникновения и распространения
психических расстройств сельского населения при высоких
концентрациях в питьевой воде хлоридов, сульфатов и нитратов,
высоких и низких концентрациях свинца**

Наименование сельских районов	Концентрации в питьевой воде свинца, хлоридов, сульфатов, кратность превышения ПДК	Показатель частоты первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000 чел.	Показатель распространенности психических расстройств, случаи на 10 000 чел.
Высокие концентрации свинца, хлоридов, сульфатов и нитратов			
Первомайский	свинец – 1,4 ПДК хлориды – 2,8 ПДК сульфаты – 7,1 ПДК нитраты – 2,2 ПДК	32,1	300,0
Александровский	свинец – 2,9 ПДК хлориды – 1,1 ПДК сульфаты – 3,3 ПДК нитраты – 0,9 ПДК	41,0	500,2
Среднегрупповая величина		36,6±2,0	400,0±12,9
Низкие концентрации свинца, высокие концентрации хлоридов, сульфатов и нитратов			
В.Новоселковский	свинец – 0,9 ПДК хлориды – 1,1 ПДК сульфаты – 3,2 ПДК нитраты – 1,0 ПДК	12,6	229,2
Новоазовский	свинец – 0,8 ПДК хлориды – 2,0 ПДК сульфаты – 6,4 ПДК нитраты – 2,1 ПДК	16,1	284,0
Среднегрупповая величина		14,4±1,5	256,6±11,5

Как показывают результаты таблицы 5.26, в когортной группе сельских жителей, употребляющих питьевую воду с высокими концентрациями (выше ПДК в 1,1 – 2,2 раза) свинца, никеля и меди среднегрупповые показатели частоты возникновения первичных случаев психических расстройств в 2,3 раза,

а среднегрупповые показатели распространённости этих болезней в 1,2 раза выше, чем в группе с низкими (на уровне и ниже ПДК) концентрациями этих минеральных веществ.

Таблица 5.26

**Сравнительные показатели частоты возникновения
и распространения психических расстройств сельского населения при
высоких концентрациях в питьевой воде тяжёлых металлов (свинец,
никель, медь)**

Наименование сельских районов	Концентрации в питьевой воде комплекса тяжёлых металлов, доля относительно ПДК	Показатель частоты первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Показатель распространен ности психических расстройств, случаи на 10 000	Коэффициент корреляции
Высокие концентрации тяжёлых металлов				
Марьинский	свинец – 1,6 ПДК никель – 2,2 ПДК медь – 1,9 ПДК	37,1	309,3	свинец $r=+0,62$ никель $r=+0,40$ медь $r=+0,35$
Старобешевский	свинец – 1,6 ПДК никель – 2,7 ПДК медь – 1,8 ПДК	17,8	261,5	
Волновахский	свинец – 1,7 ПДК никель – 1,9 ПДК медь – 1,1 ПДК	35,4	452,8	
Среднегрупповая величина		30,1±3,0	340,9±8,0	
Низкие концентрации тяжёлых металлов				
В.Новоселковский	свинец – 0,9 ПДК никель – 0,6 ПДК медь – 0 ПДК	12,6	229,2	
Володарский	свинец – 0,9 ПДК никель – 1,1 ПДК медь – 1,1 ПДК	11,2	339,3	
Новоазовский	свинец – 0,8 ПДК никель – 0 ПДК медь – 0 ПДК	16,1	284,2	
Среднегрупповая величина		13,3±1,0	284,2±7,2	

Таким образом, наибольшее психогенное значение среди факторов

питьевой воды имеет свинец, фтор, комплекс меди и никеля, а также комплекс в составе свинца, меди и никеля. В то же время высокая общая жёсткость и минерализация питьевой воды имеют обратную связь с уровнем психической заболеваемости населения, то есть вода с такими качествами проявляет свойства антириска для психического здоровья.

5.3. Социально-бытовые, семейно-психологические и алиментарные психогенные факторы риска

Социально-бытовые, семейно-психологические и алиментарные факторы наиболее известны как факторы риска для психического здоровья человека. Однако, степень их психогенной значимости не однозначна и предопределена широким спектром условий проявления их психогенной активности. Эти условия могут, как активизировать факторы риска психического здоровья, так и ослаблять их, превращая в нейтральные объекты и процессы. Иначе говоря, не весь спектр социально-бытовых, семейно-психологических и алиментарных психогенных детерминант способен проявляться в качестве факторов риска психического здоровья, для этого необходимы стимуляторы экзогенной природы, то есть существует сложная социально-психогенная система жизни человека, подлежащая анализу.

5.3.1. Социально-бытовые психогенные факторы риска. Социально-бытовые условия существенно сказываются на состоянии психического здоровья человека. Как видно из таблицы 5.27, с увеличением удельного индекса величины жилища значительно падает частота возникновения первичных случаев как всех психических расстройств, так и, особенно, психических расстройств аффективной группы (неврозы).

Таблица 5.27

**Сравнительная частота возникновения первичных случаев болезней,
связанных с расстройством психики и поведения населения
в зависимости от уровня комфортности жилища**

Уровень комфортности жилища Статистическая группа в 200-300 человек	Коэффициент корреляции	Частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи/ 10 000	Частота возникновения аффективных психических расстройств, случаи/ 10 000
Некомфортное по удельной величине площади (4-6 м ² /человек)	+0,50	20,1±2,1	7,8±0,5
Низко комфортное по удельной величине площади (10-12 м ² /человек)	+0,53	8,2±1,4*	2,5±0,4*
Комфортное по удельной величине площади и полноте сантехоснащённости (18-20 м ² /человек)	+0,15	0,42±0,03*	0,2±0,02*
Некомфортное по полноте сантехоснащённости (18-20 м ² /человек)	+0,25	37,9±1,0*	0,4±0,04*

Примечание. * – различия статистически значимы.

Так, самая меньшая частота как всех первичных случаев, так и аффективных при удельном индексе размера жилища в пределах 18-20 м²/человека, а самые большие показатели первичных случаев расстройств

имеют место при удельной величине жилища в 4-6 м²/человека. При этом, при удельной величине жилища в пределах от 4-6 м² на человека до 10-12 м² на человека отмечается средней силы корреляционная связь между показателем удельной величины размера жилища и показателями частоты первичных случаев психических расстройств. В то же время, при величине индекса удельной величины жилища на уровне 18-20 м² на человека коэффициент корреляции резко уменьшается, то есть связь между частотой возникновения первичных случаев психических расстройств становится слабой.

Показанные зависимости между размерами жилища и частотой возникновения первичных психических расстройств свидетельствуют о достаточно выраженном неблагоприятном влиянии параметров жилища на состояние психического здоровья человека. Фактически состояние психического здоровья человека слабо зависит от параметров жилища при величине его удельного размера в пределах 18-20 м² на 1 чел., когда показатель частоты возникновения всех первичных случаев психических расстройств резко падает с $20,1 \pm 2,1$ до $0,42 \pm 0,03$ случаев, а аффективных расстройств с $7,8 \pm 0,5$ случаев до $0,2 \pm 0,02$ случаев на 10 000 чел. Иначе говоря, при удельной величине жилищного индекса в пределах 18-20 м² на 1 чел. жилище начинает приобретать качество антириска относительно психического здоровья человека.

Уровень общего санитарно-технического оснащения жилища также имеет слабую корреляционную связь как фактор риска с показателями частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, особенно аффективных, которые повышаются в 2 раза при неполном сантехоснащении жилища, хотя величина частоты возникновения их первичных случаев не значительна (0,2-0,4 случаев на 10 000 человек). Величина всех первичных случаев психических расстройств тоже, хотя и не существенно, выше при неполном санитарно-техническом оснащении жилища (на 15,61% случаев). Коэффициент корреляции между частотой возникновения первичных случаев психических расстройств и сантехоснащением жилища падает почти в 2 раза (1,92 раза) при полном его оснащении этой системой благоустройства жилища. Следовательно, низкий уровень комфортности жилища за счёт малых площадей

и технической оснащённости делает его фактором риска для психического здоровья обитающего в нём человека.

5.3.2. Семейно-психологические психогенные факторы риска. Существенное значение в расстройстве психического здоровья человека играет его семейное положение. Как видно из таблицы 5.28, особая психогенная роль характерна таким факторам, как одиночество и неполная семья в виде матери-одиночки с одним ребёнком. Так, коэффициент корреляции между показателем первичных психических расстройств и одиночеством достаточно высокий и показывает наличие между этими двумя факторами сильной связи, а показатель общей частоты возникновения первичных случаев психических расстройств составляет $11,7 \pm 1,0$ случаев на 10 000 чел., что в 2,25 раза выше, чем при неполной семье как факторе риска, располагающемся на 2-м месте.

Таблица 5.28

**Сравнительная частота возникновения болезней,
связанных с расстройством психики и поведения взрослого населения
при различном семейном положении человека**

Семейное положение	Коэффициент корреляции, величина, сила и направленность связи	Среднегодовая общая частота возникновения первичных случаев заболеваний, случаи/10 000 человек	Среднегодовая общая частота возникновения аффективных психических расстройств, случаи/10 000 человек
Одиночество	+0,72 (прямая сильная связь)	$11,7 \pm 1,0$	$4,1 \pm 0,1$
Мать-одиночка с 1-м малолетним ребёнком (неполная семья)	+0,55 (прямая средняя связь)	$5,2 \pm 0,4$ $t=5,8$	$2,2 \pm 0,1$
Полная семья с 2-3 проблемными детьми	+0,71 (прямая сильная связь)	$3,9 \pm 0,4$	$1,9 \pm 0,05$
Полная семья с 2-3 не проблемными детьми	+0,42 (прямая средняя связь)	$0,7 \pm 0,03$	$0,3 \pm 0,01^*$
Семья без детей	+0,27 (прямая слабая связь)	$1,2 \pm 0,4^*$ $t=2,3$	$0,65 \pm 0,07^*$ $t=11$

Примечание. * – различия статистически значимы.

Подобное соотношение между этими факторами характерно и для

аффективных психических расстройств, которые составляют при одиночестве $4,1 \pm 0,1$ случаев, а при неполной семье $2,2 \pm 0,1$ случаев на 10 000 чел.

Иначе говоря, выраженными факторами риска в формировании общих первичных и аффективных психических расстройств человека выступают одиночество и неполная семья в составе матери-одиночки с малолетним ребёнком, где коэффициент корреляции свидетельствует о средней силе связи между показателями психических расстройств и фактором риска в виде неполной семьи в варианте «мать + малолетний ребёнок». Однако, полная семья с 2-3 проблемными детьми также выступает как выраженный фактор риска для психического здоровья взрослых членов семьи.

В этом случае имеет место сильная корреляционная связь между фактором риска и показателями психических расстройств. Так, величина общего показателя частоты возникновения первичных случаев психических расстройств в семье с 2-3 проблемными детьми в 5,6 раза выше, чем в аналогичной семье с непроблемными детьми, а аффективных расстройств в 6,3 раза больше. В то же время, семья без детей как фактор риска имеет слабую корреляционную связь с психическими расстройствами, однако величина показателей психических расстройств несколько выше, чем в благоприятной (неконфликтной) семье, но с детьми. То есть, благоприятная семья без детей также выступает как слабовыраженный фактор риска для психического здоровья членов данной семьи (табл. 5.28).

Как следует из таблицы 5.29, активным фактором риска для психического здоровья человека выступает семейный психологический климат. Так, общие показатели первичных случаев психических расстройств среди членов неконфликтных семей с благоприятным психологическим климатом в 1,9 раза, а аффективных психических расстройств в 5,8 раза меньше, чем в конфликтных семьях с выражено неблагоприятным психологическим климатом. При этом, коэффициент корреляции психических расстройств, как с первым, так и со вторым вариантом семьи как факторами риска высокие и показывают сильную связь между этими факторами, только лишь с обратной и прямой связью.

Таблица 5.29

Сравнительная частота возникновения первичных случаев болезней, связанных с расстройством психики и поведения населения в условиях различного по напряжению семейного психологического климата

Психологический семейный климат. Статистическая группа 100-150 человек	Коэффициент корреляции	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев болезней, случаи/ 10 000	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев аффективных расстройств, случаи/ 10 000
Благоприятный психологический семейный климат, не конфликтная семья	-0,8 (непрямая сильная связь)	7,8±0,8	0,1±0,01
Неблагоприятный психологический семейный климат, конфликтная семья	+0,77 (прямая сильная связь)	14,8±1,2	5,8±0,5*

Примечание. * – различия статистически значимы.

Как демонстрируют показатели таблицы 5.30, имеется прямая средней силы связь между показателями психических расстройств и уровнем образования. Так, общий показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств среди людей с высшим образованием в 23,3 раза выше, чем при начальном образовании, а при двукратном высшем образовании (2 ВУЗа), этот показатель больше в 1,8 раза, чем при однократном и в 42,4 раза больше, чем при начальном. Аналогичная направленность соотношений показателей отмечается и по аффективным психическим расстройствам. В этом случае показатель аффективных психических расстройств среди людей с однократным высшим образованием в 4 раза выше, чем при начальном и в 2

раза меньше, чем при двукратном высшем образовании. При этом, при двукратном высшем образовании аффективные психические расстройства встречаются в 8 раз чаще, чем при начальном образовании.

Таблица 5.30

**Сравнительная частота возникновения первичных случаев болезней,
связанных с расстройством психики и поведения населения
в зависимости от уровня образования**

Уровень образования. Статистическая группа 70-100 человек.	Коэффициент корреляции	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев болезней, случаи/ 10 000	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев аффективных расстройств, случаи/ 10 000
Высшее образование: один ВУЗ	+0,55 (прямая средняя связь)	9,8±1,2	0,8±0,05
два ВУЗа	+0,65 (прямая средняя связь)	17,8±2,1*	1,6±0,1*
Начальное образование	+0,22 (прямая слабая связь)	0,42±0,1	0,2±0,01

Примечание. * – различия статистически значимы.

Эти данные свидетельствуют о большой роли умственных нагрузок в формировании нарушений психического здоровья населения и подчёркивают обязательную необходимость рационализации и оптимизации как режима, так и интенсивности учебно-образовательной деятельности современного человека.

Об этом, в частности, свидетельствуют результаты таблицы 5.31. Как видно, среди учащихся средних и высших учебных заведений с отличными и хорошими успехами величина общих показателей первичных психических расстройств в 1,75 раза больше, чем при удовлетворительных учебных успехах, а показатель аффективных расстройств выше среди учащихся с отличными и хорошими успехами обучения в 4,6 раза. Однако, даже среди учащихся с удовлетворительными учебными успехами отмечаются достаточно высокие показатели как общих, так и аффективных психических расстройств при выраженной корреляционной зависимости (средней силы) интенсивности обучения с показателями психических расстройств.

Таблица 5.31

Сравнительная частота возникновения первичных случаев болезней, связанных с расстройством психики и поведения населения в зависимости от интенсивности обучения в учебных заведениях

Характер интенсивности обучения. Статистические группы 150-200 человек	Коэффициент корреляции	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев болезней, случаи/ 10 000	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев аффективных расстройств, случаи/ 10 000
Отличные и хорошие успехи в обучении учащихся средних и высших учебных заведений	+0,45 (прямая средняя связь)	2,87±0,4	1,85±0,2
Удовлетворительные успехи в обучении учащихся средних и высших учебных заведений	+0,42 (прямая средняя связь)	1,64±0,5*	0,4±0,03*

Примечание. * – различия статистически значимы.

Следовательно, процесс обучения выступает как высокосignимый фактор риска психического здоровья людей, находящихся в состоянии учебной деятельности.

5.3.3. Алиментарные психогенные факторы риска. Алиментарные

факторы, как внешнесредовые факторы постоянного взаимодействия с организмом человека, способны при определённых условиях приобретать психогенные качества.

Таблица 5.32

Сравнительная частота возникновения и распространения психических расстройств городского населения в зависимости от качества суточного и недельного рациона питания

Характеристика рациона питания. Статистическая группа 600-800 человек	Коэффициент корреляции	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи/ 10 000	Среднегодовая частота распространённости психических расстройств, случаи/ 10 000
Преимущественно качественный рацион питания. Суточный и недельный рацион разнообразный. В течение недели постоянно присутствуют в рационе 5-6 групп высококачественных (высших сортов) продуктов.	-0,65 (обратная средней силы связь)	15,2±0,2	210,5±8,8
Выражено некачественный рацион питания. Суточный и недельный рацион однообразный и состоит преимущественно из 1-2 групп продуктов низших сортов.	+0,51 (прямая средней силы связь)	39,1±3,5	475,5±12,5

Так, как следует из таблицы 5.32, качество продуктов питания способно превращаться в фактор психогенного риска. При сравнительном анализе двух когортных групп населения с резко различающимся рационом питания по качеству, то есть биологической полноценности продуктов питания в суточном

и недельном рационе, отмечаются выраженные различия частоты возникновения и распространения психических расстройств. При качественном рационе питания, в состав которого входят продукты высшего сорта (5-6 групп) показатели первичных случаев психических расстройств в 2,6 раза, а показатель распространённости в 2,3 раза ниже, чем в группе систематически использующей продукты низших сортов. При этом, коэффициент корреляции показывает среднюю силу связи психических расстройств и качества рациона питания.

О значении биологически полноценного рациона в нормализации психического здоровья человека, также свидетельствуют данные о рационе питания сельских долгожителей в возрасте 80 и более лет.

Как видно из таблицы 5.33, среднемесячный рацион питания сельских долгожителей достаточно хорошо сбалансирован в биологическом и структурном отношении. Прежде всего, используются на 80-90 % продукты собственного производства, то есть продукты с гарантированной безопасностью от химического загрязнения, различных пищевых добавок и генетических изменений. Кроме этого, рацион содержит в достаточном количестве все необходимые для полноценного функционирования органические пищевые вещества в достаточно рациональном их соотношении. При этом, уровень психического здоровья когортной группы населения очень высокий. Так, несмотря на большой возраст, частота возникновения среди них первичных психических расстройств выглядит очень низкой (1,1 случаев на 10 000 человек) по сравнению со среднеобластным показателем, характерным для всего населения Донецкой области в возрасте 50-60 лет и более (28,5 случаев на 10 000 человек).

Таблица 5.33

Частота возникновения психических расстройств среди сельских долгожителей (80 и более лет), пользующихся здоровым рационом питания

Характеристика месячного рациона питания, средние показатели, округлённые в целой удельной величине	Показатель частоты первичных случаев психических расстройств среди долгожителей, случаи на 10 000 (n=110 человек)	Среднеобластной показатель частоты первичных случаев психических расстройств среди пожилых людей (50-60 лет и более), случаи на 10 000
Продукты собственного производства – 80-90 % Овощная часть – 32 % Мясная часть – 15 % Молочная часть – 15 % Рыбная часть – 8 % Крупяная часть – 10 % Макаронно-вермишелевая часть – 9 % Фруктовая часть – 5 % Хлебо-булочная часть – 6 %	1,1	28,5

Эти сравнительные результаты психических расстройств среди двух высоковозрастных групп населения однозначно свидетельствуют о большой роли биологически качественного рациона питания в формировании и поддержании крепкого как общего, так и психического здоровья населения.

Следовательно, при систематическом потреблении продуктов низкого качества организм насыщается большим количеством пищевых веществ, химическая природа которых способна нарушать обмен веществ, превращая пищевые вещества в психогенный фактор, детерминирующий нарушение психического здоровья.

О реальности подобного механизма психогенного действия на организм продуктов питания свидетельствуют данные, представленные в таблицах 5.34 и 5.35, где представлено психогенное влияние продуктов питания, загрязнённых вредными химическими веществами.

Так, как видно из таблицы 5.34, в когортной группе населения, систематически употребляющего продукты питания, загрязнённые комплексом высокотоксичных ксенобиотиков (нитраты, пестициды и тяжёлые металлы), показатели первичной заболеваемости и распространённости психических расстройств, соответственно, в 2,3 и 1,8 раза выше, чем в группе, употребляющей условно чистые продукты питания. При этом, коэффициент корреляции показывает наличие сильной связи между химически загрязнёнными продуктами питания и частотой возникновения и распространения психических расстройств среди населения (таблица 5.34).

Таблица 5.34

Сравнительный уровень психических расстройств взрослого городского населения в зависимости от степени загрязнения пищевых продуктов комплексом высокотоксичных ксенобиотиков: нитраты, пестициды, тяжёлые металлы

Наименование городских населённых мест по наблюдаемой когортной группе населения	Среднегрупповая величина удельного веса анализов загрязнённых пищевых продуктов с превышением ПДК, %	Коэффициент корреляции заболеваний с удельным весом загрязнения	Среднегрупповая величина частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Среднегрупповая величина распространённости психических расстройств, случаи на 10 000
наиболее загрязнённые продукты				
Горловка Енакиево n=300 человек	19,5	$r=+0,8$ (прямая сильная связь)	$51,9 \pm 3,0$	$658,7 \pm 15,0$
наименее загрязнённые продукты				
Артёмовск Снежное n=350 человек	2,4	$r=+0,75$ (прямая сильная связь)	$22,2 \pm 2,0$	$362,9 \pm 10,0$

Подобная зависимость частоты психических расстройств характерна и для продуктов, загрязнённых только нитратами. Как следует из таблицы 5.35, в

когортной группе населения длительное время (10 лет) употреблявшего продукты питания, загрязнённые нитратами, частота возникновения первичных случаев в 1,5 раза, а частота распространённости психических расстройств в 1,3 раза выше, чем в группе употреблявшей условно чистые от нитратов продукты питания.

Таблица 5.35

Сравнительный уровень психических расстройств взрослого городского населения в зависимости от степени загрязнения пищевых продуктов нитратами

Наименование городских населённых мест по наблюдаемым когортным группам населения	Среднегрупповой удельный вес анализов загрязнённых пищевых продуктов с превышением ПДК по нитратам	Коэффициент корреляции заболеваний с удельным весом загрязнения пищевых продуктов	Среднегрупповая величина частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000	Среднегрупповая величина распространённости психических расстройств, случаи на 10 000
наиболее загрязнённые продукты				
Макеевка Енакиево Дебальцево Дружковка n=450 человек	40,4±2,5 %	r=+0,64 (прямая средней силы связь)	54,8±1,4	570,7±8,2
наименее загрязнённые продукты				
Артёмовск Славянск Снежное Торез n=410 человек	11,0±3,0 %	r=+0,61 (прямая средней силы связь)	31,2±1,8	439,5±9,5

Следовательно, не качественные по составу или загрязнённые высокотоксичными ксенобиотиками продукты питания способны выступать психогенными факторами риска, то есть нарушать состояние психического здоровья населения.

5.4. Психогенные факторы риска образа жизни

Известно, что образ жизни человека, особенно современного, зачастую выступает как наиболее выраженный носитель психогенных факторов риска, то есть образ жизни выступает как основная причина нарушения психического здоровья. При этом, особое значение среди факторов психогенного риска образа жизни играют вредные привычки, особенно такие как алкоголизм, наркомания и токсикомания, которые достаточно широко распространены в современном обществе, особенно среди городского населения промышленных и урбанизированных регионов. В большой мере к регионам с широким распространением среди населения различных вредных привычек относится промышленный Донбасс.

Как видно из таблицы 5.36, общее наличие или отсутствие среди населения таких вредных привычек как курение, злоупотребление алкоголем, токсикомания, игромания и злоупотребление возбуждающими напитками имеет сильную корреляционную связь ($r=+0,88$) с частотой возникновения психических расстройств среди данной части населения, тогда как отсутствие таких вредных привычек, выступает как выраженный фактор антириска для психического здоровья человека. Так, при наличии среди населения комплекса различного характера вредных привычек (курение, наркомания, алкоголизм, токсикомания, игромания и злоупотребление возбуждающими напитками) общий показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств составляет $20,5 \pm 0,5$ случаев на 10 000 человек, что в 3,7 раза больше, чем среди населения, полностью не имеющего вредных привычек подобного характера.

Таблица 5.36

Сравнительная частота возникновения первичных случаев психических расстройств среди населения при наличии и отсутствии комплекса различных вредных привычек

Вредные привычки. Статистическая группа n=300-600 человек	Коэффициент корреляции	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев заболеваний, случаи на 10 000 человек	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев аффективных расстройств, случаи на 10 000 человек
Наличие комплекса вредных привычек: курение, алкоголизм, токсикомания, игромания, возбуждающие напитки	+0,82	29,5±0,5	4,9±0,05
Полное отсутствие вредных привычек	+0,75	8,0±0,4*	1,0±0,02*

Примечание. * – различия статистически значимы.

При этом, особо значимо выглядит среди населения с комплексом вредных привычек высокий показатель аффективных психических расстройств, который равняется 4,9±0,05 случаев на 10 000 человек и превышает таковой среди людей без вредных привычек в 4,9 раза. Иначе говоря, комплекс вредных привычек выглядит как высокосignимый психогенный фактор риска, способный существенно нарушать психическое здоровье населения. Однако, психогенная значимость вредных привычек в самостоятельном варианте существенно различается.

Как свидетельствуют данные таблицы 5.37, при наличии таких вредных привычек, как игромания и злоупотребление возбуждающими напитками, отмечается слабая ($r=+0,24$ и $+0,27$) корреляционная связь между наличием этих факторов риска и частотой возникновения психических расстройств.

Однако, общий показатель частоты возникновения первичных психических расстройств среди игроманов в 1,6 раза, а среди злоупотребляющих возбуждающими напитками в 2,3 раза выше, чем среди населения, не имеющего вообще таких вредных привычек. Подобное

превышение имеется и со стороны аффективных психических расстройств, показатель которых среди имеющих данные виды вредных привычек больше в 2,0 и 2,5 раза, чем среди не имеющих вредных привычек.

Таблица 5.37

Сравнительная частота возникновения первичных случаев психических расстройств среди населения, страдающего игроманией и злоупотребляющих возбуждающими напитками

Вредные привычки	Коэффициент корреляции	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 10 000 человек	Среднегодовая частота возникновения первичных случаев аффективных психических расстройств, случаи на 10 000 человек
Игромания, n=110 чел.	+0,24	13,0±0,2	2,0±0,02
Возбуждающие напитки (кофе, крепкий чай, слабоалкогольные напитки), n=520 чел.	+0,27	18,4±0,3*	2,5±0,03*
Отсутствие вредных привычек	+0,75	8,0±0,4*	1,0±0,02*

Примечание. * – различия статистически значимы.

Кроме этого, отмечаются существенные различия в величине показателей первичных психических расстройств среди игроманов и злоупотребляющих возбуждающими напитками. Как показано в таблице 5.37, эти показатели достоверно выше среди населения, часто употребляющих возбуждающие напитки, где они выше в 1,4 раза (общий показатель первичных психических

расстройств) и в 1,25 раза (аффективные расстройства), чем у игроманов. Иначе говоря, степень психогенной значимости таких вредных привычек, как злоупотребление возбуждающими напитками значительно выше, чем игромания.

Однако, наиболее распространёнными и социально значимыми вредными привычками выступают алкоголизм, наркомания и, в меньшей мере, токсикомания. Поэтому, их роль в нарушении психического здоровья является наиболее значимой. При этом, ведущей нозологической формой психических расстройств при данных вредных привычках являются аффективные расстройства.

Как следует из таблицы 5.38, наиболее выраженная роль в формировании болезней психики и поведения населения принадлежит такой вредной привычке человека, как алкоголизм. При наличии данного психогенного фактора отмечаются высокие показатели частоты возникновения и распространения психических расстройств, как среди городского, так и среди сельского населения.

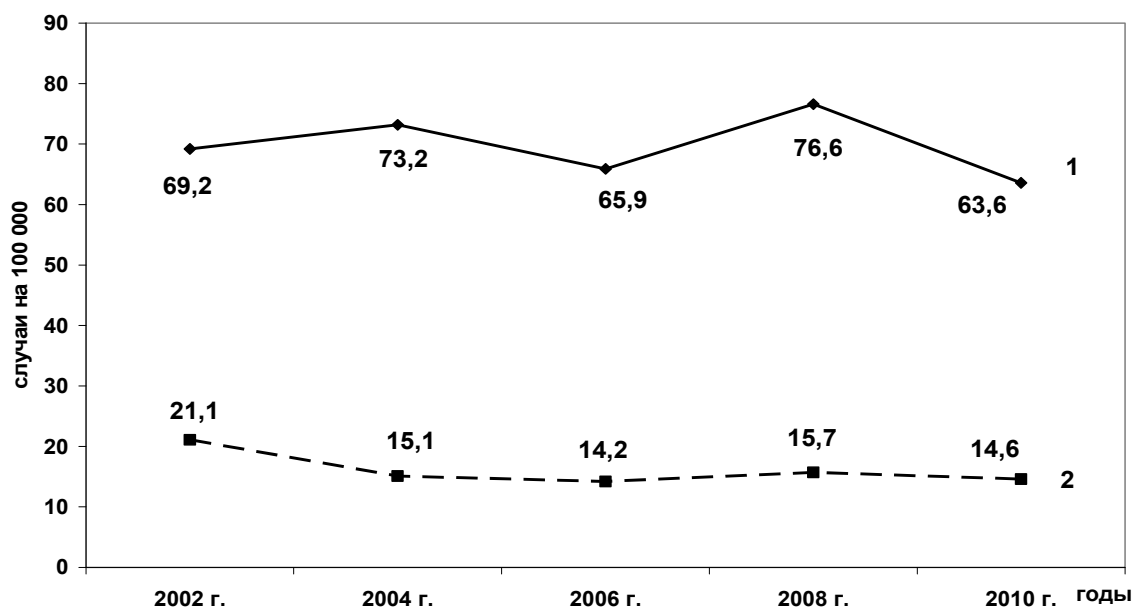
При этом, среди городского населения показатели психических расстройств в связи с алкоголизмом несколько выше, особенно распространённости, чем среднеобластная величина, а среди сельского населения эти показатели значительно ниже. В связи с наркоманией показатели частоты возникновения и распространения психических расстройств в несколько раз ниже, чем в связи с алкоголизмом – среднеобластной показатель первичных случаев психических расстройств меньше, чем при алкоголизме в 4,3 раза, а показатель распространённости в 6,4 раза. Данное соотношение определяется не столько степенью психогенности, сколько широтой распространённости данной вредной привычки, то есть наркомании. Вероятно, по этой причине показатели частоты возникновения и распространения психических расстройств в связи с наркоманией среди городского населения выше, чем среди сельского.

Показатели частоты возникновения первичных случаев и

распространения психических расстройств среди населения в связи с токсикоманией незначительные – среднеобластные показатели меньше, чем при алкоголизме в 27,0 раз (первичная заболеваемость) и в 76,9 раз (распространённость), а в сравнении с наркоманией меньше, соответственно, в 6,2 раза и в 11,9 раза. При этом, особенно незначительные показатели распространённости в связи с токсикоманией среди сельского населения, что вероятнее всего связано со значительным спадом распространённости в сельской местности токсикомании. При чём, показатели первичных психических расстройств среди населения, страдающего алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией многократно (в 2-20 раз) превышают показатели первичных психических расстройств аффективного характера, являющихся ключевой нозологической формой нарушения психического здоровья при такого рода вредных привычках.

Следовательно, данные таблицы 5.38, свидетельствуют о том, что чем более распространена вредная привычка, тем выше показатели частоты возникновения первичных случаев психических расстройств и, особенно, высокие показатели распространённости психических расстройств, которые косвенно отражают широту распространённости собственно вредных привычек среди определённых социальных контингентов населения. При этом, ведущим фактором психогенного риска среди данного комплекса вредных привычек выступает алкоголизм, который способен формировать высокие показатели как возникновения, так и распространения психических расстройств среди населения.

Как видно из рисунка 5.1, алкоголизм, как ведущий психогенный детерминант, стабильно удерживается с небольшими колебаниями в течение последних 10 лет, продуцируя ежегодно первичные случаи психических расстройств в пределах 63,6-76,6 случаев на 100 000 населения.

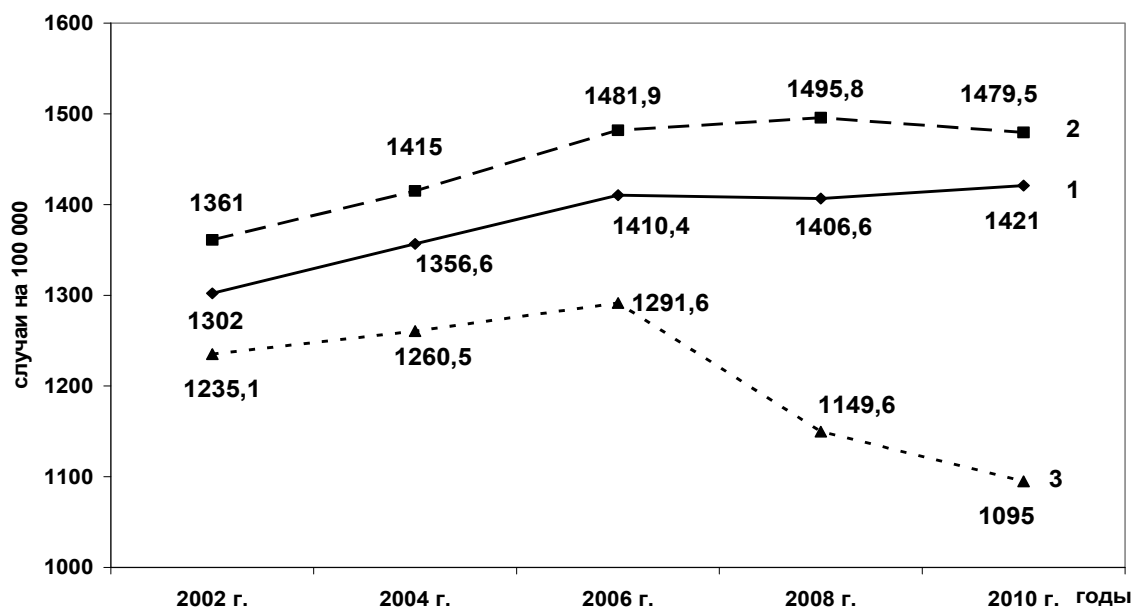


Ряд 1 – население, страдающее алкоголизмом; Ряд 2 – население, страдающее наркоманией.

Рис. 5.1. Динамика частоты возникновения психических расстройств среди населения, страдающего алкоголизмом и наркоманией

Также, стабильно, на протяжении последних 7 лет удерживается наркомания как детерминанта первичных психических расстройств, формируя ежегодно психические расстройства на уровне 14,2-15,7 случаев на 100 000 населения. Однако, частота распространённости психических расстройств среди различных социальных контингентов населения, страдающего алкоголизмом и наркоманией, изменяется по несколько иным законам.

Как видно из рисунка 5.2, среднеобластной показатель распространённости психических расстройств среди населения, страдающего алкоголизмом, медленно возрастал на протяжении последних 10 лет, что свидетельствует об усиливающейся роли данного фактора риска в формировании психических расстройств тяжёлой формы, так как прогрессирование данного показателя протекает на фоне достаточно стабильной динамики частоты возникновения первичных случаев психических расстройств.



Ряд 1 – всё население Донецкой области (среднеобластной показатель);

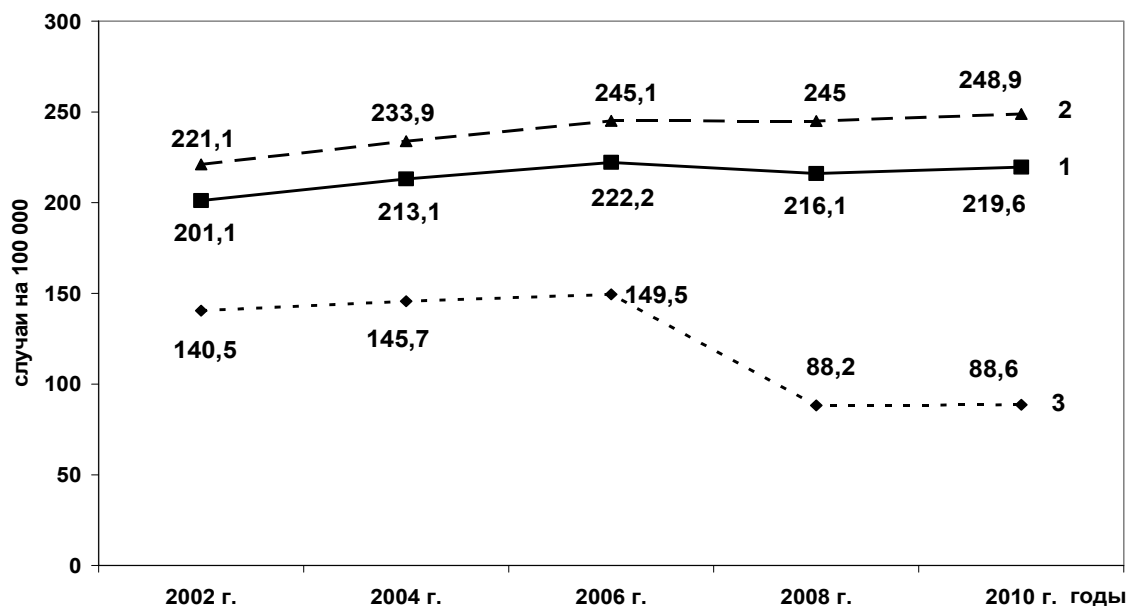
Ряд 2 – городское население; Ряд 3 – сельское население.

Рис. 5.2. Динамика частоты распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения среди населения, страдающего алкоголизмом

Причём, формируется это явление за счёт психических болезней, распространённых, прежде всего, среди городского населения, где показатель распространённости психических расстройств среди страдающих алкоголизмом возрос за последние 10 лет на 8,7% случаев, тогда как этот показатель упал за последние 5 лет среди подобного сельского контингента на 15,2% случаев. Такое соотношение показателей распространённости психических расстройств среди городского и сельского населения, страдающего алкоголизмом, свидетельствует, с одной стороны, о широком распространении данной вредной привычки среди городского населения и существенное её сокращение среди сельского, а, с другой стороны, об увеличении среди городского населения интенсивности накопления психических болезней, которое происходит, прежде всего, за счёт тяжёлых форм болезней, то есть данная прогрессивная динамика указывает также на рост среди населения тяжёлых форм данной патологии.

Подобные закономерности динамики показателя распространённости

психических расстройств характерны также для населения, страдающего наркоманией. Как следует из рисунка 5.3, среднеобластной показатель распространённости психических расстройств среди населения, страдающего наркоманией, медленно поднимался в течение последних 10 лет, увеличившись на 9,2% случаев.



Ряд 1 – всё население Донецкой обл.; Ряд 2 – городское население; Ряд 3 – сельское население.

Рис. 5.3. Динамика частоты распространения болезней, связанных с расстройством психики и поведения среди населения, страдающего наркоманией

Произошёл рост показателя распространённости психических расстройств преимущественно за счёт его увеличения среди городского населения, страдающего наркоманией, где он возрос за 10 лет на 12,6% случаев. В то же время, среди сельского населения, страдающего наркоманией, показатель распространённости психических расстройств снизился за последние 10 лет на 29,1% случаев. Причём, в первой половине десятилетия отмечался некоторый подъём показателя распространённости психических расстройств среди сельских жителей, страдающих наркоманией, когда он увеличился за 5 лет к 2006 году на 6,4% случаев, а резкое снижение его

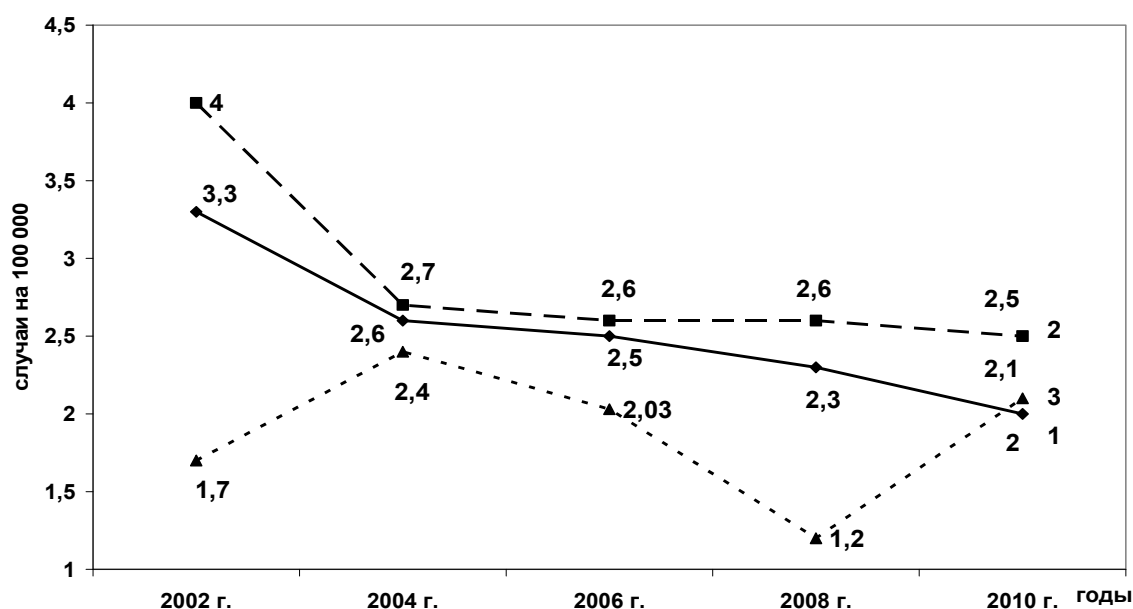
произошло во второй половине последнего десятилетия, когда падение данного показателя составило за 5 лет 33,4% случаев.

Резкое снижение показателя психических расстройств среди сельского населения, страдающего наркоманией может свидетельствовать об уменьшении числа людей, страдающих наркоманией или об уменьшении числа случаев тяжёлых психических расстройств, связанных с наркоманией, поэтому падает процент накопления психических расстройств и показатель его отражающий, то есть показатель распространённости.

Следовательно, в течение последних десяти лет отмечается медленный подъём показателей распространённости психических расстройств среди городского населения, страдающего алкоголизмом и наркоманией и существенно снизился этот показатель среди сельского населения. Подобный характер динамики, соотношения и формы динамических кривых показателей распространённости психических расстройств среди городского и сельского населения, страдающего алкоголизмом и наркоманией, свидетельствует как о сужении и расширении поля распространения данных вредных привычек, так и об увеличении и уменьшении среди населения числа случаев тяжёлых психических расстройств, связанных с алкоголизмом и наркоманией.

Психические расстройства городского и сельского населения имеют выраженную динамическую связь с такой вредной привычкой как токсикомания. Как видно из рисунка 5.4, среднеобластной показатель частоты возникновения первичных психических расстройств среди населения, страдающего токсикоманией прогрессивно и достаточно активно снижался в течение последнего десятилетия, уменьшившись за 10 лет на 60,6 % случаев. Процесс существенного снижения случаев первичных психических расстройств, связанных с токсикоманией, характерен как для городского, так и для сельского населения. Однако, динамические формы этого процесса среди городского и сельского населения заметно отличаются. Так, среди городского населения отмечается резкое и глубокое падение показателей первичных психических расстройств в первой половине десятилетия, когда они снизились

за 4-5 лет на 67,5 % случаев с дальнейшей стабилизацией на низком количественном уровне (2,5-2,6 случаев на 100 000 человек), что свидетельствует о формировании устойчивой части населения, страдающего токсикоманией. В то же время, показатель частоты первичных случаев психических расстройств среди сельского населения, страдающего токсикоманией, резко колебался на протяжении всего последнего десятилетия в виде резкого подъёма в первой половине десятилетия (в 2,2 раза), последующего глубокого (в 2,0 раза) снижения в середине десятилетия и повторного большого (в 1,8 раза) подъёма в конце его до уровня городских показателей частоты.



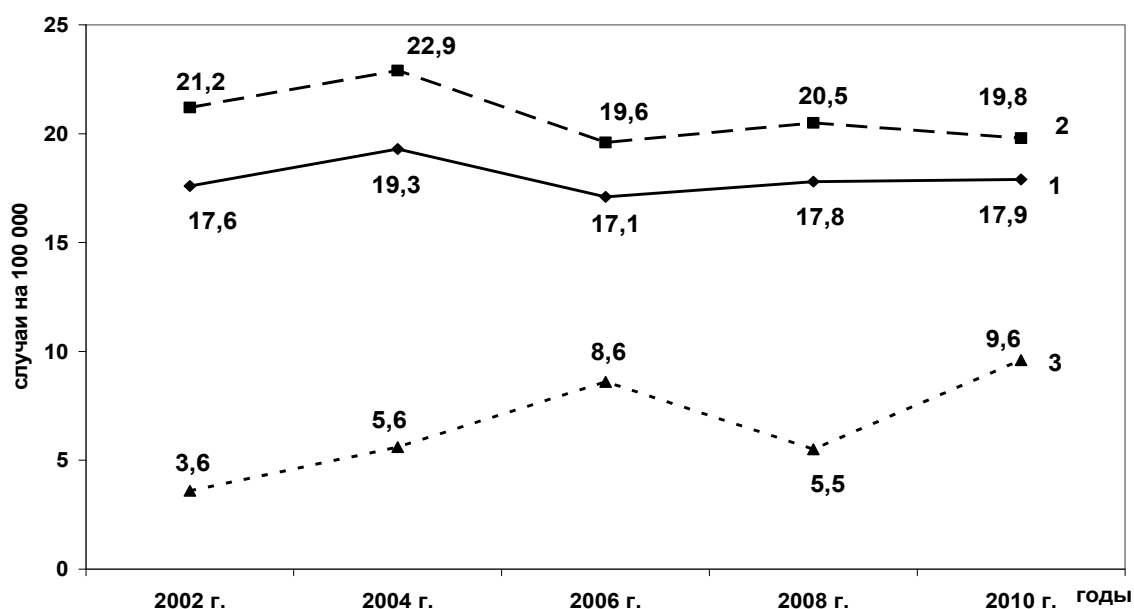
Ряд 1 – всё население. Ряд 2 – городское население. Ряд 3 – сельское население.

Рис. 5.4. Динамика частоты возникновения первичных случаев психических расстройств населения, страдающего токсикоманией

Подобный характер динамической кривой первичных психических расстройств указывает на наличие количественной спорадичности групп среди сельского населения, страдающего токсикоманией и это явление существует достаточно устойчиво без особых признаков регресса. Следовательно, в настоящее время среди городского и сельского населения сформировался на

низких величинах количественно устойчивый и равнозначный уровень частоты возникновения первичных психических расстройств среди людей, страдающих токсикоманией, с той лишь разницей, что среди городского населения этот процесс устойчив, а среди сельского населения он резко колеблется (рисунок 5.4). Об устойчивости данного процесса свидетельствует также динамика показателя распространённости психических расстройств среди городского и сельского населения, страдающего токсикоманией.

Как показано на рисунке 5.5, среднеобластной показатель распространённости среди населения, страдающего токсикоманией, психических расстройств достаточно стабильно удерживается в течение последнего десятилетия в пределах 17,1-19,3 случаев на 100 000 населения. Подобный характер динамики показателя распространённости психических расстройств наблюдается и среди городского контингента людей, страдающего токсикоманией. Однако, уровень показателя распространённости психических расстройств на протяжении всего десятилетия среди городского населения был всегда выше среднеобластного на 11,7-18,7 % случаев.



Ряд 1 – всё население. Ряд 2 – городское население. Ряд 3 – сельское население.

Рис. 5.5. Динамика частоты распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения среди населения, страдающего

токсикоманией

В то же время, среди сельского населения отмечается достаточно активный волнообразный подъём показателя распространённости психических расстройств, который к концу десятилетия увеличился в 2,7 раза, что указывает на наличие прогрессивного процесса накопления психических расстройств среди сельского населения, страдающего токсикоманией на фоне динамически устойчивого накопления этих болезней среди городского населения (рисунок 5.5).

Таблица 5.39

Сравнительная частота возникновения первичных случаев психических расстройств среди взрослого населения с различным по напряжению режимом дня

Характеристика режима дня	Показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 100 000	Коэффициент корреляции
Режим дня преимущественно напряжённый или высоконапряжённый: продолжительность активной части дня 9-10 часов, насыщенность активной деятельности и плотности рабочего часа 80-90 %, жёстко организованный, n=280	62,8±5,1	r=+0,92 (прямая сильная связь)
Режим дня слабо напряжённый: продолжительность активной части 5-6 часов с возможностью свободного планирования паузы отдыха, плотность рабочего часа 40-60 %, n=300	25,4±1,3*	r=-0,25 (обратная слабая связь)
Режим дня свободный: произвольно планируемый распорядок дня, плотность рабочего часа дискретна, от 20 до 50 %, свободный ритм деятельности, n=320	9,5±0,5*	r=-0,72 (обратная сильная связь)

Примечание. * – статистически значимые различия.

Существенная роль в формировании психических расстройств населения, особенно частоты первичных случаев, принадлежит режиму дня человека. Как видно из таблицы 5.39, сравнительная оценка частоты психических расстройств

взрослого населения в зависимости от уровня напряжённости режима дня показывает выраженную зависимость как показателей частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, так и коэффициента корреляции, от степени напряжённости режима дня работающего населения.

Так, самый высокий коэффициент корреляции и показатель частоты первичных случаев психических расстройств характерны для когорты взрослого населения, производственная деятельность которого протекает в условиях напряжённого или, особенно, высоконапряжённого режима дня, когда его производственная часть характеризуется следующими ключевыми параметрами: активная рабочая часть равняется не менее 9-10 часам, а насыщенность производственными действиями, то есть плотность рабочего времени, составляет 80-90 %. В этом случае коэффициент корреляции равняется +0,92 и указывает на сильную связь психических расстройств с напряжённостью режима дня, а показатель частоты первичных случаев психических расстройств составляет 62,8 случаев на 100 000 населения, что в 2,5 раза выше, чем при слабо напряжённом режиме дня, то есть с облегченными режимными элементами.

Однако, слабо напряжённый режим дня также выступает как достаточно существенный фактор риска для психического здоровья человека. Так, при слабо напряжённом, но планомерно организованном режиме дня с плотностью от 40 до 60 %, отмечается слабо корреляционная его связь с психическими расстройствами и показателем частоты первичных случаев психических расстройств на уровне $25,4 \pm 1,3$ случаев, что выше в 2,7 раза от аналогичного показателя при свободном режиме дня с произвольно планируемым распорядком. Причём, только лишь при режиме дня со свободным ритмом деятельности в связи с произвольно планируемым распорядком дня наблюдается отрицательный коэффициент корреляции и минимальный ($9,5 \pm 0,5$ случаев на 100 000) показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств.

Иначе говоря, существует выраженный параллелизм между степенью

напряжения режима дня жизнедеятельности человека и показателем частоты возникновения первичных случаев психических расстройств работающего населения. При этом, чем менее напряжённый режим дня, тем ниже показатель первичных психических расстройств среди работающего населения и тем слабее корреляционная связь психических расстройств с факторами режима дня. Подобный параллелизм свидетельствует о том, что напряжённость режима дня жизнедеятельности человека выступает как весьма выраженный фактор риска для его психического здоровья. Причём, напряжённость режима дня предопределяется продолжительностью активной его части, её насыщенностью, рабочими элементами и ритмом деятельности, которая задаётся жёсткостью планирования распорядка дня. При длительности активной рабочей части режима дня не менее 9-10 часов, плотностью рабочего часа на уровне 80-90 % и отсутствии плановых релаксационных пауз показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств достигает достаточно высокого уровня, порядка 57-68 случаев на 100 000 взрослого населения.

Особое значение в нормализации и поддержании на высоком уровне психического здоровья взрослого населения имеют различные формы суточного отдыха. Как видно из таблицы 5.40, самый высокий оздоровительный эффект психического здоровья взрослого населения связан с физически активными формами отдыха, особенно нормированными во времени и интенсивности (бег трусцой, спортивная ходьба, занятия на тренажёрах), а также психоразгрузочные процедуры. В этом случае, среди таких когорт населения регистрируется минимальное количество (0,50-0,65 случаев на 100 000) случаев психических расстройств лёгкого характера (аффективные психорасстройства). Менее эффективный оздоровительный эффект наблюдается при такой форме активного отдыха, как ежедневные продолжительные прогулки в свободном ритме.

Таблица 5.40

Сравнительная частота возникновения первичных случаев психических расстройств среди взрослого населения в зависимости от форм суточного отдыха

Формы суточного отдыха	Показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 100 000	Коэффициент корреляции
Систематические физически активные регламентированные формы отдыха: ежедневное плавание в бассейне, занятия в тренажёрном зале 3-4 раза в неделю, ежедневный бег трусцой, ежедневная ходьба спортивного типа, ежедневные или 3-4 раза в неделю занятия в фитнес-зале	0,65±0,01 n=150 человек	r=-0,87 (обратная сильная связь)
Систематический отдых релаксационного характера с психоразгрузочными процедурами: посещение 3-4 раза в неделю кабинета психологической разгрузки, посещение 3-4 раза в неделю зала лечебной физкультуры или массажного кабинета	0,50±0,01 n=120 человек	r=-0,88 (обратная сильная связь)
Ежедневные пешие продолжительные (1,5-2 часа) прогулки в свободном ритме на свежем воздухе	1,5±0,03 n=160 человек	r=-0,41 (обратная средней силы связь)
Систематический физически пассивный отдых в форме разнообразной слабоинформационной нагрузки: чтения литературы, прослушивание радио, просмотра телевидения	8,5±0,2 n=240 человек	r=+0,41 (прямая средней силы связь)

Среди таких групп населения отмечаются психические расстройства в 2,3-3 раза чаще, чем среди постоянно занимающихся физически активными нормированными формами отдыха. Однако, частота и тяжесть психических расстройств и в этой группе незначительные (1,5±0,03 случаев аффективных

расстройств). В то же время, среди населения, ежедневный отдых которых является абсолютно физически пассивным и тем более связан с определёнными информационными нагрузками (чтение, прослушивание радио, просмотр телевизора), частота психических расстройств различной степени тяжести достаточно выражена, составляя $8,5 \pm 0,2$ случаев на 100 000 человек и превышает таковой показатель среди людей с активными физическими или психоразгрузочными формами отдыха в 5,5-17 раз, что позволяет отнести пассивные формы отдыха с наличием слабых информативных нагрузок к факторам риска для психического здоровья взрослого человека.

Таблица 5.41

Сравнительная частота возникновения психических расстройств среди взрослого населения с различным режимом ночного сна

Характеристика режима сна	Показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 100 000	Коэффициент корреляции
Сон с преимущественно очень поздним отходом ко сну (не ранее 24 часов) и очень ранним подъёмом (не позже 5-5,5 часов). Режим выражено неблагоприятный	$65,8 \pm 5,3$ n=220 человек	$r=+0,95$ (прямая сильная связь)
Сон с преимущественно ранним отходом ко сну (не позже 22 часов) и очень ранним подъёмом (5-5,5 часов). Режим умеренно неблагоприятный	$28,4 \pm 3,2^*$ n=185 человек	$r=+0,55$ (прямая средней силы связь)
Сон с преимущественно ранним отходом ко сну (21-22 часа) и умеренно ранним подъёмом (6-6,5 часов). Режим благоприятный	$8,2 \pm 1,1^*$ n=210 человек	$r=-0,15$ (обратная слабая связь)

Примечание. * – статистически значимые различия.

Особое значение для формирования и поддержания психического здоровья на высоком уровне взрослого населения имеет ночной сон. Как следует из данных таблицы 5.41, режим ночного сна крайне не однозначно влияет на состояние психического здоровья взрослого населения. Так, режим ночного сна с систематически очень поздним отходом ко сну (не ранее 24 часов)

и очень ранним подъёмом (не позже 5-5,5 часов) выступает как достаточно выраженный фактор риска для психического здоровья.

Среди людей с подобным режимом сна отмечается высокий показатель первичных психических расстройств на уровне $65,8 \pm 5,3$ случаев на 100 000 человек при сильной корреляционной связи данного показателя с таким режимом сна. Более благоприятно влияет на психическое здоровье режим ночного сна с ранним отходом ко сну (не позже 22 часов) и очень ранним подъёмом. В этом случае показатель психических расстройств регистрируется среди населения с подобным режимом в 2,3 раза реже, чем при выражено неблагоприятном режиме сна. Однако, и при таком умеренно неблагоприятном режиме ночного сна отмечается достаточно высокий показатель психических расстройств ($28,4 \pm 3,2$ случаев на 100 000), что свидетельствует о том, что и такой режим сна выступает как значительный фактор риска для психического здоровья человека. В то же время, население с благоприятным режимом ночного сна, который начинается не позже 21-22 часов и завершается не раньше 6-6,5 часов, имеет самые низкие показатели частоты первичных психических расстройств, которые в 3,5 раза ниже, чем при умеренно благоприятном режиме сна и находятся в пределах $8,2 \pm 1,1$ случаев на 100 000 человек.

Иначе говоря, благоприятный режим сна выступает как фактор, обладающий качествами антириска для психического здоровья, о чём свидетельствуют не только очень низкие показатели психических расстройств среди населения с таким режимом сна, но и очень слабая обратная корреляционная связь психических расстройств с данным режимом сна, то есть корреляция практически отсутствует, а наблюдаемые невысокие количественные величины психических расстройств, предопределяются преимущественно иными причинами.

Следовательно, режим ночного сна выступает как фактор с двойственными качествами в формировании психического здоровья населения – как фактор риска и антириска. Причём, максимальными свойствами риска для психического здоровья человека обладает режим сна с двумя, крайне

неблагоприятными параметрами – с поздним началом и ранним завершением, значительно меньше эти свойства характерны для режима сна с одним неблагоприятным параметром (раннее завершение) и совсем не обладает качествами фактора риска для психического здоровья режим сна с обоими благоприятными параметрами – оптимальное время начала и завершения сна.

Однако, как свидетельствуют результаты таблиц 5.42 и 5.43, выраженными качествами ночного сна как фактора риска психического здоровья человека выступает бессонница и очень малая продолжительность сна. Среди населения, страдающего постоянной или частой бессонницей, регистрируется достаточно высокий показатель первичных психических расстройств на уровне $47,5 \pm 3,8$ случаев на 100 000 человек при наличии сильной их корреляционной связи с данными факторами сна. В то же время, среди населения, не страдающего бессонницей эти показатели минимальные ($3,4 \pm 0,1$ случаев на 100 000), а корреляционная связь сильная обратная, что указывает на оздоровительную роль такого характера сна (таблица 5.42).

Высокий уровень риска для психического здоровья населения также свойственен сну с очень короткой его продолжительностью (4,5-5 часов).

Таблица 5.42

Сравнительная частота возникновения психических расстройств среди взрослого населения, страдавшего и не страдавшего ночной бессонницей

Характеристика сна пациентов, n=480	Показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 100 000	Коэффициент корреляции
Пациенты, часто или постоянно страдавшие ночной бессонницей	$47,5 \pm 3,8$	$r=+0,75$ (прямая сильная связь)
Пациенты, не страдавшие ночной бессонницей	$3,4 \pm 0,1^*$	$r=-0,71$ (обратная сильная связь)

Примечание. * – статистически значимые различия.

Таблица 5.43

**Сравнительная частота возникновения психических расстройств среди
взрослого населения, имевшего различную продолжительность здорового
ночного сна**

Характеристика продолжительности здорового ночного сна, n=350	Показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, случаи на 100 000	Коэффициент корреляции
Продолжительность здорового ночного сна, часто в пределах 4,5-5 часов	31,4±3,0	r=+0,88 (прямая сильная связь)
Продолжительность сна преимущественно 6-7 часов	12,2±1,1*	r=+0,15 (прямая слабая связь)
Продолжительность сна преимущественно 8-9 часов	6,1±0,4	r=-0,75 (обратная сильная связь)

Примечание. * – статистически значимые различия.

При таком варианте ночного сна частота первичных психических расстройств достаточно большая и составляет 31,4±3,0 случаев на 100 000 человек при прямой сильной корреляционной её связи с данным параметром сна. О значении для психического здоровья продолжительности ночного сна свидетельствуют сравнительные величины динамики показателей психических расстройств при различной величине этого параметра. Так, при продолжительности здорового ночного сна в 6-7 часов показатели первичных психических расстройств в 2,6 раза меньше, чем при продолжительности его в 4-4,5 часов, а при продолжительности в 8-9 часов показатели психических расстройств минимальны и в 2 раза ниже, чем при продолжительности в 6-7

часов. Причём, при продолжительности ночного сна уже в 6-7 часов корреляционная связь его с уровнем психических расстройств становится слабой, то есть минимальной, что указывает на оздоровительную значимость сна уже такой продолжительности как фактора, приобретающего качества антириска для психического здоровья. Ещё более выраженными становятся оздоровительные свойства ночного сна при продолжительности 8-9 часов, когда показатели первичных расстройств снижаются до минимальных величин, а коэффициент корреляции становится отрицательным с сильной связью. Следовательно, оптимальная продолжительность здорового ночного сна выступает как ведущий фактор антириска для психического здоровья и как ключевая форма охраны и поддержания на высоком уровне психического здоровья населения.

5.5. Психогенная значимость экзогенных факторов риска психического здоровья

Степень патогенной значимости установленного спектра экзогенных факторов риска в формировании болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека оценивалось по индексу относительного риска (RR). Показатель относительного риска рассчитывался по общей формуле, показанной в разделе 2 и показывает степень патогенности фактора, то есть, во сколько раз заболеваемость выше среди лиц, подвергающихся относительно лиц, неподвергающихся воздействию того или иного экзогенного фактора риска.

Как видно из таблицы 5.44, для оценки патогенной значимости были выбраны наиболее выраженные, из установленного (раздел 4) спектра, 68 психогенных факторов. Для установления степени психогенной значимости были рассчитаны индексы относительного риска по показателям частоты возникновения первичных случаев психических расстройств и аффективных психических расстройств, отражающих уровень первичных острых расстройств

психики, преимущественно функционального характера. По средней величине индекса относительного риска все психогенные факторы риска были расположены в ранговой последовательности по однородным группам, а внутри каждой группы по абсолютной величине индекса также по соответствующим ранговым позициям.

Как следует из таблицы 5.44, весь изученный спектр экзогенных факторов риска, выражен в виде шести однородных групп, располагающихся по патогенной значимости для психического здоровья человека, в соответствии с величиной индекса относительного риска, в следующей ранговой последовательности: 1-е место принадлежит социально-бытовым и семейно-психологическим факторам; 2-е место – факторам образа жизни; 3-е место – алиментарным; 4-е место – профессиональным; 5-е место – макроэкономическим и общественно-психологическим и 6-е место – экологическим факторам. Причём, групповые ранговые места факторов риска по детерминации общей частоты возникновения первичных случаев психических расстройств и частоты аффективных психических расстройств, связанных с различными функциональными нарушениями совпадают только для 3-х групп факторов риска: социально-бытовые и семейно-психологические (1-е и 1-е места), образа жизни (2-е и 2-е места), а также экологических (6-е и 6-е места). Подобное совпадение рангов психогенных факторов эндогенной природы по величине индекса относительного риска, свидетельствует о примерно равной значимости данного вида факторов риска в предопределении частоты возникновения психических расстройств, как с органическими, так и с функциональными нарушениями. Однако, собственно величина индекса относительного риска подчёркивает наличие преимущества той или иной группы экзогенных факторов в формировании психических расстройств функциональной или органической природы.

Так, существенное превалирование величины индекса относительного риска по формированию аффективных психических расстройств, свойственное факторам риска макроэкономическим, общественно-психологическим и

профессиональным, свидетельствует о преимущественной роли этих групп факторов риска в формировании психических расстройств, прежде всего, функционального характера. В то же время, для других групп факторов риска, исходя из соотношения индексов относительного риска, свойственна либо однозначность, либо некоторое преимущество в формировании психических расстройств с органической основой нарушений. К таким факторам риска следует отнести, прежде всего, факторы образа жизни, а также алиментарные, профессиональные и, в определённой мере, экологические, а также социально-бытовые и семейно-психологические. Эта группа факторов риска, как свидетельствует величина индекса относительного риска, активно участвует в формировании общей частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, особенно это свойственно для факторов социально-бытовых, семейно-психологических и образа жизни, которые имеют большие величины (16,5 и 12,98) индекса относительного риска и поэтому играют выраженную роль в формировании частоты возникновения первичных случаев психических расстройств.

Значительно меньшее значение в формировании первичных случаев психических расстройств имеют такие факторы риска как алиментарные и профессиональные, для которых свойственен индекс относительного риска на уровне 2,27 и 2,19 единиц, то есть в 5,7-7,5 раза ниже, чем группы факторов риска, занимающих 1 и 2 ранговые позиции. Ещё меньшее значение в формировании частоты первичных случаев психических расстройств имеют макроэкономические, общественно-психологические и экологические, для которых индексы относительного риска составляют, соответственно, 1,91 и 1,70. Однако, если макроэкономические и общественно-психологические играют преимущественную роль в формировании аффективных психических расстройств (индекс относительного риска 5,1 единиц), то экологические факторы риска почти в равной мере участвуют в формировании как чисто функциональных, так и с органической основой психических расстройств о чём говорит соотношение индексов относительного риска 1,58 единиц

(аффективные расстройства) и 1,70 единиц (общая частота возникновения психических расстройств).

Психогенная значимость различных факторов риска, составляющих структуру однородной группы существенно отличается от общегрупповой их значимости (таблицы 5.45 – 5.50).

Так, структуру группы социально-бытовых и семейно-психологических факторов риска формируют 8 видов факторов данной природы, которые располагаются по 9 ранговым позициям, исходя из их роли в общей частоте возникновения первичных случаев психических расстройств (таблица 5.45). При этом, первая ранговая позиция в формировании общего показателя частоты возникновения психических расстройств принадлежит такому интегральному фактору социально-бытовой природы, как выражено не комфортное жилище, где индекс относительного риска составляет 47,8 единиц.

Второе ранговое место занимает с близким индексом относительного риска (42,3 единицы) такой фактор риска как законченные два высших образования (индекс относительного риска 23,3 единицы). Иначе говоря, первые три фактора в этой группе имеют очень большие индексы относительного риска психического здоровья.

Однако, первый ранговый фактор риска (выражено не комфортное жилище) преимущественно предопределяет частоту возникновения психических расстройств функционального характера, о чём говорит большой индекс относительного риска частоты аффективных расстройств (39,0 единиц). В то же время, два других ранговых фактора (2-е и 3-е места) в большей мере предопределяют общую частоту возникновения психических расстройств, то есть они во многом связаны с органическими нарушениями, о чём говорит соотношение общего индекса относительного риска и такового при аффективных функциональных расстройствах, соответственно: 42,3:8 и 23,3:4.

Очень большую роль в формировании первичных психических расстройств играет группа семейно-психологических факторов. Особенно большое их значение проявляется в возникновении аффективных

(функциональных) психических расстройств. К таким психогенно высокосignимым факторам риска относятся: одиночество (4-е ранговое место), одинокое материнство (5-е место), полная семья с 2-3 проблемными детьми (6-е место) неблагоприятный семейный психологический климат (7-е место), семья без детей (8-е место), а также интенсивная учебная деятельность члена семьи (9-е место). Причём, преимущественно с этими факторами риска связано формирование аффективных психических расстройств, о чём свидетельствует высокие индексы относительного риска при данном характере психических расстройств, которые зачастую выше таковых при общих показателях первичных психических расстройств (по 4-м позициям из 6).

Как было уже сказано, большая роль в формировании частоты возникновения первичных случаев психических расстройств принадлежит факторам образа жизни. Как следует из таблицы 5.46, эту группу составляют 11 ключевых факторов риска, которые располагаются в соответствии с величиной индекса относительного риска по 11 ранговым позициям.

При этом ведущее психогенное значение принадлежит 4 видам факторам риска, занимающих 4 первых ранговых места по величине индекса относительного риска. Это, прежде всего, такие факторы, как страдание алкоголизмом (1-е ранговое место), страдание наркоманией (2-е ранговое место), страдание ночной бессонницей (3-е ранговое место), не эффективный суточный отдых (4-е место). Причём, с первыми двумя ранговыми факторами риска связана частота возникновения преимущественно функционально-органических психических расстройств, тогда как вторые (3-е и 4-е ранговые места) два фактора причастны, прежде всего, к формированию психических расстройств аффективного характера, то есть функциональных. Кроме этих факторов, высокий индекс относительного риска свойственен ещё 4 видам факторов риска образа жизни: неблагоприятный режим ночного сна (5-е ранговое место), высоконапряжённый режим рабочего дня (6-е место), короткий ночной сон (7-е место), комплекс умеренно выраженных вредных привычек (8-е место). Вся эта группа имеет большие величины индекса относительного риска

нарушения психического здоровья, связанного с возникновением как преимущественно аффективных, так и всего массива первичных случаев психических расстройств. Ещё три вида факторов образа жизни имеют значительно меньшее значение в формировании частоты первичных случаев психических расстройств, где индекс относительного риска в 2,3-4,9 раза меньше.

Третьими по ранговой психогенной значимости стоят алиментарные факторы (таблица 5.47). Эту общую группу факторов риска составляют 4 ключевых вида факторов риска. Всем им свойственны близкие и не очень большие индексы относительного риска нарушения психического здоровья (1,86-2,67 единиц). Однако, всем этим факторам риска свойственно более активное участие в формировании всего массива первичных случаев психических расстройств, о чём свидетельствует превалирование величины индекса относительного риска общей частоты возникновения первичных случаев психических расстройств над индексом относительного риска частоты возникновения аффективных расстройств. К ключевым фактором алиментарного риска нарушения психического здоровья относятся, прежде всего, следующие четыре вида факторов: некачественный недельный рацион питания (1-е ранговое место), экологически нечистые продукты питания – загрязнённые комплексом ксенобиотиков (пестициды, нитраты, тяжёлые металлы); 2-е ранговое место; загрязнённые только тяжёлыми металлами – 3-е место; загрязнённые только нитратами – 4 –е место.

Большое значение в нарушении психического здоровья имеют профессиональные факторы психогенного риска. Как видно из результатов таблицы 5.48, к этой группе относятся 10 видов факторов риска. Однако, самую большую значимость в формировании частоты возникновения психических расстройств имеют факторы риска, занимающие первые три ранговые позиции: интеллектуально-напряжённый труд (1-е ранговое место), эмоционально-напряжённый труд (2-е ранговое место), опасные виды обслуживающего труда (2-е место). Здесь индексы относительного риска находятся в пределах 3,16-4,43

единиц. Следующих два профессиональных вида психогенного риска занимают труд в условиях интенсивного шума – 100-110 дБ (4-е место) и 5-е – труд в условиях производственной среды, загрязнённой химическими веществами, где индекс относительного риска значительно ниже и составляет 2,38-2,53 единицы. При этом, если первые три ранговые фактора выполняют преимущественную роль в стимуляции возникновения аффективных психических расстройств, то два вторых ранговых фактора имеют примерно равную значимость в формировании общей частоты первичных случаев психических расстройств. Последующие 4 фактора профессионального риска имеют индексы относительного риска ниже 2 единиц при формировании общей частоты возникновения психических расстройств и, за исключением монотонно-напряжённых видов труда, больше 2-х единиц при формировании аффективных (функциональных) психических расстройств. В то же время, такой профессиональный фактор как монотонно-напряжённый труд имеет практическое значение, равное значению в формировании психических расстройств как функционально-органических, так и функциональных психических расстройств.

С другой стороны, труд в условиях больших перепадов уровня низких и высоких температур фактически является психогенно неблагоприятным фактором по отношению к чисто функциональным психическим расстройствам и имеет отрицательный индекс относительного риска относительно общей частоты возникновения первичных случаев психических расстройств, то есть частично выполняет функцию психогенного антириска.

Особая роль в формировании психических расстройств принадлежит макроэкономическим и общественно-психологическим факторам. Эти факторы выполняют функцию массового психогенного риска, нарушая психическое здоровье широких масс населения. Как следует из результатов таблицы 5.49, структуру этой группы экзогенных факторов риска формируют семь её ключевых видов.

Самые высокие индексы относительного риска характерны для пяти

видов факторов риска: высокая психическая тревожность экономико-политического характера в обществе (1-е ранговое место); высокая трудовая миграция (2-е ранговое место); высокая безработица (3-е ранговое место); длительная экономическая и социальная депрессия в обществе (4-е ранговое место); низкий (на уровне черты бедности) социально-экономический уровень жизни (5-е ранговое место). Эти факторы имеют индекс риска в пределах 1,84-2,6 единиц. В то же время, основные два макроэкономические фактора психогенного риска имеют небольшие величины индекса относительного риска – средний уровень безработицы (1,61 единиц) и городской уклад жизни (1,46 единиц). Однако, для шести видов этой группы факторов из семи, свойственны высокие величины индекса относительного риска (3,2-10 единиц) для аффективных психических расстройств, что свидетельствует о преимущественно функциональной психогенной их значимости в нарушении психического здоровья населения.

Как свидетельствуют показатели таблицы 5.50, в нарушении психического здоровья населения принимает участие большая группа (26 видов) экологических факторов риска, хотя по степени психогенной значимости, как показано в табл. 5.44, они занимают последнее групповое (6-е) ранговое место. Спектр экологических факторов риска психического здоровья состоит из трёх групп разнородных факторов: факторы психогенного риска техногенной нагрузки на внешнюю среду; факторы психогенного риска питьевой воды; факторы психогенного риска воздушной среды. Группа факторов риска техногенной нагрузки на внешнюю среду состоит из 8 видов, которые располагаются по 8 ранговым позициям в соответствии с величиной индекса относительного риска.

Самая высокая психогенная значимость характерна для факторов техногенной нагрузки, в состав которой входят вещества химической природы: комплексная, преимущественно (50-60% состава) химической природы техногенная нагрузка (1-е ранговое место); комплексная, преимущественно химико-энергетической природы (70-75% состава) техногенная нагрузка (2-е

ранговое место); комплексная, преимущественно химико-металлургической природы (75-80% состава), техногенная нагрузка (3-е ранговое место; комплексная, химико-угольно-металлургической природы (85% состава), техногенная нагрузка (4-е ранговое место); высокая смешанная валовая ($1568,9-22500 \text{ т/км}^2$) техногенная нагрузка на внешнюю среду (5-е ранговое место); однородная, металлургической природы, техногенная нагрузка (6-е ранговое место), однородная, энергетической природы, техногенная нагрузка (7-е ранговое место); однородная, угольной природы, техногенная нагрузка (8-е ранговое место).

Однако, наиболее сильное психогенное значение свойственно длительно живущим ксенобиотикам, загрязняющим экологическую воздушную среду. Эту экологическую группу факторов риска психического здоровья составляют три ключевых вида: высокий валовый уровень загрязнения воздушной среды химическими ксенобиотиками (суммарный показатель загрязнения 4,75, индекс относительного риска 2,89, 1-е ранговое место; высокая (>2 ПДК) среднесуточная концентрация комплекса высоко-вредных ксенобиотиков в воздушной среде – бензапирен, диоксид азота, диоксид серы (индекс относительного риска 2,53, 2-е ранговое место); высокая ($>2,5$ ПДК) среднесуточная концентрация в воздушной среде комплекса химических ксенобиотиков ароматического ряда – аммиак и фенол (индекс относительного риска 1,8 единиц, 3-е ранговое место).

Вся эта группа факторов риска занимает среди экологических факторов 1-е ранговое место со средним индексом относительного риска на уровне 2,41 единиц, что указывает на определяющую роль в формировании степени выраженности психогенных свойств тех или иных психогенных факторов химической природы и длительности пребывания во внешней среде.

Третье внутригрупповое ранговое место среди экологических факторов риска принадлежит химическим компонентам питьевой воды со среднегрупповым индексом относительного психогенного риска в пределах 1,32 единицы. Структуру факторов психогенного риска питьевой воды

составляют 15 ключевых факторов, располагающихся последовательно в соответствии с индексом относительного риска, по 15 ранговым позициям. При этом, самые высокие позиции относительного риска принадлежат следующим психогенным факторам относительного риска питьевой воды: высокие концентрации свинца в питьевой воде ($>1,6$ ПДК), 1-е ранговое место, индекс относительного риска 2,28 единицы; высокая концентрация в питьевой воде макроэлементов, относящихся к группе тяжёлых металлов – свинец, никель, медь ($1,1-2,7$ ПДК), 2-е ранговое место, индекс относительного риска 2,26 единицы; высокая концентрация в питьевой воде фтора ($1,2-1,3$ ПДК), 3-е ранговое место, индекс относительного риска – 2,08 единиц; низкая концентрация хлоридов ($0,8$ ПДК), 4-е ранговое место, индекс относительного риска 2,02 единицы; пониженная жёсткость питьевой воды (<2 ПДК), 5-е ранговое место, индекс относительного риска – 2,0 единицы. Ряд составных элементов питьевой воды имеют слабовыраженные психогенные свойства. К таким факторам риска относятся: низкая минерализация питьевой воды (<1 ПДК), 6-е ранговое место, индекс относительного риска 1,43 единицы; повышенная концентрация сульфатов в питьевой воде ($>1-1,5$ ПДК), 7-е ранговое место, индекс относительного риска 1,4 единицы; высокая концентрация в питьевой воде меди и никеля ($>1,5$ ПДК), 8-е ранговое место, индекс относительного риска 1,29 единиц; высокая концентрация стронция в питьевой воде (>1 ПДК), 9-е ранговое место, индекс относительного риска 1,12 единиц.

Ряд составных элементов питьевой воды обладает нейтральными психогенными свойствами и, по существу, отвечают требованиям, предъявляемым к факторам антириска, то есть обладают оздоровительными качествами относительно психического здоровья. Такие факторы обычно имеют индекс относительного риска ниже единицы и могут рассматриваться как факторы, способные предупреждать психические расстройства и укреплять психическое здоровье. К таким факторам питьевой воды относятся следующие её качества: сверхвысокая жёсткость питьевой воды (>5 ПДК) с индексом

относительного риска 0,75 единицы; сверхвысокая минерализация питьевой воды (>5 ПДК), индекс относительного риска 0,70 единиц; сверхвысокая концентрация сульфатов в питьевой воде (>5 ПДК), индекс относительного риска 0,69 единиц; сверхвысокая концентрация в питьевой воде циркония (>10 ПДК), индекс относительного риска 0,67 единиц; высокая концентрация хлоридов в питьевой воде (>2 ПДК), индекс относительного риска 0,57 единиц; низкая концентрация фтора в питьевой воде ($<0,9$ ПДК), индекс относительного риска 0,48 единиц.

Следовательно, ряд факторов питьевой воды обладает нелинейной связью с психическим здоровьем и меняют свои психогенные свойства, превращаясь из факторов психогенного риска в факторы психогенного антириска. К таким факторам относятся ряд качеств, микро- и макроэлементов питьевой воды, когда их индекс относительного риска опускается ниже единицы. Иначе говоря, экзогенные факторы связаны с психическим здоровьем человека как прямолинейной, так и нелинейной связью. При прямолинейной связи увеличение или интенсификация экзогенного фактора ведёт, как правило, к росту частоты первичных случаев психических расстройств, а индекс относительного риска всегда больше единицы. Причём, чем больше величина индекса относительного риска, тем выше первичная психическая заболеваемость. Поэтому, для снижения первичных случаев психических расстройств при прямолинейной зависимости их от экзогенных факторов риска необходимо либо снизить величину, либо интенсивность психогенного фактора.

В то же время, при нелинейной связи факторов экзогенного риска с психическим здоровьем, минимальная частота возникновения первичных случаев психических расстройств, обычно, соответствует среднему уровню фактора риска, а превышение или увеличение фактора риска ведёт к увеличению психической заболеваемости и росту величины индекса относительного риска. Подобной нелинейной взаимосвязью частоты психических расстройств и экзогенных факторов риска объясняются результаты изменения психического здоровья и величины индекса относительного

психогенного риска, характерные для некоторых составных элементов и качественных характеристик питьевой воды.

Резюме.

1. Длительный экономический кризис общества и его ключевые процессы (безработица, трудовая миграция) выступают как острые факторы риска и интенсивные детерминанты болезней, связанных с расстройством психики и поведения, которые в подобных условиях увеличиваются более чем в 1,9 раза.

Безработица в индустриально-промышленном регионе является сверхсильным фактором риска для психического здоровья взрослого населения и резко (почти в 2 раза) увеличивает частоту возникновения (первичные случаи) и распространения болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека, а аффективных психических расстройств в 10 раз.

2. Трудовая миграция населения как неотъемлемый процесс экономического кризиса и безработицы выступает в виде выраженного фактора риска для психического здоровья этой части населения, способствующего росту расстройств психики и поведения людей, втянутых в это динамическое действие.

Общая психологическая тревожность населения с истоками различной природы, особенно в условиях социально-экономической депрессии общества, выступает как самостоятельный макропсихологический фактор риска психического здоровья населения и может служить прогностическим критерием подъёма и спада психической заболеваемости среди различных корпоративных групп населения.

Уклад жизни населения выступает как ведущий фактор, предопределяющий различия показателей психической заболеваемости между городским и сельским населением.

3. Большую роль в нарушении психического здоровья играют профессиональные факторы риска, особенно такие как интеллектуально-напряжённые, эмоционально-напряжённые и, в меньшей мере, монотонно-напряжённые виды труда, а также опасные виды труда и работа в ночные

смены. Кроме этого, отдельные факторы производственной среды, особенно такие как загрязнённый химическими веществами воздух, интенсивный шум (100-120 ДБ) и большие перепады температуры производственной среды.

4. Болезни, связанные с расстройством психики и поведения населения зависят от уровня техногенной нагрузки на экологическую среду населённых мест, особенно в объёме выше 1 500 тонн/км². При такой техногенной нагрузке первичная заболеваемость психической патологией населения выше, чем при минимальной на 32,7-52,3% случаев, а распространённость этих болезней на 35,9-49,4% случаев.

Уровень распространённости среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, предопределяется характером и химической структурой техногенной нагрузки на экологическую среду населённых мест.

5. Существует различная по силе корреляционная связь между химическими факторами, загрязняющими экологическую среду населённых мест и болезнями, связанными с расстройством психики и поведения населения.

Сильная корреляционная связь характерна для смешанных ксенобиотиков, выбрасываемых химическим, коксохимическим и энергетическим производством, а также для 3,4 бензапирена.

6. Некоторые составные химические элементы питьевой воды выступают как факторы риска для психического здоровья населения. К таким психогенным факторам питьевой воды относятся, прежде всего, фтор и вещества, входящие в группу тяжёлых металлов, особенно, свинец, медь и никель. Психогенные результаты проявляются при длительном (10 лет) употреблении питьевой воды с высокими (>ПДК) концентрациями этих веществ. Высокая общая жёсткость и минерализация питьевой воды проявляет психогенный антириск.

7. Среди социально-бытовых факторов выраженными факторами риска для психического здоровья выступают низкая комфортность жилища, особенно по удельному индексу площади и полноте его санитарно-технического

оснащения.

В семейно-психологической среде жизнедеятельности человека острыми факторами риска для психического здоровья выступают: одиночество, неполная семья с проблемными детьми, бездетные семьи, конфликтные семьи, интенсивная учебная деятельность, уровень и кратность высшего образования.

8. Систематическое употребление некачественных, то есть биологически неполноценных продуктов питания, а также продуктов, загрязнённых нитратами, пестицидами и тяжёлыми металлами связано средней и сильной корреляционной зависимостью с психическими расстройствами, такие продукты питания выступают как фактор риска для психического здоровья человека.

Долгожители (80 и более лет) с биологически качественным и сбалансированным рационом питания отличаются достаточно высоким уровнем психического здоровья.

9. Распространённые среди населения различного вида вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания, токсикомания, игромания и др.) имеют большую связь ($r=+0,88$) с показателями психического здоровья такой группы населения. Показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств среди населения с широко распространённым комплексом вредных привычек выше в 3,7 раза, чем среди населения без наличия вредных привычек. Особо высокий показатель среди населения с комплексом вредных привычек аффективных психических расстройств, который превышает таковой среди людей без вредных привычек в 4,9 раза.

10. Наиболее значимая роль в формировании психических расстройств населения принадлежит таким вредным привычкам как алкоголизм, наркомания и токсикомания. Наиболее высокие показатели возникновения и распространения психических расстройств характерны для населения, страдающего алкоголизмом, которые составляют 69,7 случаев (первичные) и 1379,5 случаев (распространённость). Показатели частоты возникновения и распространения психических расстройств страдающих наркоманией

значительно ниже, чем среди больных алкоголизмом и равняются $16,1 \pm 0,3$ случаев (первичные показатели) и $214,4 \pm 2,5$ случаев (показатели распространённости).

Самые низкие показатели психических расстройств наблюдаются среди населения, страдающего токсикоманией, где они находятся на уровне $2,58 \pm 0,03$ случаев (первичные показатели) и $17,94 \pm 0,4$ (показатели распространённости).

11. Первичные психические расстройства человека существенно предопределяются показателями напряжённости режима дня, чем дольше активная часть рабочего дня и его плотность, тем выше показатели первичных психических расстройств.

Особо выраженные психогенные факторы характерны для режима дня со следующими показателями напряжённости: активная рабочая часть продолжительностью 9-10 часов, а плотность рабочего часа составляет 80-90 %. При таком варианте режима дня жизнедеятельности человека отмечается сильная корреляционная связь его с показателями первичных психических расстройств ($r=+0,92$), а величина показателей первичных психических расстройств в 2,5 раза больше, чем при слабонапряжённом режиме рабочего дня.

12. Значительная роль как фактора психогенного риска и антириска принадлежит разнообразным формам суточного отдыха. Наибольшие психогенные качества риска и наименьшие оздоровительные свойства характерны для физически пассивного отдыха с формами слабых информативных нагрузок в виде чтения разнообразной литературы, просмотра телевидения, прослушивания радио. Наибольшими психооздоровительными свойствами обладает физически активный отдых с регламентированными формами деятельности.

13. Большое психогенное и психооздоровительное значение принадлежит разнообразным формам ночного сна. Наибольшими психооздоровительными качествами обладает здоровый сон продолжительностью 8-9 часов.

Наиболее выраженные качества психогенного риска свойственны

ночному сну с постоянной бессонницей, а также сну с неблагоприятными параметрами его начала и завершения: сон с очень поздним началом (не ранее 24 часов) и очень ранним окончанием (не позднее 5-5,5 часов), а также сон с постоянно ранним завершением (не позднее 5-5,5 часов).

14. В формировании психических расстройств населения принимают 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; образа жизни – 2-е место; алиментарные – 3-е место; профессиональные – 4-е место; макроэкономические и общественно-психологические – 5-е место; экологические – 6-е место.

РАЗДЕЛ 6

ПРИНЦИПЫ И МЕРЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НАСЕЛЕНИЯ

Психическое здоровье – это отсутствие болезней и повреждений нервной системы при состоянии полного психологического социального и физического благополучия. По оценке ВОЗ, около 5-10% населения развитых стран страдают расстройствами психического здоровья. При этом, количество таких больных постоянно возрастает во всём мире. Поэтому, повышается необходимость в разработке мер по укреплению психического здоровья или профилактики, особенно первичной, психических расстройств населения депрессивного и дистрессового характера. По этой причине данный раздел посвящён обоснованию принципов охраны психического здоровья и ключевых мер их реализации, а также принципам и технологиям первичной профилактики острых психических расстройств среди населения. Это диктуется ещё и тем, что в этой области медицины существуют большие проблемы теоретического, и, особенно, практического характера.

6.1. Принципы охраны и оптимизации психического здоровья

Психическое здоровье населения, как и общее здоровье, предопределяется эндогенными и экзогенными факторами. В настоящее время особая роль в формировании психических расстройств принадлежит экзогенным факторам. Среди экзогенных факторов ведущее место в формировании психического здоровья и детерминации психических расстройств принадлежит образу и условиям жизни человека. В то же время, образ жизни человека в большой мере предопределяется его менталитетом, в основе которого лежит психологическое и психоэмоциональное состояние личности. Разбалансирование регуляторных механизмов психоэмоционального состояния личности зачастую вызывается неблагоприятным действием

экзогенных факторов и лежит в основе разнообразных расстройств психики. Иначе говоря, гармоничное психоэмоциональное состояние личности одно из условий высокого уровня психического здоровья человека. Отсюда проистекает *первый принцип охраны психического здоровья – поддержание на оптимальном уровне гармоничного психоэмоционального состояния личности.*

Для реализации этого принципа используются психотерапевтические, психологические и психофизиологические приёмы поддержания на гармоничном уровне психоэмоционального состояния личности.

Для профилактики психических расстройств и нормализации психологического здоровья следует применять следующий комплекс психологических и психофизиологических способов самопомощи. Эти меры самопомощи применяются для улучшения настроения, сна и повышения работоспособности, а также для преодоления эмоционального взрыва, стресса и травм, вредных привычек. Обычно для улучшения настроения следует применять следующие способы и правила самопомощи:

1) Оптимистические сравнения на основе правила эустресс против дистресса: это радостные воспоминания о творческих и других успехах, трудовом эффекте, семейных торжествах и других эустрессовых явлениях как основы саногенного стресса.

2) Самоприказ для подавления нежелательных действий.

3) Лобовая атака (антистрессорный штурм), реализованная посредством подобранных словесных формул, произносимых с чувством гнева для формирования активного отношения к психотравмирующему фактору. Выражение гнева помогает мобилизоваться, обрести уверенность и преодолеть страх. Пример саногенной формулы: «Спокойно, спокойно, всё будет хорошо», «У меня сильная воля и твёрдый характер, я полностью преодолею тягу к курению или спиртному».

4) Условнорефлекторное погашение для подавления отрицательных эмоций и преодоления страха, мнительности, навязчивых состояний. Существует несколько вариантов этого способа самопомощи: • как только

появляется чувство тревоги или страха, произносят властным, повелительным тоном слова «Стоп» или «Спокойно»; • с помощью волевого усилия подавляется тревожное состояние путём представления его причины и самого состояния в юмористическом свете.

5) Тренировочные задания по укреплению воли:

- задания по отвыканию от курения;
- задания при лечении косноязычия и заикания;
- задания для преодоления страха.

6) Самовнушение – широко применяемый способ, способствующий саморегулированию эмоционального состояния с помощью специально подобранных словесных формул. Используется обычно в трёх случаях: в случае тревоги, а также при угнетённом и подавленном состоянии – используется формула «Спокойно, спокойно, всё будет хорошо», «Я спокоен, уверен», «Волнением не поможешь, только вред причинишь», также используются словесные формы оптимистического содержания из различных произведений или стихотворений и песен.

7) Моделирование будущего, особенно широко используется для водителей, лётчиков и космонавтов. Моделируют ситуации с положительным исходом.

8) Эмоционально-моторные приёмы для стимулирования эмоционального состояния – танцетерапия.

9) Эмоционально-сенсорные приёмы для стимулирования эмоциональной памяти о приятных воспоминаниях по запахам – ароматерапия.

10) Психогенный способ переключения внимания для саморегуляции психического состояния при эмоциональных всплесках: переключение внимания на объекты внешнего мира, на радостные события.

11) Физические приёмы переключения внимания, особенно для самоуспокоения: перебирание пальцами чётков, покручивание колпачка шариковой ручки, жевание жевательной резинки, сжатие кистевого эспандера.

12) Эмоционально-стрессовые приёмы самопомощи (эмоционально-стрессовая психотерапия) для формирования целебного стресса (эустресса). Эта терапия применяется для создания оптимистического настроения, преодоления тоскливости, тревожности, страха. Наиболее широко в этом виде психотерапии используются следующие способы: творческое общение с природой, увлечение литературой и искусством, творческое коллекционирование.

13) Приёмы эмоциональной разрядки для отражения неприятных переживаний. Для этого часто используется три способа: • – способ излияния чувств в виде рассказа о своих тяготах участливому слушателю; • – запись своих переживаний в личном дневнике; •) – проигрывание психотравмирующих ситуаций.

14) Психофизиологические способы. Оптимизация психоэмоционального состояния организма:

- мышечно-эмоциональные приёмы для улучшения настроения – смех и физические нагрузки, вызывающие «мышечную радость»;
- мышечные приёмы для эмоциональной разгрузки – физические упражнения в момент эмоционального взрыва;
- мышечные приёмы для мобилизации резервных возможностей организма (поднятие «боевого духа»);
- способы расслабления мышечной системы для снижения нервно-психической напряженности – релаксационные упражнения. Для расслабления (релаксации мышц) применяют специальные позы: поза «кучера», поза лёжа и полулёжа, релаксационные маски лица.

15) Психофизиологические способы для улучшения сна:

- эмоционально-лёгочные способы, основанные на типе дыхания. Для эмоционального успокоения и улучшения засыпания выдох должен преобладать над вдохом. Управляется вдох – выдох путём произношения словесных сочетаний короткого характера на вдохе и удлинённого на выдохе такого вида: мне (на вдохе) – хорошо (на выдохе);
- эмоционально-сосудистые способы: для ускоренного засыпания

согревают ноги перед сном (ножные ванны, грелки и другое), применяют способы самовнушения и воображения приятных ситуаций, способствующие расслаблению.

Для поддержания психического здоровья человека, особенно при наличии в среде его жизнедеятельности разнообразных психогенных факторов, возникает необходимость формирования повышенной устойчивости организма к психогенным воздействиям, особенно большой интенсивности (профессиональные, социальные), что обычно позволяет эффективно предупреждать, прежде всего, психические расстройства депрессивного характера, а также отодвигать во времени развитие тяжёлых форм или снижать тяжесть протекания психических расстройств. Высокого профилактического эффекта и крепкого состояния психического здоровья удаётся добиться посредством систематических релаксационных тренировок, которые устраняют в организме очаги высокого нервно-психического напряжения или существенно снижают их уровень, предупреждая их хронизацию, то есть появление застойных психогенных очагов. Отсюда вытекает *второй принцип охраны психического здоровья – общая оптимизация уровня и устойчивости психического здоровья населения.*

Для общей оптимизации психического здоровья как основы первичной профилактики разнообразных по характеру и течению психических расстройств следует использовать аутогенную тренировку психогигиенического характера, выполняемую по ускоренной и усовершенствованной методике в двух режимах – базовом и подкрепляющем.

Методика психогигиенического экспресс-аутотренинга (базовый режим). Посредством базового режима аутотренинга проходят в течение разового сеанса все три аутогенных состояния: мышечное (1-я стадия), сосудистое (2-я стадия), лёгочное (3-я стадия). Базовый цикл аутотренинга проводится в течение 10-12 дней.

Содержание методики:

Стадии аутогенного состояния		
1-я, мышечная стадия (15-20 минут)	2-я, сосудистая стадия (10-15 минут)	3-я, лёгочная стадия (20-30 минут)
1. Самонастройка в позе полулёжа (самопожелания произносятся мысленно или шёпотом)		
Я очень хочу достичь приятного отдыха, покоя, успокоения и выраженного расслабления рук и ног, ощущения их тяжести.	Я очень хочу достичь тепла рук, ног, живота и приятной прохлады лба.	Я очень хочу достичь глубочайшего отдыха, полного покоя, лёгкости дыхания и тепла.
2. Образное представление желанной ситуации, произносимое мысленно или шёпотом		
Моё лицо спокойное и приятное, на лице маска удовольствия от приятного отдыха. В моих руках любимый предмет (цветок розы, красивая картина, красивая ваза, красивый букет из белых или красных роз и другое), мои ноги находятся в согретом песке (тёплой воде, под тёплой подушкой или грелкой). Мои руки тяжелеют, отяжелели, приятно отяжелели, стали тяжёлые, стали приятно тяжёлые. Мои ноги тяжелеют, приятно отяжелели. Я приятно отдыхаю, на лице – маска удовольствия от отдыха.	Надо мной – яркое солнце, солнечные лучи согревают руки и живот, по телу и сосудам идёт приятное тепло, лоб овеивает приятный и прохладный ветерок, моё лицо очень приятное и спокойное, мой лоб приятно прохладен, мои руки теплеют, приятно потеплели, стали тёплыми. Мои ноги теплеют, приятно потеплели, стали тёплыми. Мой живот теплеет, потеплел, стал приятно тёплым. Я чувствую полудремотное состояние, на лице – маска радости и удовольствия.	У меня очень приятный отдых в любимом, красочном уголке природы. Мне легко, мне хорошо, мне приятно, мне спокойно, я блаженствую, я очень хорошо и приятно отдыхаю, на моём лице – маска блаженства
3. Самовнушение (произносится мысленно или шёпотом)		
Я ощущаю приятный отдых, успокоение, выраженное расслабление мышц, отяжеление рук, отяжеление ног. Я чувствую приятный покой и расслабление. Я достиг приятного покоя и расслабления.	Я ощущаю приятный глубочайший отдых, тепло в области рук, ног, живота, моё солнечное сплетение излучает тепло. Я чувствую, моё тело тёплое и приятное. Я достиг приятного и глубокого расслабления, покоя и тепла.	Я ощущаю приятный глубочайший отдых,, полный покой, лёгкость дыхания и тепла. Я чувствую лёгкое и приятное дыхание. Я достиг глубокого и приятного отдыха, покоя и блаженства
4. Самоубеждение (произносится мысленно или шёпотом)		
Я добился приятного отдыха, успокоения, выраженного расслабления мышц, отяжеления конечностей, мои руки и ноги тяжёлые, моё лицо спокойное и удовлетворённое.	Я добился приятного и глубокого отдыха, потепления рук, ног и живота. Мои руки и ноги тёплые, моё солнечное сплетение излучает тепло, мой лоб прохладный, на лице – маска радости, я нахожусь в полудремотном состоянии.	Я добился приятного и глубочайшего отдыха, полного покоя, лёгкости дыхания и тепла. Я дышу абсолютно легко, моё тело лёгкое и приятное, мне приятно и легко, я блаженствую.
5. Выход из аутогенного состояния		
Я медленно и плавно выхожу из аутогенного состояния. Я – отдохнул, Я – успокоился, Я – взбодрился, Я – мобилизовался		

В условиях современного индустриального общества с инновационными

технологиями, ускоренными ритмами социально-производственной деятельности резко возросли профессиональные нагрузки на психоэмоциональную сферу работников за счёт увеличивающейся интеллектуализации труда. При этом, резко повышается удельный вес напряжённых (1-я, 2-я, 3-я степень) видов труда, как за счёт преобладания в трудовом процессе интеллектуальных операций, так и формирования в зоне рабочих мест вредных для организма и, особенно, ЦНС работников физических и химических факторов высокой интенсивности (шум высоких и ультравысоких частот, электромагнитное излучение, мелкодисперсные формы химических веществ и смеси химических веществ в газообразном виде). Всё это резко увеличивает напряжённость, прежде всего, нервно-психической сферы организма работников. По этой причине среди работников ряда профессиональных групп регистрируются более высокие показатели, как частоты возникновения, так и распространения психических расстройств, прежде всего, аффективного характера, в основе которых находятся депрессивные и дистрессовые причины, связанные с профессиональной деятельностью. К таким группам работников с широким спектром или высокоинтенсивным характером психогенных факторов относятся в промышленной сфере, прежде всего, операторские, диспетчерские, конструкторские, наладочно-регулирующие, компьютерно-программирующие, компьютерно-технологические, общие инженерно-технические профессии, а также водители транспортных средств и конвейерные работники, а в гуманитарном производстве – бизнесовые, научные, преподавательские, учительские и некоторые другие профессии. Среди этих профессиональных групп населения аффективные психические расстройства, как правило, на 15-35% случаев выше. Отсюда вытекает *третий принцип охраны психического здоровья – психогигиеническая оптимизация режима и условий напряжённых (1-я, 2-я, 3-я степень 3-го класса напряжения) видов труда.*

Этот принцип требует нормирования нервно-психической,

интеллектуальной и нервно-эмоциональной нагрузки путём её ограничения на физиолого-гигиенически допустимых уровнях. Так, нервно-психическая нагрузка нормируется по следующим параметрам и показателям:

1) по длительности сосредоточенного наблюдения: до 25% смены (лёгкая работа), до 50% смены (средней тяжести работа), до 75% смены (очень тяжёлая работа);

2) по количеству важных объектов наблюдения: до 5 (лёгкая работа), до 10 (средней тяжести работа), до 25 (тяжёлая работа), свыше 25 (очень тяжёлая работа);

3) по темпу количества движений за 1 час работы: до 360 (лёгкая работа), до 720 (средней тяжести работа), до 1080 (тяжёлая работа), до 3000 (очень тяжёлая работа);

4) по количеству сигналов (сообщений) за 1 час работы: до 75 (лёгкая работа), до 175 (средняя тяжесть), до 300 (тяжёлая работа), свыше 300 (очень тяжёлая работа).

Для работников с третьим (тяжёлая) и четвёртым (очень тяжёлая) классами работы необходимо разрабатывать специальные режимы труда с наличием пауз для отдыха желательно через каждый час работы, так как среди работников с этим классом тяжести труда частота неврозов на 30-40% больше, чем среди таковых с лёгкой степенью напряжения.

Интеллектуальная нагрузка должна психогигиенически нормироваться по следующим качественным показателям: а) количеству информации, б) сложности решаемых производственных задач, в) объёму оперативной и долговременной памяти. В зависимости от группы тяжести труда показатели интеллектуальной нагрузки распределяются следующим образом: лёгкая работа (1-я группа) – количество информации умеренное и достаточное; решаются простые производственные задачи; объём нагрузки на оперативную и долговременную память умеренный; работа средней тяжести (2-я группа) – количество информации умеренное и достаточное; решаются средней сложности задачи; объём нагрузки на оперативную и долговременную память

средний; тяжелая работа (3-я группа) – количество информации избыточное, но достаточное; решаются сложные задачи; объём нагрузки на оперативную память выше среднего; очень тяжёлая работа (4-я группа) – количество информации избыточное (большое) и часто недостаточное; решаются сложные альтернативные производственные задачи; объём нагрузки на оперативную и долговременную память очень большой, требуется постоянная мобилизация интеллектуальной функции.

Нервно-эмоциональная нагрузка должна подвергаться психогигиеническому нормированию по следующим качественным показателям: лёгкая работа (1-я группа) – выполнение простых действий по индивидуальному плану при достаточном или избыточном рабочем времени (плотность рабочего времени 30-40%) и (2-я группа) – выполнение простых или усложнённых действий по заданному плану с возможностью коррекции их количества до плотности рабочего времени с 5,5% до 6,5%; тяжёлая работа (3-я группа) – выполнение сложных действий по заданному плану, с плотностью рабочего времени 75-85% и частой необходимостью коррекции до плотности 80-90%, контакты с другими людьми 10-15 в час; очень тяжёлая работа (4-я группа) – выполнение сложных и очень сложных действий по заданному плану при дефиците времени и плотности рабочего времени 90-100%, постоянные контакты с другими людьми с частотой 25-40 раз в час.

Режим работы работников с тяжёлой и очень тяжёлой интеллектуальной и нервно-эмоциональной нагрузкой (3-я и 4-я группы труда) должен подвергаться психогигиенической регламентации путём введения специального режима работы с наличием пауз отдыха в течение смены и последующей психологической разгрузкой.

Большое значение в формировании психического здоровья человека принадлежит межличностным отношениям в обществе, в рабочем и учебном коллективе, а также в семье. На основе межличностных отношений людей формируется психологический климат коллектива и семьи. Психологический микроклимат коллектива людей может быть благоприятным (здоровым) и

неблагоприятным. При благоприятном психологическом микроклимате повышается производительность труда и сохраняется на высоком уровне, как общее, так и психическое здоровье. Так, в конфликтных коллективах частота неврозов на 20-25 % выше, чем в неконфликтных. Отсюда ***четвёртый принцип охраны психического здоровья человека – оптимизация межличностных отношений в обществе и отдельных коллективах людей.***

Этот принцип требует совершенствования формальных (официальных) и неофициальных отношений людей.

Официальные отношения сильно предопределяются рациональностью организационных факторов труда. Для этого необходимо качественно расписывать служебные роли, производственные функции и правила служебного поведения работников, субординационный уровень отношений, производить комплектование коллективов работников с учётом характерологических черт, интеллектуального и профессионального уровня на основе рациональной возрастно-половой структуры работников.

Психологический климат семьи требует постоянного внимания к трём формам отношений – между супругами, между детьми, между детьми и родителями. Для оптимизации этих отношений требуется специальное обучение родителей семейной жизни, установления семейных традиций, форм общения, обязанностей и прав членов семьи, ответственности членов семьи за личные действия. Для нормализации психологического климата в обществе и коллективе требуется создание системы психологического обслуживания населения, то есть создание достаточно разветвлённой психологической службы с наличием психологов семейных и производственных.

Очень большому психологическому риску подвергается психологическое здоровье человека в условиях жизни в ситуации с постоянно текущим конфликтом. Жизнедеятельность людей в постоянной или перманентной конфликтной атмосфере, характеризуется значительным нарушением их психического здоровья. Так, показатель частоты возникновения первичных психических расстройств типа неврозов у таких людей на 50-70 % случаев

выше, чем среди членов коллектива со здоровыми межличностными отношениями. Отсюда **пятый принцип** охраны психического здоровья – *предупреждение конфликтных ситуаций в обществе и в микроколлективе.*

Конфликт – это противоречие, сопровождающееся выяснением межличностных отношений. Возникает конфликтная ситуация на основе резкого расхождения оценок и взглядов на решение сложившейся ситуации или стоящих перед работниками или членами семьи жизненно важных задач. Конфликты предупреждаются достаточно эффективно, если соблюдать следующие правила конфликтологии:

1. Не следует в начале разговора обращать внимание на расхождение во взглядах, лучше начать с того, что Вас объединяет.
2. Лучше избегать прямых и косвенных обвинений, тогда Вас лучше будут понимать.
3. Возможные возражения собеседника стараться предвидеть и учесть до того момента, когда они будут высказаны и этим самым предотвратить произнесение слова «нет», так как это слово жёстко настраивает собеседника на противоречие и отстаивание личного мнения и убеждения.
4. Не следует настаивать на безоговорочном принятии Вашей точки зрения, а согласиться с некоторыми доводами и соображениями собеседника.
5. Умейте слушать собеседника, не перебивая его высказывания и готовьте не ответ-возражение на его доводы, а вопрос, Вас интересующий в его доводах.
6. В конфликтах полезно уступать сопернику, это поможет осознать ему его ошибку. Уступая, не следует явно демонстрировать это, так как это может усилить противоречия.
7. Для установления лучшего контакта с собеседником следует высказывать свои суждения и доводы не с позиции слова «я», а с позиции слова «мы», что может существенно лучше преодолевать возникшие противоречия.
8. В споре необходимо следить за своей позой, чтобы она не была вызывающей, голос не должен быть утверждающим, а речь поучительна,

назидательна и пренебрежительна.

В формировании разнообразных нарушений психического здоровья имеет значение социально-бытовая среда жизнедеятельности человека. Социально-бытовая среда способна генерировать достаточно широкий спектр психогенных факторов риска. Как правило, психогенные факторы риска социально-бытовой природы наиболее активно и широко участвуют в нарушении психического здоровья. Отсюда **шестой принцип** охраны психического здоровья – *оптимизация социально-бытовых условий жизнедеятельности человека.*

Этот принцип требует глубокого и всестороннего совершенствования среды обитания человеческого жилища. Совершенствование среды жилища должно вестись в направлениях, снижающих его психогенность, то есть в следующих направлениях: пространственно-рекреативном, эстетическом, техническо-функциональном, безопасно-защитном, микроклиматическом, свето-климатическом. Литературные данные и наши исследования свидетельствуют о том, что чем выше класс жилища по всем названным параметрам, тем ниже частота первичных случаев психических расстройств обитателей данных жилищ. Обычно частота первичных психических расстройств населения, обитающих в более высокочеловеческих и комфортных жилищах на 25-45 % случаев ниже, чем среди обитателей низкокомфортных жилищ.

Как было показано ранее, при оценке факторов риска, в формировании психических расстройств населения большое значение имеют ксенобиотики, загрязняющие экологическую среду. Причём, особая психогенная роль принадлежит факторам химической природы, постоянно находящимся в повышенных концентрациях (>ПДК) в воздушной и водной среде. Отсюда происходит **седьмой принцип** охраны психического здоровья населения – *оздоровление природно-экологической среды жизнедеятельности населения.* Этот принцип требует широких мер охраны природной среды от промышленных и хозяйственно-бытовых загрязнений. Причём, основным критерием чистоты воздушной и водной экологических сред является

показатель концентрации вредных химических веществ, искусственного происхождения, в величинах, не превышающих ПДК. Обычно, при наличии в воздушной среде городов и сёл вредных химических веществ, постоянно находящихся в концентрациях ниже ПДК или вообще в виде их следов, частота возникновения психических расстройств среди жителей таких населённых мест значительно (в 2 и более раз), ниже. Именно качеством, то есть уровнем чистоты (безопасности для организма), предопределяются дифференцированные уровни показателей частоты возникновения и распространения психических расстройств среди жителей населённых мест городского и сельского типа, показанные в разделах 2-4.

Как было показано при оценке факторов риска социальной и социально-экономической природы в формировании частоты возникновения и распространения среди населения психических расстройств имеют большое значение факторы образа жизни человека (режим и условия жизнедеятельности, питание, отдых, психологический климат общий и семейный и другое). Отсюда вытекает чрезвычайно важный **восьмой принцип** охраны психического здоровья – *формирование здорового образа жизни человека. (ЗОЖ)*. Для эффективного формирования ЗОЖ предлагается соответствующая технология (Приложение).

6.2. Принципы и технология первичной профилактики депрессивных и дистрессовых психических расстройств

Известно (Г. Селье, 1982), что при воздействии на организм разного рода раздражителей-стрессоров (холод, усталость, печаль, страх, радость и др.), возникает «общий адаптационный синдром», позволяющий человеку приспособиться к новой ситуации. Адаптационный синдром лежит в основе стресса – состояния, возникающего в ответ на воздействие стрессора. Выделяют разные виды стрессов. Но особое значение имеет эмоциональный стресс, как результат психологического воздействия на человека. В зависимости от характера ответной реакции на стрессорное воздействие различают 2 типа

эмоционального стресса: дистресс и эустресс. Дистресс – это патогенный стресс, оказывающий неблагоприятное влияние на организм. Возникает дистресс, чаще всего, в период опасности, страха, тревоги, неудач, краха надежд, отсутствия перспективы, бесцельного существования, вынужденного безделья, напряжённой и опасной трудовой деятельности, то есть состояний, которые являются основными причинами формирования таких психосоциальных расстройств, как депрессии. Иначе говоря, дистрессовые состояния имеют достаточно прямую связь с депрессиями. Депрессия (депрессивный синдром) – состояние, характеризующееся угнетённым или тоскливым настроением и снижением психической активности. Депрессия, как правило, сочетается с двигательными расстройствами и соматическими нарушениями (нарушение сердечной деятельности и пищеварения, похудание и другое). Проявляется депрессия через классическую триаду симптомов: тоскливое и подавленное настроение, моторная и интеллектуальная заторможенность. Депрессия – одно из наиболее частых психосоциальных расстройств. В развитых странах среди населения старше 18 лет депрессивные расстройства регистрируются в 6-10 % случаев. При этом, среди женщин депрессивные расстройства наблюдаются в 2-3 раза чаще, а по данным ВОЗ симптомы депрессии обнаруживаются среди населения старших возрастных групп в 40-45 % случаев. Причём, риск повторных депрессивных расстройств достаточно высокий и составляет 50-70 % случаев. В силу социально-психологической природы депрессивные психологические расстройства поддаются эффективной первичной профилактике. Исходя из изложенного, данный раздел посвящён первичной профилактике депрессивных и дистрессовых состояний.

Первичная профилактика болезней это, прежде всего, предупреждение возникновения болезней. Для предупреждения депрессивных и дистрессовых состояний представляется наиболее приемлемой и эффективной первичная профилактика болезней. Первичным звеном в первичной профилактике выступают знания о механизме, умениях и навыках, которыми должны владеть

широкие массы населения. На этой основе формируется ***первый принцип первичной профилактики социально-психических расстройств депрессивного характера*** – наступательная пропаганда и реклама медицинских знаний о предупреждении депрессивных психических расстройств.

Этот принцип предполагает активное формирование у широких масс населения не только минимального объёма знаний об этиологии и патогенезе депрессивных психических расстройств, но и обучение населения профилактическим навыкам и умениям. Для этого на уровне первичной профилактической помощи и, особенно, в деятельности семейного врача вводится метод индивидуального профилактического консультирования пациентов. Эта форма практической врачебной деятельности делает профилактику депрессивных расстройств очень действенной, так как позволяет быстро распространять среди широких масс населения необходимый минимум знаний о профилактике болезней вообще и в том числе психических расстройств депрессивного и дистрессового характера.

Кроме этого, существенно способствует формированию необходимых знаний о профилактике психических расстройств использование в деятельности первичного медицинского звена социально-медицинского маркетинга, так как это позволяет определить факторы, способствующие и препятствующие распространению медико-профилактических знаний среди населения. Так, в частности, социологические исследования показывают, что применение в деятельности медицинских служб социально-медицинского маркетинга приводит к резкому (на 35-40 % случаев) росту среди населения интереса к овладению правилами ЗОЖ.

В профилактике психосоциальных расстройств депрессивного и дистрессового характера большое значение имеет своевременная диагностика депрессии и постоянного дистресса, так как 60-80 % больных с депрессией лечатся врачами общей практики и не попадают в поле зрения психиатров и психологов.

Скрининговая шкала диагностики депрессии и дистресса (тревоги)

Подшкала депрессии	Балл	Подшкала дистресса (тревоги)	Балл
Мне кажется, что я стал делать всё очень медленно:		Я испытываю напряжённость, мне не по себе:	
- практически всё время	3	- всё время	3
- часто	2	- часто	2
- иногда	1	- иногда	1
- совсем нет этого чувства	0	- совсем не испытываю	0
То, что приносило мне большое удовольствие и сейчас вызывает у меня такое же чувство:		Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь:	
- это действительно так	0	- совсем не испытываю	0
- наверное, это так	1	- иногда	1
- это так лишь в очень малой степени	2	- часто	2
- это совсем не так	3	- очень часто	3
3. Я не слежу за своей внешностью:		3. Я испытываю страх, что-то ужасное вот-вот случится:	
- это действительно так	3	- это действительно так, страх очень сильный	3
- я не уделяю этому столько времени, сколько необходимо и сколько уделялось раньше	2	- да, это так, но страх не очень сильный	2
- может быть, я стал(а) меньше уделять этому внимания	1	- иногда, но это меня не беспокоит	1
- я слежу за собой так же, как и раньше	0	- совсем не испытываю	0
Я способен рассмеяться или увидеть в том или ином событии смешное:		Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться:	
- это действительно так	0	- это действительно так	3
- наверное, это так	1	- наверное, это так	2
- это так лишь в малой степени	2	- это так лишь в некоторой степени	1
- не способен это сделать совсем или почти совсем	3	- совсем не испытываю	0
Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения, работа) могут принести мне чувство удовлетворения:		Беспокойные мысли крутятся у меня в голове:	
- точно так же, как обычно	0	- постоянно	3
- да, но не в такой степени, как раньше	1	- часто	2
- значительно меньше, чем обычно	2	- время от времени, редко	1
- совсем та не считаю	3	- иногда	0
Я чувствую и испытываю бодрость:		У меня бывает внезапное чувство паники:	
- совсем не чувствую и не испытываю	3	- очень часто	3
- очень редко	2	- довольно часто	2
- иногда	1	- редко	1
- практически постоянно	0	- совсем не бывает	0
Я могу получить большое удовольствие от хорошей книги, телепрограммы, концерта, картинной галереи, радиопрограммы:		Я легко могу сесть и расслабиться:	
- часто	0	- действительно, это так	0
- иногда	1	- наверное, это так	1
- редко	2	- это так лишь изредка	2
- очень редко	3	- совсем не могу	3

Отсюда, **второй принцип** первичной профилактики депрессии и

дистрессов – систематические целевые функционально-диагностические медицинские антидепрессивные осмотры населения.

Таким медицинским осмотрам должны подвергаться, прежде всего, контингенты населения, жизнедеятельность которых постоянно или часто протекает в условиях или в режиме с психогенными факторами риска. К таким группам населения, прежде всего, относятся работники со 2-м и 3-м классом напряжённости труда, а также выполняющие опасные и вредные виды физического труда.

Для оперативной диагностики депрессии и дистрессового состояния человека подходит скрининговая шкала диагностики психоэмоциональных расстройств.

Для интегральной оценки полученного результата обследования пациента и выставления диагноза используется «Оценочная шкала для диагностики депрессии и дистресса (тревоги)».

Оценочная шкала диагностики депрессии и дистресса (тревоги)

Диагностические проявления	Баллы по подшкале депрессии	Баллы по подшкале дистресса (тревоги)
Клинические проявления депрессии и дистресса (тревоги) отсутствуют	до 5 баллов	до 5 баллов
Субклинические (донозологические) проявления депрессии и дистресса (тревоги)	6-9 баллов	6-9 баллов
Клинические проявления депрессии и дистресса (тревоги)	10 и более баллов	10 и более баллов

Меры первичной профилактики целесообразно проводить с пациентами, у которых нет клинических проявлений депрессии и дистресса, а также с пациентами с субклиническими проявлениями депрессии и дистресса. При наличии клинических проявлений депрессии и дистресса проводятся лечебные меры и меры вторичной профилактики.

Для недопущения субклинических и клинических проявлений депрессивных и дистрессовых психических расстройств необходимо повышать общий уровень биологической надёжности организма пациента, так как это будет существенно повышать стрессоустойчивость организма человека, то есть следует формировать оптимальное морфофункциональное состояние организма, как основы общего высокого уровня здоровья человека. Отсюда выходит **третий принцип** *первичной профилактики психических расстройств депрессивного и дистрессового происхождения – систематический общемедицинский и психиатрический врачебный контроль за состоянием общего и психического здоровья населения.*

Для реализации этого принципа первичной профилактики следует не менее одного раза в год оценивать уровень общего и психического здоровья населения, особенно с наличием в среде их обитания или производственной деятельности различной широты спектра психогенных факторов риска. Это позволит своевременно выявлять больных и производить оздоровление здоровых или лечение больных с последующим оздоровлением пациентов, перенесших различного рода психосоциальные расстройства. Исследования показывают, что систематические ежегодные целевые осмотры здоровых и практически здоровых людей позволяют увеличивать выявляемость людей с субклиническими и клиническими проявлениями депрессивных состояний на 15-20 % случаев.

Для поддержания общего психического здоровья здоровых или перенесших депрессивные психические расстройства людей следует в плановом порядке их оздоравливать. Отсюда **четвёртый принцип** *профилактики депрессивных и дистрессовых расстройств – систематическое общее и психологическое оздоровление людей с психогенными факторами риска.* Профилактическое оздоровление даёт существенный эффект в комбинированном варианте, когда оно осуществляется по общей и специализированной технологиям.

Общее оздоровление ведётся по двум взаимодополняющим схемам –

базовое и подкрепляющее. Такая схема оздоровления позволяет сформировать не только высокий функциональный уровень организма, но и высокую его биологическую надёжность, за счёт коррекции базового оздоровления посредством последующего подкрепляющего этапа. Кроме этого, общее оздоровление существенно оптимизирует психическое здоровье человека. Общее базовое и подкрепляющее оздоровление ведётся по следующим технологиям.

Технология общего оздоровления пациентов. Технология оздоровления основывается на непрерывности и ритмичности оздоровительных воздействий, наличии и чередовании базовых и подкрепляющих оздоровлений дифференцированно в зависимости от уровня (группы) здоровья. Реализуется технология в оздоровительных учреждениях, имеющих соответствующую техническую и материальную базу: Центры здоровья, санатории-профилактории, санаторно-курортные учреждения.

Программа общего базового оздоровления. Для лиц с 1-й группой здоровья, высоким и средневыраженным спектром психогенного риска:

- механотренировка по специальной программе
- закаливающие процедуры по специальной программе
- ультрафиолетовое облучение в фотариях по общей программе
- психологическая разгрузка по специальной программе
- витаминотерапия по специальной схеме
- фитотерапия по специальной схеме
- оксигенотерапия по специальной программе
- рацион питания специальный
- соколение по специальной программе
- стимулирующая рефлексотерапия по специальной схеме
- ингаляциотерапия по общей программе
- термобальнеопроцедуры по специальной программе

Для лиц с 1-й группой здоровья и с наличием незначительного психогенного риска:

- механотренировка
- ингаляциотерапия по общей программе
- закаливающие процедуры
- ультрафиолетовое облучение в соляриях по общей программе
- психологическая разгрузка
- витаминотерапия
- рацион питания общий
- термобальнеопроцедуры

Программа подкрепляющего оздоровления. Для лиц с 1-й группой здоровья, высоким и средним уровнем психогенного риска:

- механотренировка по специальной программе
- оксигенотерапия по специальной программе
- витаминотерапия по специальной схеме
- соколечение
- термобальнеопроцедуры по специальной программе
- ультрафиолетовое облучение в соляриях по общей программе

Для лиц с 1-й группой здоровья и умеренным уровнем психогенного риска:

- механотренировка по общей программе
- оксигенотерапия
- витаминотерапия
- соколечение
- термобальнеопроцедуры по общей программе

Оптимизация психического здоровья населения ведётся также в два этапа: базовое и подкрепляющее оздоровление.

1. Технология психологической разгрузки

Содержание программы	Режим проведения
1. Установка врача: «Итак, принятое положение удобно. Ничто Вам не мешает, не тревожит, не беспокоит. Приступаем к тренировке» 2. Режим психоэмоциональной разгрузки будет благотворно воздействовать на Ваш организм. 3. Вам необходимо расслабиться, забыть о всех заботах и плохом самочувствии и повторять за мной следующие упражнения: 1 – 4 занятия 1. Я совершенно спокоен... (Вспомните при этом чувство приятного покоя, когда-либо Вами испытанное. Такое чувство возникает у Вас, когда Вы принимаете лечебные ванны: Вы лежите в приятной тёплой воде, всё Ваше тело расслаблено. Вы отдыхаете и наслаждаетесь приятной лечебной процедурой). 2. Меня ничего не тревожит... (Вспомните чувство приятного, безмятежного покоя, когда после напряжённой работы Вы приходите на водные процедуры. Погружаетесь в приятную ванну и отдыхаете). 3. Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха... (Почувствуйте это расслабление. Сделать это легко. Удобная поза сама по себе приводит к расслаблению мышц. Почувствуйте это расслабление. Целебное свойство ионов микроэлементов из воды проникают в Ваш организм, улучшают функциональное состояние сердечной мышцы, других органов и тканей, улучшают кровоснабжение). 4. Всё моё тело полностью отдыхает... (Вспомните чувство приятного отдыха и расслабления, когда Вы лежите в тёплой ванне. Ваше сердце расслабляется ровно и ритмично: сила сердечных сокращений хорошая. Под влиянием ванн Ваше самочувствие значительно улучшается, исчезнет раздражительность, повысится работоспособность и снизится утомляемость, улучшится память). 5. Я совершенно спокоен... (Думайте о покое, отдыхе. Ночной сон у Вас будет спокойный, глубокий. С каждой процедурой Вы будете чувствовать себя лучше, исчезнет усталость, боли в мышцах, мышцы станут сильнее. Через некоторое время Вы почувствуете себя здоровым человеком). 5 – 6 занятия Повторение 1-5 упражнений общего успокоения. В конце каждого занятия рекомендуется повторять 3-5 раз мысленно «С каждой процедурой мне становится лучше и лучше».	1 раз через день в кудно и то же время (желательно вечернее) в специально оборудованном помещении, в удобной для пациента позе (поза сидя, поза «Кучера дрожах»), пассивная поза (полусна в кресле), положение лёжа на спине. Общий курс 6 дней.

Базовое оздоровление психического здоровья человека ведётся также по двухэтапной схеме: базовое и подкрепляющее оздоровление. Базовое оздоровление проводится по четырём технологиям:

- 1) технология психологической разгрузки;
- 2) технология аутотренинга;
- 3) технология психофизиологической оптимизации (восстановления) личности по суженой методике;
- 4) технология формирования ЗОЖ.

Аутотренинг ведётся по технологии, изложенной ранее. Подкрепляющее оздоровление осуществляется через 3-4 недели после базового и ведётся по двум технологиям – аутотренинга и психофизиологической оптимизации личности в расширенном варианте.

2. Технология «Психофизиологическое восстановление личности» (расширенный вариант)

Технология реализуется в течение 10-12-дневного цикла. Для этого используется следующая программа релаксационных процедур:

- положительная стрессотерапия (антистрессовые процедуры) в виде эмоционально лёгких компьютерных игр (20-30 минут);
- смехотерапия в виде просмотра комедийных фильмов (30-40 минут) или прослушивания или просмотра юмористических выступлений в телевизионной форме (20-30 минут);
- ландшафт- и цветотерапия в виде просмотра цветных краеведческих фильмов о природе или искусстве (30-40 минут);
- музыкотерапия в виде прослушивания музыки и пения спокойных ритмов в кабинете музыки (20-30 минут);
- ароматерапия в кабинете ароматерапии (20-30 минут);
- снотерапия с климатотерапией в кабинете с оптимальным климатом (60-90 минут).

Ежедневно проводится 1-2 сеанса с 1 или 2 видами процедур.

Экспериментальная проверка эффективности оптимизации психического здоровья после 24-дневного цикла базового и подкрепляющего оздоровления на группе из 12 добровольцев показала достаточно высокий положительный уровень результативности этих мер.

Как видно из приведенных в таблицы 6.1 данных, у пациентов, прошедших курс психологического оздоровления существенно улучшились показатели, характеризующие психофизиологическое состояние организма как основы психического здоровья человека.

Таблица 6.1

**Динамика изменения психофизиологических показателей
пациентов после подкрепляющего оздоровительного цикла (n=12)**

Наименование показателя	Величина изменения показателя
Сенсомоторная реакция	уменьшение на 5-10% среднего показателя
Умственная работоспособность (количество просмотренных знаков)	увеличение на 5-10% среднего показателя
Объём кратковременной памяти (количество запомненных цифр)	увеличение среднего показателя на 16-17%
Функция внимания (кол-во ошибок по таблице Анфимова)	уменьшение на 20-25 %
Артериальное давление в покое	снижение среднего показателя на 10-15 мм рт. ст.
Частота пульса в покое	снижение среднего показателя на 5-7 ударов в минуту

Для поддержания в течение длительного времени антидепрессивной устойчивости организма человека необходимо оптимизировать сложившийся образ жизни. Образ жизни должен способствовать естественному оздоровлению организма. Удерживая функции организма в возрастных физиологических рамках. Такой формой жизни может быть здоровый образ жизни. Отсюда проистекает **пятый принцип профилактики депрессивных и дистрессовых психических расстройств – оптимизация антидепрессивной**

деятельности человека путём перехода человека на здоровый образ жизни. Этот принцип реализуется, характеризуется и оценивается по технологии формирования ЗОЖ, описанной ранее. Экспериментальные социологические и медикостатистические исследования показывают, что среди работников, занятых трудом, который относится к категории напряжённого при организации их жизнедеятельности в форме здорового образа жизни с вероятностью соблюдения формулы ЗОЖ на 80-85 %, частота рецидивов психических расстройств депрессивного характера снижается на 50-70 % случаев, то есть антидепрессивная и антистрессовая устойчивость организма человека в условиях ЗОЖ существенно возрастает.

Резюме.

1. Охрана психического здоровья человека может эффективно осуществляться на основе 8 принципов: поддержание на оптимальном уровне гармоничности психоэмоционального состояния личности; общая оптимизация уровня и устойчивости психического здоровья населения; психогигиеническая оптимизация режима и условий напряжённых видов труда; оптимизация межличностных отношений в обществе и отдельных коллективах людей; предупреждение конфликтных ситуаций в обществе и в микроколлективах; оптимизация социально-бытовых условий жизнедеятельности человека; оздоровление природно-экологической среды жизнедеятельности населения; формирование здорового образа жизни человека.

2. Первичная профилактика психических расстройств депрессивного характера эффективно осуществляется на основе 4-х принципов: наступательная пропаганда и реклама медицинских знаний о предупреждении депрессивных психических расстройств; систематические целевые функционально-диагностические медицинские антидепрессивные осмотры населения; систематический общемедицинский и психический контроль за состоянием общего и психического здоровья населения; систематическое общее и психологическое оздоровление людей с психогенными факторами риска.

АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

Современный Донбасс – это глубоко урбанизированный и индустриализированный регион с активной внутренней общей и маятниковой миграцией населения. Вся территория расположена в особом географическом районе (Донецкий кряж) с большим разнообразием орографии, климата, гидрографии, почвы и ландшафтов и разделяется на три природно-ландшафтных части: северо-степная, центрально-кряжная, приморско-степная.

Регион плотно заселён и насыщен промышленными объектами, среди которых преимущественную долю составляют предприятия чёрной и цветной металлургии, горной, химической, коксохимической, строительной промышленности и тяжёлого машиностроения.

Земельные угодья региона поддаются интенсивной аграрно-производственной обработке.

Экологическая среда региона длительный период подвергается интенсивным техногенным нагрузкам, а её природные характеристики существенно изменены. В воздухе, воде и почве экологической среды региона постоянно присутствуют в больших и малых концентрациях чужеродные биологически вредные химические вещества. Экологическая среда большинства городских населённых мест не обладает оздоровительными свойствами и периодически является фактором риска для здоровья населения.

Жизнедеятельность населения Донецкого региона протекает в депрессивных социальных и экологических условиях и характеризуется неблагоприятными демографическими процессами – большая смертность, низкая рождаемость, неблагоприятная возрастная структура населения, малая средняя продолжительность жизни, высокая инвалидизация населения.

Среднеобластной показатель первичной заболеваемости населения Донецкой области болезнями, связанными с расстройством психики и поведения находится в пределах $40,9 \pm 0,1$ случаев на 10 000 человек. Среди различных контингентов населения самый высокий уровень частоты первичных

случаев психических болезней характерен для взрослого населения, пострадавшего от чернобыльской аварии, составляющий $62,9 \pm 1,5$ случаев на 10 000 человек. На втором месте находится показатель первичной заболеваемости взрослого (18 и более лет) населения, а на третьем – среди людей пожилого возраста (55-60 лет и более), равняющийся $32,1 \pm 0,4$ случая на 10 000 человек. Самые низкие показатели психических расстройств отмечаются среди подростков (15-17 лет), где они находятся в пределах $29,6 \pm 0,5$ случаев на 10 000 подростков.

Первичными расстройствами психики больше страдает взрослое городское население и значительно меньше сельское.

Существуют устойчивые территориальные различия частоты возникновения первичных случаев болезней, связанных с расстройством психики и поведения как для городского, так и сельского населения, разделяющие первичную заболеваемость на 4 условных уровня: максимальный ($76,3 \pm 2,5$ случаев городское и $40,5 \pm 4,7$ случаев на 10 000 человек сельское население), средний ($53,9 \pm 1,3$ случаев городское и $24,3 \pm 1,5$ случаев сельское население), ниже среднего ($41,1 \pm 1,8$ случаев городское и $14,4 \pm 1,0$ случаев сельское население) минимальный ($22,9 \pm 2,5$ случаев городское и $8,2 \pm 0,7$ случаев сельское население).

Динамика психических расстройств характеризуется волновой динамикой, которая наиболее сильно выражена среди «чернобыльцев» и слабо выражена среди пожилого населения. Среди «чернобыльцев» первичные психические расстройства за последние 10 лет выросли на 62,3% случаев при особо резком подъёме за последние 3 года. Среди других контингентов населения первичная психическая заболеваемость имеет устойчивую тенденцию к снижению показателей данной заболеваемости, особо выраженную к концу десятилетия (2009-10 годы).

Среднеобластной показатель распространённости среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, составляет $500,9 \pm 11,8$ случаев на 10 000 человек. Среди взрослой части населения

Донбасса этот показатель выше среднеобластного и находится в пределах $531,7 \pm 12,5$ случаев на 10 000 человек. Среди других возрастных и социальных категорий населения показатель распространённости психических болезней ниже среднеобластной его величины, особенно среди сельской части населения, где он равняется $250,0 \pm 11,9$ случаев на 10 000 человек.

Сверхвысокий показатель распространённости психических болезней характерен для взрослого населения, пострадавшего от чернобыльской аварии, где он выше среднеобластного показателя в 1,76, среднегородского в 1,7, а среднесельского в 3,1 раза, составляя $933,6 \pm 19,8$ случаев на 10 000 человек. Среди городского взрослого и подросткового населения показатели распространённости психических болезней выше, соответственно, на 44,1% и на 47,9% случаев.

В структуре общей заболеваемости населения болезни, связанные с расстройством психики и поведения занимают по показателю распространённости 9-е ранговое место с удельным весом случаев в пределах 3%, а по показателю частоты возникновения первичных случаев 15-е ранговое место с удельной величиной 0,7% случаев.

Динамика показателей распространённости среди населения психических болезней имеет волновой характер с падением уровня к середине последнего десятилетия (2000-2010 гг.) и активным ростом во второй его половине, начиная с 2005 года. Увеличение показателя распространённости психических болезней за последние 5 лет составило 7,9% среди взрослой его части. Рост показателей распространённости психических болезней происходит на фоне достаточно устойчивой динамики показателей частоты возникновения первичных случаев заболеваний.

Диспансерные формы первичной психической заболеваемости составляют 52,3% от общего массива всей психической заболеваемости населения Донецкой области. Среди городского населения диспансерные формы первичной психической заболеваемости занимают 55,4 случаев, а среди сельского населения 37,8 случаев.

Среди общего массива распространённых среди населения Донецкой области психических болезней диспансерные формы болезней составляют 48,8%, среди городского населения 48,0%, а среди сельского 53,6% случаев. По уровню наиболее высокая заболеваемость диспансерными формами психических болезней характерна для городского населения, а наиболее низкая – для сельского населения. Для диспансерных форм психической заболеваемости населения характерна выраженная территориально-селитебная зависимость, предопределяющая для населения каждого городского пункта и сельского района собственную рейтинговую позицию по уровню психической заболеваемости. Десятилетняя динамика диспансерных форм психической заболеваемости имеет выраженную склонность к активному снижению.

Частота возникновения и распространения психических заболеваний среди всего взрослого населения Донецкой области составляет, соответственно, $41,6 \pm 0,2$ и $571,7 \pm 12,5$ случаев, а для городского населения $39,5 \pm 0,3$ – $545,9 \pm 1,0$ случаев на 10 000 человек.

Показатель частоты возникновения первичных случаев заболеваний среди взрослого городского населения ниже среднеобластного, а распространённости значительно выше. По частоте возникновения первичных случаев психическая заболеваемость взрослого городского населения распадается на 9 статистически достоверных рангов, а каждый город имеет свой устойчивый среднестатистический рейтинг заболеваемости населения.

Ранговые места и рейтинговые позиции городов по психической заболеваемости зависят от величины города и селитебно-территориальных особенностей. Самая большая первичная заболеваемость населения характерна для малых городов, таких, как Ждановка (1-е ранговое место и 1-я рейтинговая позиция), Кировское (2-й ранг и 2-й рейтинговая позиция), Дебальцево и Димитрово (3-й ранг и 3-я и 4-я ранговые позиции). Ранги с 4 по 9 уровень заболеваемости объединяют городское население в несколько групп с близким рейтингом заболеваемости.

По показателю распространённости психической заболеваемости также

существует устойчивая её зависимость от территориально-селитебных особенностей жизнедеятельности населения. По этому показателю все города делятся на 8 ранговых уровней со свойственной для заболеваемости населения рейтинговой позицией. Порядок ранговых уровней и рейтинговых позиций городов по показателю распространённости психической заболеваемости населения существенно меняется.

Наблюдается существенная зависимость частоты возникновения и распространения психических расстройств населения от территориально-селитебных условий жизнедеятельности, которые во многом предопределяются величиной города. Так, самые низкие показатели первичной психической заболеваемости в пределах 35,7 случаев на 10 000 человек, характерны для населения больших городов, типа г. Донецк, а самая высокая заболеваемость на уровне 53,6 случаев на 10 000 человек отмечается среди населения очень малых городов (до 50 тыс. населения).

Очень высокие показатели первичной психической заболеваемости свойственны также для населения средних по величине городов (>100 000 населения), где она составляет 46,9 случаев на 10 000 человек. Рангово-рейтинговые уровни городов существенно изменяются при оценке распространённости заболеваемости городского населения. В этой ситуации самые высокие показатели распространённости психических болезней в пределах 576,8 случаев на 10 000 присущи населению средних городов, а самые благоприятные показатели распространённости отмечаются среди населения малых городов (>50 000 населения), где распространённость заболеваемости составляет 510,7 случаев на 10 000 человек. При этом, существенно ухудшаются показатели больших городов и несколько улучшаются показатели очень малых городов.

По удельному весу случаев первичных и распространённых заболеваний среди населения все города имеют свой характерный рейтинг, который отражает свойственный данной городской популяции людей уровень психической заболеваемости.

Динамика первичной психической заболеваемости городского взрослого населения характеризуется волновыми свойствами на фоне постоянного ступенчатого снижения на протяжении последних десяти лет с конечным уровнем снижения 24,4% случаев при итоговой частоте в 33,7 случаев на 10 000 человек. В первой половине десятилетия уровень первичной заболеваемости городского взрослого населения психическими болезнями выше среднеобластного показателя, а во второй его половине ниже.

Динамика показателя распространённости психических болезней среди взрослого городского населения характеризуется менее выраженными волновыми свойствами, продолжительным подъёмом и кратковременными неглубокими (6,2%) спадами. Характер динамики, как первичной заболеваемости городского населения, так и распространённости психических болезней предопределяется общим уровнем первичной заболеваемости и распространённости психических болезней, свойственных населению города. По этим показателям отмечается 5 типов динамических кривых первичной заболеваемости и 4 типа по показателю распространённости среди населения психических болезней.

Для первичной психической заболеваемости сельского населения свойственны 5 типов динамики: волнообразный, прогрессивный, регрессивный, пиковый и стабильный. Существуют типичные территориальные анклавы сельского населения, для которых характерен один из типов динамики психической заболеваемости. Подобные 5 типов динамики свойственны и для показателя распространённости заболеваемости.

Рейтинговые сдвиги населения по первичной и распространённой заболеваемости и типы динамических кривых первичной заболеваемости и распространения психических болезней могут служить критериями уровня общественного психического здоровья населения.

Частота возникновения среди пожилых людей (55-60 лет и более) первичных случаев болезней, связанных с расстройством психики и поведения составляет $32,1 \pm 0,4$ случаев на 10 000 человек, что ниже среднеобластного

показателя для всего населения и взрослой его части (18 и более лет) на 29,6% случаев.

Показатель распространённости психических заболеваний среди пожилого населения равняется $442,9 \pm 10,5$ случаев на 10 000 человек. Этот показатель ниже среднеобластного уровня на 13,1% и на 20% случаев для взрослого населения Донецкой области.

В общей структуре заболеваемости пожилых людей, формируемой 15 классами болезней, первичная психическая заболеваемость занимает 13 позицию, а по распространённости она поднимается на 5 позиций выше и располагается на 5 ранговом уровне. Удельный вес психически заболеваний в общей структуре заболеваемости пожилых людей по первичным случаям болезней составляет 0,8%, а по показателю распространённости 1,8% случаев.

Частота возникновения среди пожилых людей психических болезней медленно росла в первой половине последнего (2001 – 2010 гг.) десятилетия и активно падала во второй его половине. К концу десятилетия первичная психическая заболеваемость снизилась на 13,7%, а в течение второй половины десятилетия снижение составило 5,8% случаев. Уровень динамики этой заболеваемости среди пожилых людей в течение всего десятилетнего периода был ниже среднеобластных показателей и значительно выше среднеобластных показателей для сельского населения.

Показатель распространённости среди пожилых людей увеличился в течение первой половины десятилетия на 6,8%, а во второй половине снизился на 9,9% случаев.

Среди населения Донецкой области, пострадавшего от чернобыльской аварии, широко распространены болезни, связанные с расстройством психики и поведения. Частота возникновения и распространения этих болезней среди «чернобыльцев» выше среднеобластных показателей для взрослого населения, соответственно, в 1,63 и 1,74 раза и составляет $933,6 \pm 15,8$ случаев (распространённость) и $67,7 \pm 1,2$ случаев (частота первичных случаев) на 10 000 человек.

В структуре заболеваемости «чернобыльцев» болезни, связанные с расстройством психики и поведения занимают близкое с новообразованиями (10-е) 11-е ранговое место, что на 4 ранговых позиции и в 2,1 раза больше по удельному весу случаев, чем среди всего взрослого населения Донецкой области.

Динамика частоты возникновения первичных случаев психических расстройств среди донецких «чернобыльцев» имеет волнообразный прогрессивно возрастающий вид, что привело к росту этих заболеваний за 10 лет в 1,62 раза.

Динамика показателя распространённости среди донецких «чернобыльцев» болезней, связанных с расстройством психики и поведения имеет прямолинейный прогрессивно возрастающий вид с увеличением за 10 лет на 65,5% случаев.

Уровень общей первичной заболеваемости всего детского населения (0-17 лет) болезнями, связанными с расстройством психики и поведения находится в пределах $41,8 \pm 0,1$ случаев на 10 000 человек, а диспансерных (тяжёлых) форм психических расстройств в 1,5 раза меньше.

Показатель общей первичной психической заболеваемости детского населения превышает среднеобластные показатели для всего населения и для подростков. Показатель общей первичной психической заболеваемости среди подростков составляет $28,3 \pm 0,3$ случаев на 10.000. Этот показатель в 1,6 раза меньше среднеобластного показателя для всего населения. Показатель общей первичной психической заболеваемости городских подростков выше, чем сельских на 21,4% случаев и больше на 16,9% случаев от среднеобластного показателя для всех подростков.

Общий показатель распространённости среди детского населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения составляет $330,2 \pm 8,0$ случаев на 10 000 человек. Этот показатель ниже среднеобластного для всего населения на 34,2% случаев.

Динамика общей первичной психической заболеваемости детского

населения характеризуется особо выраженными волновыми свойствами с максимальной глубиной спада на 4,5% случаев и подъёма на 6,1% случаев в год, что предопределяет на протяжении десяти последних лет (2000-2010 гг.) достаточно стабильный уровень первичных психических расстройств среди детского населения в пределах 41,6-44,3 случаев на 10 000 человек.

Динамика 15-16 летнего процесса инвалидизации имеет форму слабовыраженной параболы, сформировавшейся за счёт значительного подъёма инвалидизации во второй половине 90-х годов (на 28,9%) с последующим медленным спадом на протяжении 10-летнего периода (2001-2011 гг.), когда показатель инвалидности снизился на 5,7% случаев и стал равняться 3,0 случаям на 10 000 человек. Среди трудоспособной части взрослого населения инвалидизация поднималась во второй половине 90-х годов и первой половине 2000 годов и возросла на 32,4%, а затем за последние 3-4 года снизилась на 11,1% и её показатель стал равняться 4,0 случаям на 10 000 человек.

Уровень инвалидизации среди взрослого трудоспособного населения в течение 15-16 лет постоянно выше, чем среди всего взрослого населения, чем подчеркивается большое значение труда в формировании данного класса болезней.

Показатель смертности по причине расстройств психики и поведения среди взрослого населения незначительный, занимает 11-е ранговое место с удельной величиной в пределах 0,38% случаев. При этом, показатель смертности длительно (до 30 лет) удерживается на низком уровне (0,24-1,08 случаев на 10 000 человек).

Высокий показатель смертности по причине психических болезней сформировался в 2000-10 годах, среди «чернобыльцев» он стал составлять 17,2-17,4 случаев на 10 000 человек.

Болезни, связанные с расстройством психики и поведения населения зависят от уровня техногенной нагрузки на экологическую среду населённых мест, особенно в объёме выше 1500 тонн/км². При такой техногенной нагрузке первичная заболеваемость психической патологией населения выше, чем при

минимальной на 32,7-52,3% случаев, а распространённость этих болезней на 35,9-49,4% случаев.

Уровень распространённости среди населения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, предопределяется характером и химической структурой техногенной нагрузки на экологическую среду населённых мест. Самый высокий показатель распространённости психической заболеваемости населения отмечается при техногенной нагрузке на экологическую среду, связанной преимущественно с выбросами химического, смешанного химического и металлургического, химического и энергетического производства, а самые низкие – с выбросами от угольной промышленности.

Существует различная по силе корреляционная связь между химическими факторами, загрязняющими экологическую среду населённых мест и болезнями, связанными с расстройством психики и поведения населения.

Сильная корреляционная связь характерна для смешанных ксенобиотиков, выбрасываемых химическим, коксохимическим и энергетическим производством, а также для 3,4 бензапирена.

Средней силы корреляционная связь свойственна для ксенобиотиков смешанной природы, формируемых на основе суммарной общей техногенной нагрузки большого объёма ($>1\,800$ тонн/км²), аэрогенных поступлений от металлургической и угольной промышленности, а также отдельных химических веществ при их концентрации выше ПДК, особенно, ароматических (фенол), азотистых (диоксид азота) и сернистых (сероводород) соединений.

Слабая корреляционная связь психических болезней существует с аэрогенным загрязнением экологической среды, прежде всего, за счёт взвешенных веществ, аммиака и оксидов углерода.

Дифференцированный объём, характер, структура, состав и концентрация веществ в общем объёме техногенной нагрузки могут выступать причиной устойчивых по уровню территориальных различий частоты возникновения и распространения болезней, связанных с расстройством психики и поведения, о чём свидетельствует связь показателей заболеваемости и распространённости

болезней с определёнными селитебными территориями в виде устойчивой четырёхуровневой заболеваемости.

Некоторые составные химические элементы питьевой воды выступают как факторы риска для психического здоровья населения. К таким психогенным факторам питьевой воды относятся, прежде всего, фтор и вещества, входящие в группу тяжёлых металлов, особенно, свинец, медь и никель. Психогенные результаты проявляются при длительном (10 лет) употреблении питьевой воды с высокими (>ПДК) концентрациями этих веществ. Высокая общая жёсткость и минерализация питьевой воды проявляет психогенный антириск.

Жизнедеятельность человека в определённой социально-бытовой и семейно-психологической среде связана с неблагоприятным влиянием отдельных факторов на их психическое здоровье.

Среди социально-бытовых факторов выраженными факторами риска для психического здоровья выступают низкая комфортность жилища, особенно по удельному индексу площади и полноте его санитарно-технического оснащения.

В семейно-психологической среде жизнедеятельности человека острыми факторами риска для психического здоровья выступают: одиночество, неполная семья с проблемными детьми, бездетные семьи, конфликтные семьи, интенсивная учебная деятельность, уровень и кратность высшего образования.

Систематическое употребление некачественных, то есть биологически неполноценных продуктов питания, а также продуктов, загрязнённых нитратами, пестицидами и тяжёлыми металлами связано средней и сильной корреляционной зависимостью с психическими расстройствами, такие продукты питания выступают как фактор риска для психического здоровья человека.

Долгожители (80 и более лет) с биологически качественным и сбалансированным рационом питания отличаются достаточно высоким уровнем психического здоровья.

Распространённые среди населения различного вида вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания, токсикомания, игромания и др.) имеют

большую корреляцию ($r=+0,88$) с показателями психического здоровья такой группы населения. Показатель частоты возникновения первичных случаев психических расстройств среди населения с широко распространённым комплексом вредных привычек выше в 3,7 раза, чем среди населения без наличия вредных привычек. Особо высокий показатель среди населения с комплексом вредных привычек аффективных психических расстройств, который превышает таковой среди людей без вредных привычек в 4,9 раза.

Слабая корреляционная связь психических расстройств и вредных привычек отмечается среди населения, страдающего игроманией и злоупотребляющего возбуждающими напитками (кофе, слабоалкогольные напитки, крепкий чай), при достаточно высоких показателях первичных случаев психических расстройств, который в 1,6-2,3 раза больше, чем среди населения без данного вида вредных привычек. Наиболее значимая роль в формировании психических расстройств населения принадлежит таким вредным привычкам как алкоголизм, наркомания и токсикомания. Наиболее высокие показатели возникновения и распространения психических расстройств характерны для населения, страдающего алкоголизмом, которые составляют 69,7 случаев (первичные) и 1379,5 случаев (распространённость). Показатели частоты возникновения и распространения психических расстройств, страдающих наркоманией значительно ниже, чем среди больных алкоголизмом и равняются $16,1 \pm 0,3$ случаев (первичные показатели) и $214,4 \pm 2,5$ случаев (показатели распространённости).

Самые низкие показатели психических расстройств наблюдаются среди населения, страдающего токсикоманией, где они находятся на уровне $2,58 \pm 0,03$ случаев (первичные показатели) и $17,94 \pm 0,4$ (показатели распространённости).

Алкоголизм, как ведущий психогенный детерминант стабильно поддерживается в течение последних 10 лет, продуцируя ежегодно первичные случаи психических расстройств в пределах 63,6-76,6 случаев на 100 000 человек.

Первичные психические расстройства среди населения, страдающего

наркоманией, устойчиво поддерживаются на протяжении последних 7 лет на уровне 14,2-21,1 случаев на 100 000 человек.

Показатели распространённости психических расстройств среди страдающих алкоголизмом и наркоманией медленно возрастают в течение последних 10 лет, преимущественно за счёт городского населения, где они увеличились на 8,7% (среди страдающих алкоголизмом) и на 12,6% (среди страдающих наркоманией) случаев.

Среди сельского населения показатели распространённости психических расстройств среди страдающих алкоголизмом и наркоманией снизился за 10 лет, соответственно, на 15,2% и на 29,1% случаев.

Первичные показатели психических расстройств среди страдающих токсикоманией прогрессивно снижались в течение последних 10 лет, уменьшившись на 60,6% случаев, преимущественно за счёт городского населения.

Показатели распространённости психических расстройств среди страдающих токсикоманией стабильно удерживаются в течение последних 10 лет в пределах 17,1-19,3 случаев на 100 000 человек. Такая динамика показателя распространённости психических расстройств характерна для городского населения, страдающего токсикоманией. При этом, уровень показателя распространённости психических расстройств среди городского населения всегда выше среднеобластной его величины. Среди сельского населения, страдающего токсикоманией, отмечается активный волнообразный подъём показателя распространённости психических расстройств, который увеличился за 10 лет в 2,7 раза.

Первичные психические расстройства человека существенно предопределяются показателями напряжённости режима дня, чем дольше активная часть рабочего дня и его плотность, тем выше показатели первичных психических расстройств.

Особо выраженные психогенные факторы характерны для режима дня со следующими показателями напряжённости: активная рабочая часть

продолжительностью 9-10 часов, а плотность рабочего часа составляет 80-90%. При таком варианте режима дня жизнедеятельности человека отмечается сильная корреляционная связь его с показателями первичных психических расстройств ($r=+0,92$), а величина показателей первичных психических расстройств в 2,5 раза больше, чем при слабонапряжённом режиме рабочего дня.

Значительная роль как фактора психогенного риска и антириска принадлежит разнообразным формам суточного отдыха. Наибольшие психогенные качества риска и наименьшие оздоровительные свойства характерны для физически пассивного отдыха с формами слабых информативных нагрузок в виде чтения разнообразной литературы, просмотра телевидения, прослушивания радио. Наибольшими психооздоровительными свойствами обладает физически активный отдых с регламентированными формами деятельности: занятия в тренажёрных залах, ходьба спортивного типа, бег трусцой. Большие психооздоровительные качества также характерны для релаксационных форм отдыха в виде психоразгрузочных процедур, массажа, лечебно-физкультурных процедур.

Достаточно характерный психооздоровительный эффект также принадлежит регламентированным по продолжительности (1,5-2 часа) пешим прогулкам на свежем воздухе.

Большое психогенное и психооздоровительное значение принадлежит разнообразным формам ночного сна. Наибольшими психооздоровительными качествами обладает здоровый сон продолжительностью 8-9 часов.

Наиболее выраженные качества психогенного риска свойственны ночному сну с постоянной бессонницей, а также сну с неблагоприятными параметрами его начала и завершения: сон с очень поздним началом (не ранее 24 часов) и очень ранним окончанием (не позднее 5-5,5 часов), а также сон с постоянно ранним завершением (не позднее 5-5,5 часов).

Охрана психического здоровья человека может эффективно осуществляться на основе 8 принципов: поддержание на оптимальном уровне

гармоничности психоэмоционального состояния личности; общая оптимизация уровня и устойчивости психического здоровья населения; психогигиеническая оптимизация режима и условий напряжённых видов труда; оптимизация межличностных отношений в обществе и отдельных коллективах людей; предупреждение конфликтных ситуаций в обществе и в микроколлективах; оптимизация социально-бытовых условий жизнедеятельности человека; оздоровление природно-экологической среды жизнедеятельности населения; формирование здорового образа жизни человека.

Первичная профилактика психических расстройств депрессивного характера эффективно осуществляется на основе 4-х принципов: наступательная пропаганда и реклама медицинских знаний о предупреждении депрессивных психических расстройств; систематические целевые функционально-диагностические медицинские антидепрессивные осмотры населения; систематический общемедицинский и психический контроль за состоянием общего и психического здоровья населения; систематическое общее и психологическое оздоровление людей с психогенными факторами риска.

ВЫВОДЫ

На основе комплексного гигиенического и социально-медицинского исследования установлены качественные характеристики техногенной экологической и депрессивной социальной среды обитания, закономерности формирования 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 $65,3 \text{ т/км}^2$, 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 ($>8 \text{ ИПДЗ}$), а в малых городах с депрессивной промышленностью и в сельской местности как слабоопасная ($>1-2 \text{ ХПДЗ}$) и безопасная (12-17% населённых мест, $<1 \text{ ЕПДЗ}$).

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 подьёмы безработицы (от 2% до 9%), невысокий уровень жизни населения (валовый региональный доход 75,5 дол. США/человека/неделю), 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, высокой 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 населения (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 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 (7-8 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 4 общественно-психологические – 5-е место, $RR = 1,91$; экологические – 6-е место, $RR=1,70$.

7. Ведущая значимость в формировании расстройств психического здоровья населения принадлежит следующим монофакторам экзогенного риска: не комфортное по многим параметрам жилище ($RR=47,8$), высшее образование ($RR=43,3$), одиночество ($RR=16,7$), одинокое материнство ($RR=7,41$), семья с проблемными и 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 ($RR=2,3$).

8. Высокая результативность системы охраны и оптимизации психического здоровья населения может быть достигнута при её построении на основе 8 организационных принципов, 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 базовыми 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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. – Донецк: ООО «Лебедь», 2002. – 279 с.
2. Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства. – Донецк, 2001. – 130 с.
3. Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Студзинский О.Г., Коктышев И.В. Эпидемиология болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека в условиях современного Донбасса. – Донецк: Донпринт, 2012. – 164 с.
4. Агарков В.И., Статинова Е.А., Агаркова Е.В., Северин Н.М. Эпидемиология болезней нервной системы человека в условиях современного Донбасса. – Донецк: Ноулидж, 2011. – 145 с.
5. Агарков В.И., Грищенко С.В., Уманский В.Я, Денисенко В.И., Гамов М.Н. Гигиена экологической среды Донбасса. – Донецк: ООО «ДГТ», 2004. – 169 с.
6. Амон Г.В. Психосоматическая терапия. СПб: Речь, 2000. – 145 с.
7. Ананьев В.А. Психология здоровья. СПб: Речь, 2006. – 152 с.
8. Ашмарин И.И., Степанова Г.Б. Внешние условия и внутренние факторы реализации человеческого потенциала. В кн. «Наука. Общество. Человек». М.: Наука, 2004. – С.340-359.
9. Байер К., Шейнберг Л. Здоровый образ жизни. М.: «Мир», 1997. – С. 14-15.
10. Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. Москва: Медицина, 1967. – 235 с.
11. Беляев Г.С., Лобзин В.С., Копылова П.А. Психогигиеническая саморегуляция.
12. Вовлечение потребителя в работу служб охраны психического здоровья. – Киев: Сфера, 1998. – 50 с.
13. Воробейчик Я.Н., Поклитар Е.А. Основы психогигиены. – Киев:

Здоровье, 1989. – 179 с.

14. Венедиктов В.В. Социально-философские проблемы здравоохранения. – Вопросы философии, 1980. - № 4. – С. 137-149.

15. Гурьев Н.Д. Страсти и их воплощение в соматических и нервно-психических болезнях. ООО: «Школа ДЭИР», 2001. – 135 с.

16. Гуровия И.Я., Голланд В.Б., Зайченко П.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-1999). – М.: Медпрактика, 2000. – 170 с.

17. Гриневич Е.Г., Линский И.В. Катастрофы и невротические расстройства в Украине // Архів психіатрії. – 2005. – Т 11, № 4 – С. 7-13.

18. Гриневич Є.Г., Лінський І.В. Надзвичайні ситуації і психічне здоров'я населення України. // Тавріський журнал психіатрії. – 2006. – Т. 3, № 4. – С. 6-8.

19. Гриневич Є.Г., Лінський І.В. Поширеність психопатології і частота антропогенних катастроф в областях України. // Український вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13, вип.. 3. – С. 27-29.

20. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 185 с.

21. Гурвич И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. - № 1. – С. 3-9.

22. Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. – М.: Мир, 1966. – 204 с.

23. Гехт К. Психогигиена: пер. с немецкого. – М.: Прогресс, 1979. – 195 с.

24. Габиани А.А. Наркотизм: вчера и сегодня. Тбилиси: Сабчота Сакартвеко, 1988. – 111 с.

25. Гидденс Э. Современная социальная теория. – Новосибирск: Наука, 1995. – 85 с.

26. Галинский Я.И. Отклоняющееся поведение как социальное явление. // Человек и общество. – Л.: ЛГУ, 1971. – Вып. VIII.

27. Гордон Л.А. Четыре рода бедности в современной России. // Социологический журнал, 1994. - № 4. – С. 48-53.
28. Горелова Н.А. Политика доходов и качество жизни населения. – СПб.: Наука, 2003. – 425 с.
29. Грачёв Р.А., Удодов В.В. Украина. Здоровье и общество. Проблемы и решения. – Донецк: ВИК, 2007. – 239 с.
30. Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Федина М.А. Расстройства аффективной сферы у детей и подростков (обзор литературы). // Психиатрия и психофармакотерапия, 2001. - № 5. – С. 10-13.
31. Дмитриева Е.В. Социальные аспекты здоровья и здравоохранения: конфликты в рамках теории. В кн. «Социальные конфликты: экспертиза прогнозирования, технология разрешения», вып. 15, 15 – М.: 1999. – с. 39.
32. Демография и статистика. / Под общ. ред. И.Л. Елисеевой. – М.: Финансы и статистика, 2006. – 668 с.
33. Довкілля Донеччини. – Донецьк: Обласне управління, 2008. – 172 с.
34. Демографическая ситуация на Донетчине. Настоящее и перспективы. / Экономический доклад. – Донецк: Главное управление статистики Донецкой области, 2006. – 96 с.
35. Жизнедеятельность семьи: тенденции и проблемы. \ Отв. Ред. А.И. Антонов. – М.: Наука, 1999. – 122 с.
36. Журавлёва И.В. Поведенческий фактор и здоровье населения. В кн. «Здоровье человека в условиях НТР». – Новосибирск: «наука, сиб. Отделение», 1989. – с. 85-90.
37. Журавлёва И.В., Левыкин И.Т. Образ жизни и региональные особенности отношения к здоровью. \ Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. – М.: Ин-т социологии АН СССР, 1989. – С. 105-110.
38. Журавлёва И.В. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве). – М.: Ин-т социологии РАН, 1998. – 158 с.

39. Заболеваемость населения России в 2005 году. / Статистические материалы в 3 частях, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – Москва, 2007. – 220 с.
40. Зеленская Т.М. Социально-значимые заболевания и социальная сфера. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения, истории медицины. – 2006. - № 5. – С. 25-29.
41. Запороженко В.Г. Образ жизни и вредные привычки. – М.: Медицина, 1984. – 32 с.
42. Здоровый образ жизни и борьба с социальными болезнями. / Отв. Ред. Б.М. Левин. – М.: Ин-т социологии АН СССР, 1988. – 54 с.
43. Здоровье мира. – 1990. - № 1-2. – 11 с.
44. Иванова А.Е. Продолжительность и качество жизни населения в связи с состоянием и прогнозом психического здоровья: Методические вопросы и некоторые результаты оценки. Министерство здравоохранения. НПО мед.-соц. исслед. Экономики и информатики. – М. 1998. – 45 с.
45. Кулаков С.А., Ваисов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. СПб.: Речь, 2006. – 11 с.
46. Кабанов М.М. Экология человека и социальная психиатрия. // Материалы XII съезда психиатров России. – М.: 1995. – С. 72-73.
47. Краснов В.Н. Экологическая психиатрия: методология, предмет исследования и ближайшие практические задачи. // Материалы XII съезда психиатров России. – М.: 1995. – С. 158-160.
48. Ключихина А.В., Гудинова Ж.В. Некоторые географические особенности формирования потерь здоровья вследствие психических расстройств у детей. // Мат. Всерос. научно-практической конференции: Актуальные вопросы психогигиены и охраны психического здоровья детей и подростков на современном этапе. – М.: Издатель НЦЗД РАМН, 2007. – С. 120-122.
49. Кучма Р.В. Чубаровский В.В. Проблема психогигиены и психопрофилактики у детей и подростков. Мат. Всерос. научно-практ.

конференции: Актуальные вопросы психогигиены и охраны психического здоровья детей и подростков на современном этапе. – М.: Издатель НЦЗД РАМН, 2007. – С. 11-19.

50. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. – Л.: 1978. – 233 с.

51. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение системы поддержки для людей с психической инвалидностью. – Киев: Сфера, 2001. – 418 с.

52. Коробчанский В.А., Воронцов М.П., Бардов В.Г. Гигиенические аспекты системогенеза профессиональной деятельности и профессиональной адаптации подростков. – Харьков: Контраст, 2004. – 120 с.

53. Корбчанский В.А. Психогигиена, как мы её представляем в 2007 году. // Врачебная практика, 2007, № 1. – С. 108=115.

54. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики. – СПб.: Питер, 2004 – 175 с.

55. Козин А.П. Психогигиена спортивной деятельности. – К.: Здоров 'я, 1984. – 128 с.

56. Корецкий В.В., Корецкий И.В. К проблеме защиты потенциала здоровья населения. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. - № 2. – С. 22-26.

57. Клулт М. Демография регионов Земли. – СПб.: Питер, 2008. – 347 с.

58. Кравченко В.Л. Міграційні проблеми України в умовах посилення інтеграційних процесів. // Матеріали міжнародного форуму молодих вчених. – Т.1-Х: ХНТУСТ, 2005. – С. 18-21.

59. Кундиев Ю.И. Профессиональное здоровье в Украине. Эпидемиологический анализ. – К.: Авиценна, 2007, 396 с.

60. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982. – 179 с.

61. Комаров Ю.М. Приоритетные проблемы здоровья и здравоохранения. – М.: 1995. – 142 с.

62. Лисицин Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность. – Москва: Мысль, 1988. – 270 с.
63. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. – СПб.: Речь, 2001. – 115 с.
64. Лупандин В.М. Семья и охрана психического здоровья населения. // Семья и общество. – М.: Наука, 1982. – С. 84-99.
65. Летуновская С.В, Шалаева Д.А. К проблеме изучения факторов риска в оценке состояния здоровья школьников. Социальная профилактика и здоровье, 4. 2006, - 20 с.
66. Медико-психологічні та соціальні проблеми дітей-сиріт. – 3003. – 115 с.
67. Максимова Т.М., Белов В.Б., Токуров М.В., Хриптова В.В. Здоровье различных групп населения трудоспособного возраста. // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 2. – С. 4-8.
68. Мерков А.М., Полякова Л.Е. Санитарная статистика. – Л.: Медицина, 1974. – 384 с.
69. Медик В.А., Токмачёв М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – Москва: Медицина, 2006. – 528 с.
70. Микриевский А.Н. Состояние здоровья детей из неполных семей. // Здравоохранение Российской Федерации. – 1985. - № 6. – С.17-18.
71. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. – М.: Медицина, 2003. – 512 с.
72. Медик В.А., Юрьев В.К. Состояние здоровья, условия и образ жизни современных спортсменов. – М.: Медицина, 2001. – 144 с.
73. Методология изучения здоровья населения (Авт. Кол. Щепин О.П, Медик В.А., Стародубов В.И.). – М.: , 2004, - 25 с.
74. Назарук М.М., Основи екології та соціоекології. – Львів, 2000. – 125 с.
75. Носс И.Н. Руководство по психодиагностике. – М.: Из-во Института

психотерапии, 2005. – 355 с.

76. Отчёт рабочей группы Европейской Коллегии по нейрпсихофармакологии (ECNP) и вопросам распространённости психических расстройств в Европе и связанным с ними бременем. Электронная версия «Обозрение психиатрии и медицинской психологии». – Том 01. – № 4. – 2005.

77. Отчёт МЧС Украины за 3004 год. – Киев, 2004. – 31 с.

78. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов. / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – М.: МСД пресс-информ, 2004. – 520 с.

79. Психиатрия: национальное руководство. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1008 с.

80. Петраков Б.Д. Основные закономерности распространения психических болезней в современном мире и в Российской Федерации. // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 98-99.

81. Положий Б.С. Психическое здоровье как отражение социального состояния общества. // Обозрение психиатрии и мед. психологии. – 1993. - № 4. – С. 6-11.

82. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты). // Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. – М.: 1996. – С. 1-22.

83. Петраков Б.Д. Петракова Л.Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке. – М.: 1984. – 120 с.

84. Положий Б.С. Перспективы развития социальной психиатрии. // Российский психиатрический журнал. – 2001. - № 1. – С.68-70.

85. Психические состояния: Хрестоматия. / Под ред. Л.В. Куликова. – СПб., 2000. – 420 с.

86. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. /Под ред. И.В. Дубровина. – Екатеринбург, 2000. – 220 с.

87. Показники здоров'я населення та діяльність медичних установ Донецької області за 1991-2011 роки (статистичні матеріали). – Донецьк, 1992-2012 рр. – С 260-269.
88. Проект «Здоровье на рабочем месте» Модель социального партнёрства с оздоровлением трудового коллектива. / К.Р. Амлаев, Р.К. Шахрамова, В.О. Францева. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2006. - № 3. – С. 27-33.
89. Петленко В.П. Основные методологические проблемы теории медицины. – М., 1982. – 26 с.
90. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную медицину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
91. Руководство по медицинской профилактике. / Под ред.Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. – 464 с.
92. Римашевская Н.М. Здоровье человека – здоровье нации. // Экономические стратегии. – 2006. - № 1. – С. 2-4.
93. Рубцов А.В. Здоровье как социальная ценность. // Экономика здравоохранения. – 2005, - № 1. – С. 16-21.
94. Светличная Т.Г., Павлова Е.А. Влияние поведенческих факторов образа жизни на здоровье сельского населения трудоспособного возраста. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения, истории медицины. – 2006. - № 6. – С. 10-14.
95. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1982. – 436 с.
96. Степанова Г.Б., Юдин Б.Г. Здоровье человека в гуманитарном измерении. М.: Из-во «Ключ-С», 2003. – 110 с.
97. Трунова О.А. Методы восстановления здоровья и работоспособности горнорабочих угольных шахт. // Врачебная практика. – 2000. - № 2. – С. 26-30.
98. Трунова О.А. Условия труда и состояние здоровья горнорабочих угольных шахт. // Довкілля та здоров'я. – 2000. - № 1. – С. 14-19.
99. Філософські та соціально-екологічні проблеми медицини. / Під ред.

М.В. Кривоносова, А.П. Алексеєнко, І.С. Крашенка. – Харків: Контраст, 2001. – 111 с.

100. Фесенко Є.В. Злочини проти здоров'я населення та система заходів з його охорони: монографія. – К.: Атіка, 2004. – 278 с.

101. Хохлов Л.К. О социальных аспектах патоморфоза психических заболеваний. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. - № 1. – С. 70-76.

102. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Автореф. дис. д-ра псих наук. – М., 2006. – 30 с.

103. Хохлов Л.К., Турляев В.Г., Мельников В.Ф. Некоторые современные социокультурные влияния и психическое здоровье населения. // Новости медицины и фармации (Ярославль). – 1994. – № 4. –С. 40-43.

104. Шутов М.М., Ткаченко В.Г., Дорофиев В.В., Гончаров В.Н., Грачёв Р.А., Шелихов П.В. Труд и здоровье. Монография. – Донецк: СПД, 2009. – 330 с.

105. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію у 2007 р. – К.: Держкомстат, 2008. – 282 с.

106. Энтони В. и соавторы. Психологическая реабилитация. – Киев: Сфера, 2001. – 278 с.

107. Экспертиза в современном мире: от знания к деятельности. – М.: Смысл, 2006. – 88 с.

108. Эйзенберг Л., Гольдберг, П. Хаксли. Распространённые психические расстройства. Биосоциальная модель. – Киев: Сфера, 1999. – 255 с.

109. Юдин Б.Г. Здоровье человека в эпоху новых технологий. В об.: «Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. – М.: ИЧРАН, 2003. – С. 5-6.

110. Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия. \ Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. № 1 (приложение). – С. 12-15.

111. 10 фактов, которые нужно знать о физической активности.

Копенгаген: Европейское региональное бюро J'Cs ВОЗ. 2007.
<http://www.euro.who.int/>

112. Nash R. A. The serotonin connection // Journal of Orthomolecular Medicine. 1996. № 11. P. 327 - 328.

113. Beardslee W., Keller M., Lavori P., Staley J., Sacks N. The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up of a non-referred sample. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1993. № 32. P. 723-730.

114. Chassin L., Pitts S. C, DeLucia C, Todd M. A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. //Journal of Abnormal Psychology. 1999. № 108. P. 106-119.

115. Kuperman S., Schlosser S. S., Lidra J., Reich W. Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1999. № 38. P. 686 – 692.

116. Russell M., Cooper M. L., Frone M. R. The influence of sociodemographic characteristics on familial alcohol problems: Data from a community sample. // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1990. № 14. P. 221-226.

117. Balfour D1, Ridley D. L. The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction? // Pharmacol Biochem Behav, 2000. № 66(1). P. 79-85.

118. Lasser K. et.al. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study //Journal of the American Medical association. 2000. № 284. P. 2606 - 2610.

119. Goodman E., Capitman J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens // Pediatrics. 2000. № 106(4). P. 748-755.

120. Batra A. Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient // Forscrite de neurilogie-Psychiatrie. 2000. № 68. P. 80 – 92.

121. Breslau N, Peterson E. L., Schultz L. R. et al. Major depression and

stages of smoking. A longitudinal investigation. //Arch Gen Psychiatry. 1998. № 55. P. 161 - 166.

122. Breslau N, Peterson E. L., Schultz L. R. et al. Major depression and stages of smoking. A longitudinal * investigation//Arch Gen Psychiatry. 1998. № 55. P. 161 - 166.

123. Patel V., Araya R., de Lima M., Ludermir A., Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four destructing societies // Social Science and Medicine. 1999. № 49. P. 1461 – 1471.

124. Costello E. J., Angold A., Bums B. π 4mJ-, Stangl D., Tweed D., Erkanli F., Worthman CM. The Great Smoky Mountains Study of youth: goals, design, methods and prevalence of DSM-III-R disorders // Archives of general Psychiatry. 1996. № 53. P. 1129 – 1136.

125. Kohn R., Dohrenwend B. P., Mirotznik J. Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population // Adversity, stress and psychopathology. / Dohrenwend B. P. ed. Oxford: Oxford university press. 1998.

126. Spence S., Najman J. M., Bor W., O'Callaghan M. J., Williams G. M. Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. // Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2002. № 43. P. 457 - 469.

127. Deykin E. Y., Levy J. C, Wels V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse // Am J Public Health. 1987. № 77. P.

128. Anda R. F., Whitfield C L, Felitti V. J. et al. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism an depression // Psychiatr Serv. 2002. № 53. P. 1001-1009.

129. Prescott C A., Aggen S. H., Kendler K. S. Sex-specific genetic influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a population-based sample of US twins // Arch Gen Psych. 2000. № 57. P. 803 - 811.

130. Weitoft G. R., Hjern A., Haglund B., Rosen M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-

based study. // Lancet. 2003. Vol. 361. Issue 9354. P. 289 - 295.

131. Handbook of vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan / Eds Ingram R.E., Price J.M. New York: Guilford, 2000. 280p.

132. Saxena S., Paraje G., Sharan P. The 10/90 divide in mental health research: trends over a ten year, period // Br. J. Psychiatry. 2006. Vol. 188. P. 81-82.

133. World Health Organization. Summary report: Prevention of mental disorders-effective interventions and policy options. Geneva: World Health Organization, 2004.

134. World mental health casebook: social and mental health programs in low-income countries / Eds Cohen A., Kleinman A., Saraceno B. London: Kluwer/Plenum, 2002. 283p.

135. Cunningham Alastair J, Watson Kimberly (2004) / How psychological therapy may prolong survival in cancer patients: new evidence and a simple theory // Integrative Cancer Therapies 3(3):214-229.

136. Боре-Каррио Ф., Сачмен Л., Эпстайн Р.М. Биопсихосоциальная модель 25 лет спустя (электронный ресурс).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Технология формирования ЗОЖ. Образ жизни человека это – исторически сложившийся вид жизнедеятельности. Он включает в себя 4 составляющие: уровень жизни (экономическая), качество жизни (социальная), стиль жизни (психологическая), уклад жизни (социально – экономическая) категории.

Здоровый образ жизни человека это искусственно сформированный вид жизнедеятельности, обеспечивающий сохранение его здоровья и профилактику заболеваний. ЗОЖ является современной разновидностью образа жизни человека.

1. Формула ЗОЖ

Здоровый образ жизни человека описывается с высокой степенью достоверности (97%) с помощью 12 параметров: 1. Установка сознания на здоровую и продолжительную жизнь. 2. Движение. 3. Закаливание. 4. Рациональное питание и поддержание веса на нормальном уровне. 5. Рациональный режим жизнедеятельности и его соответствие биологическим ритмам. 6. Психологический (индивидуальный, семейный, коллективный) оптимум. 7. Отсутствие вредных привычек. 8. Личная гигиена. 9. Гигиена жилища. 10. Гигиена одежды. 11. Эффективный отдых. 12. Здоровый ночной сон.

Информация для установления медицинской полноценности образа жизни, диагностики наличия и полноты ЗОЖ, собирается с помощью социологической анкеты «Медицинская опросная анкета образа жизни». Анкета содержит вопросы, которые дают возможность в полной мере раскрыть ключевое существо каждого параметра формулы здорового образа жизни, что позволяет провести медицинскую характеристику фактического образа жизни (ОЖ) опрашиваемого человека. Каждый вариант ответа на поставленный в анкете вопрос отражает степень выраженности данной характеристики ОЖ пациента. Выраженность характеристик ОЖ определяется по степеням: высокая, средняя, удовлетворительная и нулевая. Каждая степень выраженности

оценивается по 4-х бальной шкале: высокая – 4 балла; средняя – 3 балла; удовлетворительная – 2 балла; нулевая – 0 баллов.

В анкете каждый вариант ответа на поставленный вопрос отражает степень выраженности оцениваемого параметра ЗОЖ, поэтому они сразу проранжированы баллами (в скобках возле каждого ответа). Анкета содержит 47 вопросов, которые охватывают все 12 параметров ЗОЖ.

2. Медицинская опросная анкета образа жизни

1. Ф.И.О. _____

2. Возраст (полных лет) _____

3. Пол _____

4. Место учебы или работы _____

5. Место жительства _____

6. Образование (среднее неполное, среднее общее, среднее специальное, высшее)

7. Придерживаетесь ли Вы в своей жизни принципа (формулы) здорового образа жизни: всегда (4), почти всегда (3), иногда (2), нет (0).

8. Стремитесь ли Вы к долгой (90 и более лет) жизни: постоянно (4), почти постоянно (3), иногда (2), нет (0).

9. Наблюдаете ли Вы пристально за состоянием своего здоровья: всегда (4), почти всегда (3), иногда (2), нет (0).

10. Сознаете ли Вы, что для того, чтобы жить долго необходимо вести здоровый образ жизни: да(4), иногда (2), нет (0).

11. Занимаетесь ли Вы спортом: постоянно (4), почти постоянно (3), иногда (3), нет (0).

12. Занимаетесь ли Вы зарядкой: постоянно (4), почти постоянно (3), иногда (2), нет (0).

13. Много ли Вы ходите или физически работаете на открытом воздухе: постоянно (4), часто (3), иногда (2), очень редко (0).

14. Занимаетесь ли Вы закаливанием своего организма (водой, обтиранием, холодным воздухом): постоянно (4), часто (3), иногда (2), никогда

(0).

15. Знаете ли Вы что такое рациональное питание: да (4), немного (2), нет (0).

16. Придерживаетесь ли Вы требований рационального питания: постоянно (4), почти постоянно (3), иногда (2), никогда (0).

17. Имеются ли в Вашем рационе питания фрукты: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

18. Имеются ли в Вашем рационе питания овощи: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

19. Имеются ли в Вашем рационе питания молочные продукты: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

20. Имеются ли в Вашем рационе питания мясные продукты: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

21. Много ли в Вашем рационе питания мучных и крупяных продуктов: постоянно много (2), не очень много (3), мало (4).

22. Имеются ли в Вашем рационе питания сладости: постоянно (2), часто (3), иногда (4), нет (0).

23. Контролируете ли Вы вес своего тела: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

24. Знаете ли Вы что такое рациональный (здоровый) режим дня: да (3), немного (2), нет (0).

25. Придерживаетесь ли Вы требований рационального (здорового) режима дня: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

26. Придерживаетесь ли Вы постоянного времени отхода ко сну, утреннего подъема, приема пищи, отдыха, выполнения различной работы в течение дня: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

27. Знаете ли Вы, что режим Вашей жизни в течение суток не должен нарушать суточные биологические ритмы Вашего организма: да (3), немного (2), нет (0).

28. Стараетесь ли Вы, чтобы режим Вашей жизни в течение дня не

нарушал суточные ритмы Вашего организма: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

29. Какие у Вас взаимоотношения с членами коллектива в котором Вы учитесь: стабильно хорошие (4), чаще всего хорошие (3), скорее плохие, чем хорошие (2), стабильно плохие (0).

30. Какие у Вас взаимоотношения в семье: стабильно хорошие (4), чаще всего хорошие (3), скорее плохие, чем хорошие (2), плохие (0).

31. Употребляете ли Вы спиртные напитки: нет (4), иногда (2), часто (0).

32. Курите ли Вы: нет (4), мало (2), много (0).

33. Употребляете ли Вы наркотики: да (0), нет (4).

34. Соблюдаете ли Вы личную гигиену: постоянно (4), не всегда (3), редко (2), нет (0).

35. Как часто Вы принимаете ванну: несколько раз в неделю (4), один раз в неделю (3), один раз в 2 - 3 недели (2), очень редко (0).

36. Проводите ли Вы гигиенические процедуры по уходу за отдельными частями тела (лицо, ноги, органы выделения и другие): ежедневно (4), ежедневно только некоторые части тела (3), не ежедневно (2), иногда (0).

37. Соблюдаете ли Вы гигиену полости рта: систематически (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

38. Соблюдаете ли Вы гигиену Вашего жилища: постоянно (4), не регулярно (3), иногда (2), нет (0).

39. Как часто Вы проводите влажную уборку своего жилища: 1-2 раза в день (4), 2-3 раза в неделю (3), 1 раз в неделю (2), 2-3 раза в месяц (0).

40. Как часто Вы проветриваете свое жилище: постоянно или несколько раз в день зимой и летом (4), 1 раз в день (3), несколько раз в неделю (2), очень редко (0).

41. Соблюдаете ли Вы чистоту своей одежды: постоянно (4), почти всегда (3), редко (2), почти нет (0).

42. Как часто Вы меняете свое нижнее белье и одежду: 1-2 раза в неделю (4), по мере загрязнения (2), редко (0).

43. Носите ли Вы одежду, стесняющую Ваши движения или наносящую повреждения кожи: часто (0), иногда (2), нет (0).

44. Имеете ли Вы хороший отдых в течение дня: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

45. Имеете ли Вы хороший отдых в выходные дни: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

46. Имеете ли Вы хороший отдых в ежегодный отпуск: постоянно (4), часто (3), иногда (2), нет (0).

47. Хороший ли у Вас ночной сон: хороший постоянно (4), хороший часто (3), иногда хороший, чаще плохой (2), плохой почти постоянно (0).

3. Методика расчета баллов по 12 параметрам формулы здорового образа жизни.

Параметр №1. Установка сознания на здоровую и продолжительную жизнь. Показатель в баллах рассчитывается как средняя величина из показателей пунктов анкеты 7, 8, 9, 10. Полученная средняя округляется до десятых.

Параметр №2. Движение. Показатель в баллах рассчитывается как средняя величина из показателей пунктов анкеты 11, 12, 13.

Параметр №3. Закаливание. Показатель определяют по результатам пункта 14 анкеты.

Параметр №4. Рациональное питание и поддержание веса на нормальном уровне. Показатель определяется как средняя величина из результатов пунктов анкеты 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.

Параметр №5. Рациональный режим жизни и его соответствие биологическим ритмам. Показатель определяется как средняя величина из результатов пунктов анкеты 24, 25, 26, 27, 28.

Параметр №6. Психологический (индивидуальный, семейный, коллективный) оптимум. Показатель определяется как среднее число из результатов пунктов анкеты 29, 30.

Параметр №7. Отсутствие вредных привычек и увлечений. Показатель

определяется как среднее число из результатов пунктов анкеты 31, 32, 33.

Параметр №8. Личная гигиена. Показатель определяется как средняя величина из результатов пунктов анкеты 34, 35, 36, 37.

Параметр №9. Гигиена жилища. Показатель определяется как среднее число из результатов пунктов анкеты 38, 39, 40.

Параметр №10. Гигиена одежды. Показатель определяется как среднее число из результатов пунктов анкеты 41, 42, 43.

Параметр №11. Эффективный отдых. Показатель определяется как среднее число из результатов пунктов анкеты 44, 45, 46.

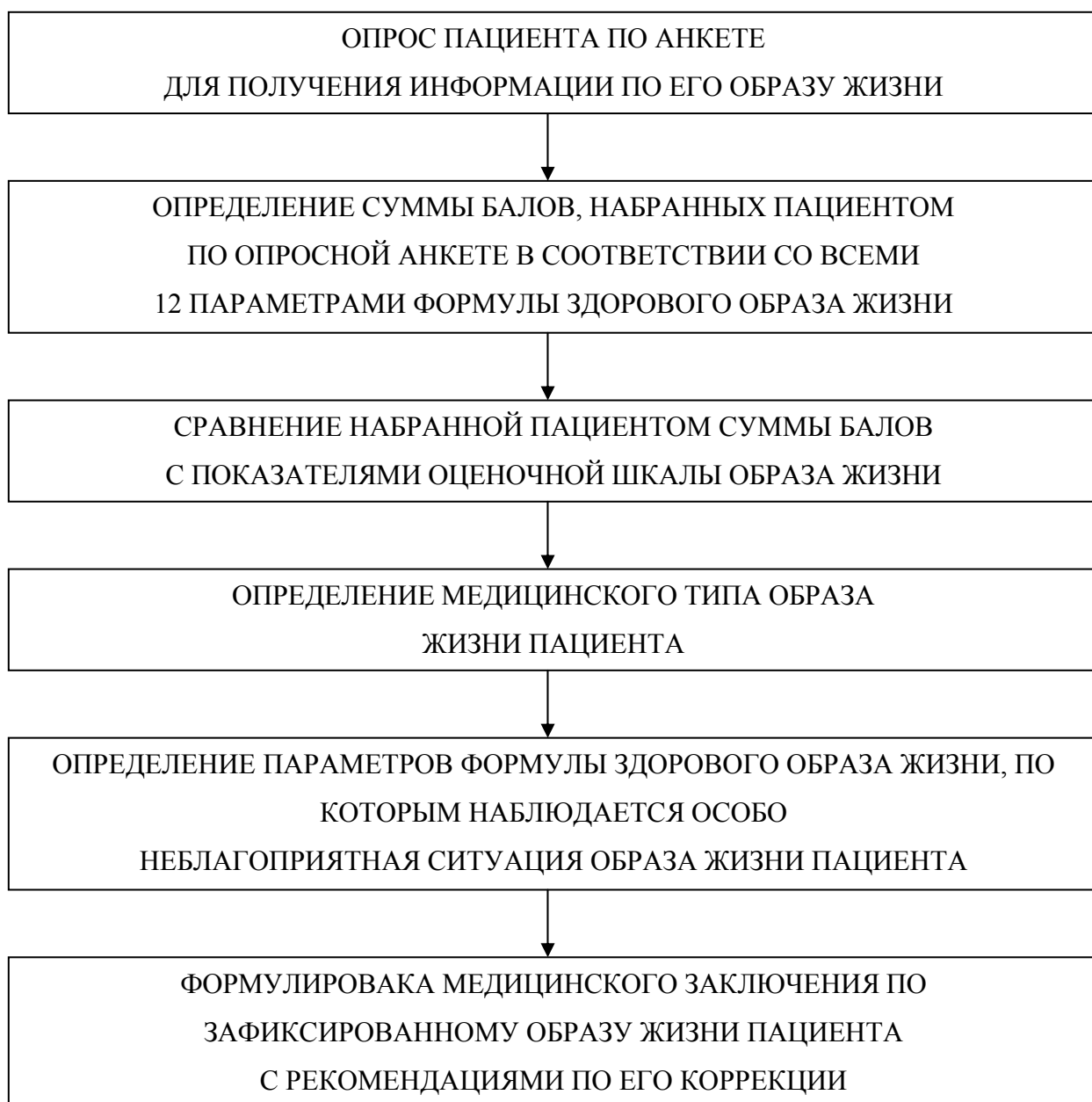
Параметр №12. Здоровый ночной сон. Показатель определяется по результату пункта анкеты 47.

Медицинская оценка зафиксированного образа жизни. Для интегральной оценки образа жизни используется оценочная шкала.

Оценочная шкала образа жизни пациента

Медицинский тип образа жизни	Сумма набранных баллов по анкете
здоровый образ жизни (ЗОЖ)	42 – 48 баллов
медицински удовлетворительный образ жизни (МУОЖ)	30 – 41 баллов
медицински неблагоприятный образ жизни (МНОЖ)	24 – 29 баллов
нездоровый образ жизни (НОЖ)	< 24 баллов

4. Алгоритм оценки образа жизни



5. Пример оценки и коррекции образа жизни пациента

1. Сумма, набранных баллов по анкете по каждому параметру формулы ЗОЖ:

$$3,2 + 1,7 + 0 + 2,6 + 2,4 + 3,5 + 3,3 + 3,8 + 4 + 4 + 3 + 2 = 33,5$$

2. По оценочной шкале образа жизни набранная сумма баллов (33,5) соответствует **МЕДИЦИНСКИ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ**.

3. Наиболее плохие показатели соответствуют 2, 3, 4, 5 и 12 параметрам формулы ЗОЖ.

4. Заключение: необходимо скорректировать образ жизни данного пациента по 2, 3, 4, 5 и 12 параметрам формулы.

6. Рекомендации по оптимизации параметров ЗОЖ

1-й параметр формулы ЗОЖ – установка сознания на здоровую и продолжительную жизнь. Рекомендации по усвоению правил формирования психологии долгожительства, использованию высоких биологических возможностей организма через ЗОЖ, по усвоению правил контроля за здоровьем.

2-й параметр формулы ЗОЖ – движение. Для его оптимизации пациенту следует рекомендовать повысить двигательную активность в течение суток: делать утреннюю зарядку, заниматься любительским спортом или посещать тренажерный зал, заниматься ежедневной ходьбой или бегом трусцой.

3-й параметр формулы ЗОЖ – закаливание. Для его коррекции необходимо рекомендовать: заниматься ежедневным закаливанием, водными процедурами по предложенной методике, в летний период постоянно принимать воздушные ванны и постоянно купаться в открытых водоемах.

4-й параметр формулы ЗОЖ – рациональное питание и поддержание веса на нормальном уровне. Для оптимизации этого параметра пациенту необходимо предложить: расписанный рациональный режим питания, несколько сбалансированных рационов питания, перечень рекомендаций по использованию в питании различных продуктов, а также правила по контролю

за весом.

5-й параметр формулы ЗОЖ – рациональный режим жизнедеятельности и его соответствие биологическим ритмам. Для оптимизации этого параметра пациенту необходимо выдать подробно расписанный суточный режим жизни.

6-й параметр формулы ЗОЖ – психологический оптимум жизни. Рекомендации по усвоению правил управления эмоционально-психологическим состоянием, этикета и этики поведения в коллективе и в семье, антиконфликтных правил, методов оптимизации и восстановления нарушенного психологического состояния, усвоение требований семейной жизни и производственной психологии.

7-й параметр формулы ЗОЖ – отсутствие вредных привычек и увлечений. Рекомендации по усвоению знаний о вредном влиянии на организм курения, алкоголя, наркотиков, парфюмерии, высокоэмоциональной и высокоритмичной музыки, сверхострой и очень горячей пищи, о вредности длительных просмотров телепередач и продолжительной работы с компьютером. Усвоение правил устранения и методов лечения последствий вредных привычек.

8-й параметр формулы ЗОЖ – личная гигиена. Рекомендации по систематическому поддержанию гигиены тела и его частей.

9-й параметр формулы ЗОЖ – гигиена жилища. Рекомендации по способам и правилам поддержания гигиены жилища.

10-й параметр формулы ЗОЖ – гигиена одежды. Усвоение требований гигиены одежды.

11-й параметр формулы ЗОЖ – эффективный отдых. Усвоение правил о формах и режиме ежедневного отдыха и организации летнего отдыха в отпускной (каникулярный) период.

12-й параметр формулы ЗОЖ – здоровый ночной сон. Усвоение правил организации ночного сна и предупреждения бессонницы. Для его коррекции пациенту необходимо предложить перечень правил, которые необходимо соблюдать при подготовке ко сну, в процессе сна, пробуждении и переходу к бодрствованию, а также по поддержанию длительности сна.

Для эффективного усвоения каждого параметра формулы ЗОЖ издаётся «Памятка ЗОЖ».

Таблица 5.1

**Сравнительная частота возникновения и распространения болезней среди населения,
связанных с расстройством психики и поведения в благоприятный и кризисный
экономико-политический периоды Донбасса**

Характер экономического периода развития	Оценочные периоды времени, годы	Критериальные характеристики экономического периода	Общие показатели первичных случаев заболеваний, случаи на 10 000	Общие показатели распространённо сти заболеваний, случаи на 10 000	Показатели первичных случаев аффективных психических расстройств, случаи на 10 000
Благоприятный период	1980-1982	Стабильная экономическая и политическая ситуация Относительное социальное равновесие в обществе Отсутствие или предельно низкие показатели инфляции Отсутствие или предельно низкие показатели безработицы Устойчивая социальная перспектива развития общества	23,8±1,5	237,7±7,8	0,43±0,01
Длительный и выраженный кризисный период	1993-1997	Глубокий экономический спад Большая безработица Высокая инфляция Большое социальное расслоение общества Неопределённая социальная перспектива развития общества	45,2±1,2 t=11,1	455,5±9,2 t=18,5	1,7±0,1 t=2,7

Таблица 5.15

**Сравнительные показатели распространённости болезней, связанных с расстройством психики и поведения,
в зависимости от уровня загрязнения воздушной среды в местах проживания городского населения**

Городские населённые места	Рейтинг заболеваемости по показателю распространённости		Показатель распространённости болезней, сл. на 10 000		Рейтинг загрязнённости воздушной среды		Суммарный показатель загрязнённости воздушной среды	
	частный	среднегрупповой	частный	среднегрупповой	частный	среднегрупповой	частный	среднегрупповой
	Высокий уровень распространённости болезней				Высокий уровень загрязнения воздушной среды			
Горловка	1	7,25±0,5	778,2	634,1±4,5	5,15	4,52±0,3	5	4,75±0,2 r=+0,62
Макеевка	7		606,6		2,85		2	
Краматорск	9		591,3		6,46		8	
Мариуполь	12		560,2		3,62		4	
	Средний уровень распространённости болезней				Средний уровень загрязнения воздушной среды			
Дзержинск	8	11,33±1,0	590,0	560,2±2,0	8,62	10,42±0,2	9	11,30±0,3 r=+0,63
Харцызск	11		550,6		12,73		14	
Дебальцево	15		540,0		9,91		11	
	Низкий уровень распространённости болезней				Низкий уровень загрязнения воздушной среды			
Селидово	25	26,5±0,2	374,1	335,8±5,0	13,73	14,03±0,2	17	16,5±0,2 r=+0,60
Артёмовск	26		373,8		14,55		18	
Снежное	27		356,7		14,73		15	
Новгородовка	28		238,5		13,10		16	

Примечание. r – коэффициент корреляции, чем ниже величина суммарного показателя загрязнённости, тем выше загрязнённость: 1-2 – очень сильное загрязнение.

Таблица 5.38

**Сравнительные уровни частоты возникновения и распространения расстройств психики и поведения
среди различных контингентов населения, страдающего алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией**

Контингенты населения	Психические расстройства среди населения с алкоголизмом		Психические расстройства среди населения с наркоманией		Психические расстройства среди населения с токсикоманией	
	заболеваемость, случаи на 10 000	распространенность, случаи на 10 000	заболеваемость, случаи на 10 000	распространенность, случаи на 10 000	заболеваемость, случаи на 10 000	распространенность, случаи на 10 000
Всё население Донецкой области с вредными привычками	69,7±0,8	1379,5±6,2	16,1±0,3	214,4±2,5	2,58±0,03	17,94±0,4
Городское население	70,4±1,0	1434,8±6,0	18,2±0,2	238,8±2,7	2,88±0,03	20,8±0,3
Сельское население	65,5±0,7	1207±7,0	13,9±0,4	124,7±4,1	2,02±0,03	6,46±0,7
Население без вредных привычек	1,0±0,02		1,0±0,02		1,0±0,02	

Таблица 5.44

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

Группы эндогенных факторов психогенного риска	Показатели психического здоровья и индексы относительного риска			
	Общая частота возникновения первичных случаев психических расстройств		Частота возникновения первичных случаев аффективных психических расстройств	
	Ранг	Индекс относительного риска (RR)	Ранг	Индекс относительного риска (RR)
Социально-бытовые, семейно-психологические	1	16,50	1	15,90
Образа жизни	2	12,98	2	5,4
Алиментарные	3	2,27	5	1,80
Профессиональные	4	2,19	4	3,01
Макроэкономические и общественно-психологические	5	1,91	3	5,10
Экологические	6	1,70	6	1,58

Таблица 5.45

**Ранговая структура психогенной значимости социально-бытовых и
семейно-психологических факторов риска психического здоровья взрослого населения**

Факторы риска	Показатели психического здоровья и индексы относительного риска			
	Общая частота возникновения первичных случаев психических расстройств		Частота возникновения первичных случаев аффективных психических расстройств	
	Ранг	Индекс относительного риска (RR)	Ранг	Индекс относительного риска (RR)
Выражено некомфортное жилище: по удельной жилой площади (<4-6 м ² /чел.), по микроклимату, естественному освещению, сантехоснащению	1	47,8	2	39,0
Законченное высшее образование в виде: - двух вузов; - одного вуза	2	42,3	4	8,0
	3	23,3	8	4,0
Одиночества	4	16,7	3	13,7
Одинокое материнство (1 ребёнок)	5	7,43	5	7,33
Полная семья с 2-3 проблемными детьми	6	5,57	6	6,3
Неблагоприятный семейный психологический климат	7	1,90	1	58,0
Семья без детей	8	1,75	9	2,17
Интенсивная учебная деятельность члена семьи (отличные и хорошие успехи)	9	1,74	7	4,63

Таблица 5.46

**Ранговая структура психогенной значимости факторов
риска образа жизни для психического здоровья взрослого населения**

Факторы риска	Показатели психического здоровья и индексы относительного риска			
	Общая частота возникновения первичных случаев психических расстройств		Частота возникновения первичных случаев аффективных психических расстройств	
	Ранг	Индекс относительного риска (RR)	Ранг	Индекс относительного риска (RR)
Страдание алкоголизмом	1	69,7	—	—
Страдание наркоманией	2	16,10	—	—
Страдание ночной бессонницей	3	13,9	1	10,2
Неэффективный суточный отдых: физически пассивный, без дневного сна с развлекательными информационными нагрузками (чтение, телепросмотры, радиопрослушивание, компьютерные игры или занятия)	4	13,08	2	8,5
Неблагоприятный режим ночного сна: очень поздний отход (24 часа и позже) и очень ранний подъём раньше 5 часов утра)	5	8,0	3	6,5
Высоконапряженный режим рабочего дня: продолжительность 9-10 часов, жёстко организованный, плотность рабочего часа 80-90%	6	6,6	4	5,3
Постоянно (часто) короткий ночной сон (4,5-5 часов)	7	5,15	5	4,12
Наличие комплекса умеренно выраженных вредных привычек: курение, употребление алкоголя, периодическая токсикомания, игромания, возбуждающие напитки	8	3,69	6	4,1
Страдание токсикоманией	9	2,58	—	—
Возбуждающие лёгкие напитки	10	2,30	7	2,5
Наличие единичных вредных привычек в образе жизни: игромания, курение, телемания, компьютеромания	11	1,63	8	2,0

**Ранговая структура психогенной значимости
алиментарных факторов риска психического здоровья взрослого населения**

Факторы риска	Показатели психического здоровья и индексы относительного риска			
	Общая частота возникновения первичных случаев психических расстройств		Частота возникновения первичных случаев аффективных психических расстройств	
	Ранг	Индекс относительног о риска (RR)	Ранг	Индекс относительног о риска (RR)
Некачественный недельный рацион питания (однообразный ассортимент низкосортных продуктов)	1	2,67	1	2,36
Экологически нечистые продукты питания:				
- загрязнённые комплексом высоковредных ксенобиотиков: пестициды, нитраты, тяжёлые металлы;	2	2,44	2	1,92
- загрязнённые только тяжёлыми металлами;	3	2,10	3	1,60
- загрязнённые только нитратами	4	1,86	4	1,30

Таблица 5.48

Ранговая структура психогенной значимости профессиональных факторов риска психического здоровья

Факторы риска	Показатели психического здоровья и индексы относительного риска			
	Общая частота возникновения первичных случаев психических расстройств		Частота возникновения первичных случаев аффективных психических расстройств	
	Ранг	Индекс относительного риска (RR)	Ранг	Индекс относительного риска (RR)
Интеллектуально-напряжённый труд	1	4,43	1	6,45
Эмоционально-напряжённый труд	2	3,2	3	4,27
Опасные виды обслуживающего труда в благоприятных условиях (лётный состав)	3	3,16	2	4,45
Труд в условиях интенсивного шума (>100-110 дБ)	4	2,53	6	2,55
Труд в условиях производственной среды, загрязнённой химическими веществами	5	2,38	4	3,0
Производственная деятельность с частыми ночными сменами	6	1,51	7	2,25
Монотонно-напряжённые виды умственного труда (конвейерный труд)	7	1,42	9	1,37
Опасные виды физического труда в неблагоприятных условиях (высотники, взрывники)	8	1,39	5	2,58
Опасные виды физического труда в благоприятных условиях (крановщики, высотники и др.)	9	1,31	8	2,18
Труд в условиях больших перепадов уровня низкой и высокой температуры	10	0,6	10	1,0

Таблица 5.49

Ранговая структура психогенной значимости макроэкономических и общественно-психологических факторов риска психического здоровья взрослого населения

Факторы риска	Показатели психического здоровья и индексы относительного риска			
	Общая частота возникновения первичных случаев психических расстройств		Частота возникновения первичных случаев аффективных психических расстройств	
	Ранг	Индекс относительного риска (RR)	Ранг	Индекс относительного риска (RR)
Высокая психологическая тревожность в обществе (экономико-политического характера)	1	2,6	3	5,9
Высокая трудовая миграция (внутри- и межрегиональная)	2	2,0	4	5,2
Высокая безработица (около 15 %)	3	1,95	1	10,0
Длительная экономическая и социальная депрессия в обществе	4	1,90	5	3,95
Низкий социально-экономический уровень жизни (в пределах и ниже черты бедности)	5	1,84	6	3,20
Средний уровень безработицы (до 7 %)	6	1,61	2	6,0
Городской современный уклад жизни	7	1,46	7	1,43

Таблица 5.50

**Ранговая структура психогенной значимости экологических факторов риска
психического здоровья взрослого населения**

Факторы риска	Показатели психического здоровья и индексы относительного риска			
	Общая частота возникновения первичных случаев психических расстройств		Частота возникновения первичных случаев аффективных психических расстройств	
	Ранг	Индекс относительного риска (RR)	Ранг	Индекс относительного риска (RR)
Факторы психогенного риска техногенной нагрузки на внешнюю среду. Первое внутригрупповое ранговое место – 2,17 единиц				
Комплексная, преимущественно химической природы, техногенная нагрузка на экологическую среду (50-60% – выбросы химического производства)	1	2,58	1	2,70
Комплексная, преимущественно химико-энергетической природы, техногенная нагрузка на экологическую среду (70-75% – выбросы химического и энергетического производства)	2	2,27	3	2,40
Комплексная, преимущественно химико-металлургической природы, техногенная нагрузка на экологическую среду (75-80 % – выбросы химического и металлургического производства)	3	2,20	2	2,41
Комплексная, преимущественно химико-угольно-металлургической природы, техногенная нагрузка на экологическую среду (35% – химические, 30% – угольные, 20% – металлургические выбросы)	4	2,14	4	2,07
Высокая смешанная валовая техногенная нагрузка на	5	2,1	5	2,0

экологическую среду (от 1568,9 до 22500 т/км ²)				
Однородная, преимущественно, металлургической природы, техногенная нагрузка на экологическую среду (90-95% – металлургические выбросы)	6	2,04	6	1,98
Однородная, преимущественно, энергетической природы, техногенная нагрузка на экологическую среду (85-90% – энергетические выбросы)	7	1,99	7	1,89
Однородная, преимущественно, угольной природы, техногенная нагрузка на экологическую среду (75-80 % – угольные выбросы)	8	1,90	8	1,82
Факторы психогенного риска питьевой воды. Третье внутригрупповое ранговое место – 1,32 единицы				
Высокая концентрация свинца в питьевой воде (в 1,6 раз>ПДК)	1	2,28	5	1,70
Высокая концентрация в питьевой воде макроэлементов, относящихся к группе тяжёлых металлов – свинец, никель, медь (в 1,1-2,7 раз>ПДК)	2	2,26	7	1,20
Высокая концентрация фтора в питьевой воде (в 1,2-1,3 раза>ПДК)	3	2,08	4	1,71
Низкая концентрация хлоридов в питьевой воде (0,8 ПДК)	4	2,02	3	1,86
Пониженная жёсткость питьевой воды (<2 ПДК).	5	2,0	2	1,87
Пониженная минерализация питьевой воды (<1,5 ПДК)	6	1,43	8	1,18
Повышенная концентрация сульфатов в питьевой воде (<2 ПДК)	7	1,4	1	2,5
Высокая концентрация группы макроэлементов, относящихся к группе тяжёлых металлов – меди и никель (1,8-2,4 ПДК)	8	1,29	6	1,24
Высокая концентрация стронция в питьевой воде (1,3-1,8 ПДК)	9	1,12	9	0,93
Сверхвысокая жёсткость питьевой воды (в 5,3 >ПДК)	10	0,75	12	0,76
Сверхвысокая минерализация питьевой воды (в 5,7 >ПДК)	11	0,70	11	0,85
Сверхвысокая концентрация сульфатов в питьевой воде (в 6,5 >ПДК)	12	0,69	13	0,74

Сверхвысокая концентрация циркония в питьевой воде (в 29,3 >ПДК)	13	1,67	10	0,92
Высокая концентрация хлоридов в питьевой воде (в 2,8 >ПДК)	14	0,57	15	0,57
Пониженная концентрация фтора в питьевой воде (0,8-0,9 ПДК)	15	0,48	14	0,59
Факторы психогенного риска воздушной среды. Первое внутригрупповое ранговое место – 2, 41 единицы. Среднегрупповой индекс относительного риска 2,41 единицы				
Высокий валовый уровень загрязнения воздушной среды ксенобиотиками химической природы (Суммарный показатель загрязнения $4,75 \pm 0,1$ с колебаниями от 2 до 8 у.е.)	1	2,89	1	1,94
Высокая (>2 ПДК) среднесуточная концентрация комплекса высоко-вредных ксенобиотиков в воздушной среде (бензапирен, диоксид азота, диоксид серы)	2	2,53	–	–
Высокая среднесуточная концентрация в воздушной среде комплекса ксенобиотиков ароматического ряда: аммиак, фенол	3	1,8	–	–