

Российская Академия медицинских наук
Сибирское отделение
НИИ психического здоровья

Министерство здравоохранения и социального РФ
ГУЗ Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава

АТЛАС

ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

НАСЕЛЕНИЯ

КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Памяти профессора
Анатолия Алексеевича Корнилова
посвящается*

Томск, Кемерово

2011

УДК 616.89(571.17)(084.42)
ББК Р64(2Рос53-4ке)я61
А 924

Рецензент:

А. П. Агарков – д-р мед. наук, профессор,
главный врач ОГУЗ Томской клинической психиатрической больницы

А 924 Атлас психического здоровья населения Кемеровской области /
В. Я. Семке, Н. А. Бохан, Л. Д. Рахмазова, Н. А. Васильева, А. В. Гычев,
А. В. Семке, А. И. Мандель, А. А. Агарков, В. Э. Новиков, В. А. Сорокина,
Н. В. Багрий, А. А. Лопатин, А. М. Селедцов, Н. П. Кокорина, А. В. Мак-
сименко. – Томск, Кемерово, 2011. – 100 с.

ISBN 978-5-91701-030-4

В атласе представлены сведения о распространенности основных психических расстройств среди населения, проживающего на территории Кемеровской области. Проанализирована в динамике психиатрическая ситуация по всем районам области. Полученные результаты наглядно отражены в виде картограмм и рисунков. В работе наряду с данными официальной статистики представлены результаты оригинальных научных исследований томских и кузбасских психиатров. Книга может быть полезной психиатрам, организаторам здравоохранения, главам администраций, а также широкому кругу врачей и научных сотрудников.

Главный научный редактор
академик РАМН **В. Я. Семке**

Заместители главного научного редактора
проф. **Н. А. Бохан**, докт. мед. наук **В. Э. Новиков**,
канд. мед. наук **В. А. Сорокина**

УДК 616.89(571.17)(084.62)
ББК Р64(2Рос53-4 том)я7

ISBN 978-5-91701-030-4

© Атлас психического здоровья
населения Кемеровской области, 2011
НИИ психического здоровья, 2011
ГУЗ КОКПБ, 2011
ГОУ ВПО КГМА, 2011

Введение

«Психическое здоровье» трактуется нами как «состояние динамического равновесия индивида с окружающей средой, когда все заложенные в его биологической и социальной сущности способности проявляются наиболее полно, а все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью» (Семке В.Я., 1992, 1994). Психическое здоровье представляет собой динамичное образование, зависящее от условий жизнедеятельности индивида и от его типологических особенностей. Это подводит нас к необходимости рассмотрения способности организма приспосабливаться к внешним и внутренним условиям, прежде всего с учетом региональной специфики.

В настоящее время становится очевидной необходимость оценки индивидуальной и общественной характеристик личности с мультидисциплинарных позиций, облегчающих гарантированное развитие индивида на пользу общества, понимание других людей и совместную полноценную жизнь. В этой связи социальные программы, направленные на восстановление и укрепление психического здоровья индивидов и общества, приобретают национальный приоритет и заслуживают всенародной поддержки.

Из здоровья отдельных микросоциальных групп, из здоровья населения отдельных регионов страны складывается психическое здоровье всей нации как основы безопасности будущего процветания России.

Психогенное влияние социально-психологических вредностей занимает центральное место в сложной «цепочке» преобразо-

вания здоровой, гармоничной личности в уклоняющуюся, аномальную структуру, проявляющуюся вовне сложной гаммой пограничной нервно-психической патологии. Для отечественных психологов и психиатров всё отчетливей становится роль социальных условий в распространении психических заболеваний. Психическое здоровье населения зависит от структуры и содержания микросоциальной и макросоциальной среды.

При изучении психического здоровья населения восточного региона России в основу положен экологический базис, позволяющий с позиций системного анализа рассмотреть климато-географические, производственные и конституционально-биологические параметры, имеющие различия в зависимости от рассматриваемой группы лиц (коренные жители, пришлое население, мигранты, отдельные профессиональные когорты, безработные и т.д.).

Доктрина превентивной психиатрии очертила границы, объем, структуру и перспективы развития, что связано с отсутствием единой теории здоровья, методик целостной оценки факторов риска и факторов благополучия, комплексных технологий массовых обследований населения, реадaptации, реабилитации и предупреждения личностной патологии.

Вопросы охраны и укрепления психического здоровья населения России, решаемые с позиций раннего выявления и предупреждения основных нервно-психических расстройств, являются на современном этапе развития общества основополагающими для научной медицины и практического здравоохранения. Продолжающийся в отечественной психиатрической науке переход от традиционно приоритетных направлений научных исследований в области «большой» психиатрии в область пограничной социально ориентированной патологии привел к необходимости разработки новых научно-методологических подходов к решению целого ряда проблем. Это и проблема оценки уровня психического здоровья населения, и переустройство существующих служб психиатрического сервиса, и создание новых организационных форм

специализированной помощи больным пограничными состояниями. Решение этих и других проблем в современных социально-экономических условиях должно основываться, прежде всего, на анализе количественных данных показателей психического здоровья населения и оценке их динамики в ходе постоянного мониторинга.

Мониторинг психического здоровья населения предусматривает широкое межведомственное сотрудничество: работников сферы образования, службы соцобеспечения, здравоохранения и правоохранительных структур. Важность межведомственных интегративных усилий в разработке и внедрении новых технологий состоит в том, что сотрудничество специалистов различных ведомств, активное взаимодействие всех лиц, ответственных за социальные аспекты здоровья различных социальных групп населения – это единственно эффективный способ создания необходимых для здоровья предпосылок и условий. Включение мониторинга состояния психического здоровья населения в деятельность служб психиатрического сервиса создает ряд принципиально новых направлений развития и усовершенствования психиатрической службы и намечает конкретные пути решения возникающих проблем.

Стратегия и тактика формирования комплексных программ охраны и укрепления психического здоровья различных популяций должны предусматривать специфику «местных» условий, их изменчивость под влиянием социально-экономических, демографических, социокультурных факторов.

Этим целям в определенной степени служит особый вид изданий, выходящих под названием «Атлас...». Цель публикации «Атласа психического здоровья населения Кемеровской области» заключается не только в констатации фактов, но главным образом, в том, что определение величины проблемы должно способствовать коренному реформированию профилактических и реабилитационных программ охраны психического здоровья населения данного региона.

Авторами представлены анализируемые показатели в разрезе субъектов — районов области, что дает возможность отметить особенности патологии в каждом конкретном случае, а также предоставляет возможность оценить психическое здоровье населения Кемеровской области в связи с её особыми социально-демографическими характеристиками.

Глава 1

ИСТОРИЧЕСКИЕ, КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

1.1. Климатогеографические и социально-экономические характеристики Кемеровской области

Первым опорным пунктом русских первопроходцев на территории Кузбасса стал Кузнецкий острог (1618 г.). В 1721 г. рудознатец Михайло Волков открыл в районе современного Кемерова (на месте которого когда-то была деревня, уходящая своей почти трехсотлетней «биографией» в историю освоения Сибири) первое месторождение угля. Однако первый угольный рудник был открыт только через два века — в 1907 г. Разработкой кузнецкого угля занимался уральский промышленник А.Н.Демидов. Позже Колыванско-Воскресенские заводы Демидова с прилегающими к ним недрами перешли в собственность Императорской фамилии. С этого времени большая часть Кузбасса, вошедшая в Алтайский горный округ, находилась в ведении Кабинета его Императорского величества. С началом советской индустриализации в 1929 г. появился поселок Сад-город — будущий Новокузнецк, где в 1930-е гг. был построен Кузнецкий металлургический комбинат.



Примечание: В данном разделе представлены сведения по материалам Интернет-сайтов: www.ru.wikipedia.org; www.moigodod.ru/kemeraskobl/; www.minre.ru; www.gion.ru>Сибирский>Kemerov; traditio.ru>viki/Кемеровская область.

В военное время для нужд авиастроения был создан Новокузнецкий алюминиевый завод, а в 1960-е гг. — Западно-Сибирский металлургический комбинат. В начале XX в. начинаются интенсивные работы по созданию угольных и металлургических предприятий. За советское время были введены в строй многочисленные шахты и угольные разрезы, в том числе крупнейшая шахта России — «Распадская».

В 1943 г. Президиум Верховного Совета СССР принял решение о выделении из Новосибирской области Кузбасса и о создании на его территории Кемеровской области (7 июня 2002 г. принят герб Кемеровской области).



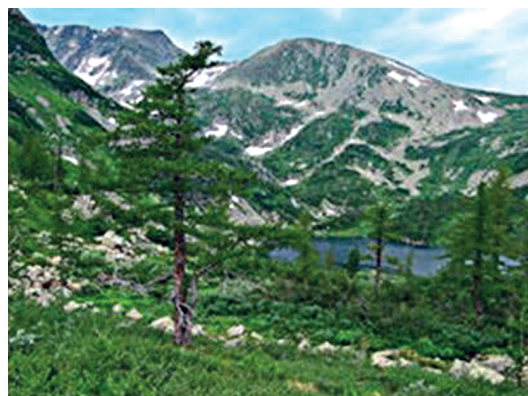
Современная Кемеровская область — одна из самых индустриальных, на нее приходится 56 % российской добычи каменных углей, около 80 % коксующихся углей, более 13 % производства чугуна и стали, 23 % стального проката, более 11 % алюминия и 19 % кокса.

Кемеровская область входит в состав Сибирского федерального округа. Граничит с Новосибирской и Томской областями, Алтайским и Красноярским краями, республиками Алтай и Хакасия. Её площадь составляет 95,5 тысяч км². Население — 2821,6 тысяч чел., плотность населения — 29,5 чел/км², удельный вес городского населения — 84,9 % (2010 г.). Административный центр области — город Кемерово с населением 520,6 тысяч человек (2010). Крупнейший город области — Новокузнецк. В Кемеровской области 20 городов, 19 районов. Население 567,7 тысяч человек (2010). Большинство населения проживает в городах.

Область расположена на юго-востоке Западной Сибири, занимая отроги Алтая — Саянской горной страны. Протяженность области с севера на юг почти 500 км, с запада на восток — 300 км. По рельефу территория области делится на равнинную (северная часть), предгорные и горные районы. Большую часть области занимает Кузнецкая котловина, на западе Салаирский



кряж, на востоке Кузнецкий Алатау, на юге Горная Шория. Наиболее крупные реки — Томь, Кия, Иня, Яя. Озёр в области немного, в основном они расположены в горах и долинах рек. Самым уникальным по своему характеру является озеро Берчикуль.



Климат Кемеровской области континентальный: зима холодная и продолжительная, лето тёплое, но короткое. Средние температуры января — $-17-20^{\circ}\text{C}$, июля — $+17+18^{\circ}\text{C}$. Среднегодовое количество осадков колеблется от 300 мм на равнинах и в предгорной части до 1000 мм и более в горных районах. Продолжительность безморозного периода длится от 100 дней на севере области до 120 дней на юге Кузнецкой котловины.

Растительность весьма многообразна. На горных вершинах встречаются растения тундры и альпийских лугов, среднегорье и низкогорье — пихтово-осиновые леса с реликтовыми растениями. Предгорья и межгорные котловины заняты растительностью степей и лесостепей. Островками встречаются сосновые боры, а в Горной Шории и в бассейне реки Кондомы находится реликтовая роща сибирской липы. На территории области расположены заповедник «Кузнецкий Алатау» и Шорский национальный парк.

Кемеровская область — самая густонаселённая часть Сибири. Русские составляют более 90 % населения. Коренное население — томские татары, шорцы и телеуты сохранили свои культурные традиции. Одним из самых многочисленных этносов счи-



таются шорцы. Шорцы — тюркоязычный народ, проживающий на юге Кемеровской области в горно-таежной местности, получившей в начале XX в. название Горная Шория. В конце XIX в. — начале XX в. шорцы представляли собой две этнографические



группы, которые различались уровнем социально-экономического развития, особенностями хозяйства и материальной культуры. К приходу русских в верховья Томи процессы межэтнической интеграции различных по происхождению групп местного населения были в основном завершены. Важнейшую роль в формировании единого самосознания и основ общешорской культуры сыграло создание письменности и всеобщее распространение грамотности с середины 1920-х гг. Однако дальнейшее интенсивное освоение природных богатств Горной Шории, стремительная урбанизация, процессы ассимиляции привели к падению доли шорцев в общей численности населения.

Вторым тюркоязычным некогда многочисленным народом Кузбасса являются телеуты, среди которых наиболее самобытной в этническом отношении является группа бачатских телеутов, названная так по месту основного проживания в Кемеровской области (реки Большой и Малый Бачаты) и сохранившая свои самоназвание, язык и ряд этноспецифических элементов традиционной-бытовой культуры (Функ Д.А., 1993). В начале XVII в. телеуты составляли раннефеодальное объединение — «Телеутскую зем-

лицу». Телеуты говорят на одном из южных диалектов алтайского языка. Традиционной религией телеутов является шаманизм, однако в последние десятилетия значительный пласт религиозных представлений этого народа связан с православием. Как и во многих других малочисленных этносах, у телеутов



отчетливо заметна трансформация традиционной культуры с рядом негативных последствий: утрата богатого телеутского фольклора, культуры, религии, забвение родного языка (Функ Д.А., 1997). Несмотря на традиционно высокую рождаемость, отмечается снижение численности телеутского населения. Сокращение популяции бачатских телеутов происходит в основном за счет их высокой смертности, которая превышает смертность остального населения Беловского района в 1,28 раза (Евдокимова Т.Е., 2004).

Татарское население Кемеровской области — потомки поволжских (казанских, башкирских татар и мишарей) — проживают в основном в городах. Заселяли они территорию Кузбасса в три этапа. Первый из них связан со столыпинской реформой (1907-1910 гг.), второй — с массовым бегством от голода в Поволжье и коллективизацией в 1920-х гг., третий — с переездом татар на стройки коммунизма в 1930-60 гг. Этнокультурные контакты поддерживаются в пределах отдельных кровно-родственных или земляческих городских групп. Обособленно существуют и группы сельских татар (села Нижегородка, Теплая Речка, Серебряково, Тундинка и др.).

По переписи населения 2002 г. татары составляют 1,7 % от всего населения Кемеровской области. Доля всех малочисленных народов на территории Кемеровской области составляет 2,63. Остальные национальности представлены в таблице 1.

За 20 последних лет Кемеровская область потеряла почти 9 % населения (280 тысяч человек). В таблице 2 представлена

Таблица 1

**Национальный состав населения Кемеровской области
(по переписи 2002 г.)**

	тысяч	%
Все население	2900,2	100,0
Русские	2665,9	91,92
Татары	51,0	1,76
Украинцы	37,7	1,3
Немцы	36,0	1,24
Чуваши	15,4	0,53
Белорусы	10,7	0,37
Мордва	7,3	0,25

Таблица 2

**Динамика численности населения Кемеровской области
(1989–2010 гг.)**

Территории	Население (тысяч человек)		
	1989 г.	2003 г.	2010 г.
Кемеровская область	3171,1	2899,1	2820,6
Городское население	2768,9	2512,9	2395,4
Сельское население	402,2	386,2	425,2
г. Новокузнецк	599,9	549,9	563,5
г. Кемерово	520,3	484,8	521,2
г. Прокопьевск	273,8	224,6	211,0
г. Ленинск-Кузнецкий	165,5	112,3	104,5
г. Киселёвск	128,1	106,3	103,9
г. Междуреченск	107,0	102,0	103,9
г. Юрга	93,2	85,6	83,8
г. Анжеро-Судженск	108,0	86,5	82,6
г. Белово	93,1	82,4	74,0
г. Осинники	62,7	51,1	46,9
г. Берёзовский	51,3	48,3	49,6
г. Мыски	46,0	44,4	42,4
г. Мариинск	41,0	43,0	41,6
г. Топки	33,6	31,0	30,6
г. Полысаево	...	28,2	28,0
г. Гурьевск	28,2	27,4	25,4
г. Тайга	26,2	24,7	25,0
г. Калтан	25,4	26,0	24,8
г. Таштагол	26,3	23,4	23,1
г. Салаир	11,5	9,5	9,0

численность населения Кемеровской области и ее отдельных административных единиц.

Возрастная структура населения Кемеровской области близка к средней по стране, однако выделяется по Сибирскому федеральному округу более высокой долей населения пожилого возраста (20,4 % — Кемеровская область, 19,1 % — СФО). Среди регионов Сибирского ФО Кемеровская область занимает 10-е место по ожидаемой продолжительности жизни. Для мужчин в 2008 г. она составляла 58 лет (в целом по стране — 62 года). Среди причин низкой продолжительности жизни мужчин имеет место низкая безопасность и охрана труда в угольной отрасли. Так, с 2000 по 2010 г. произошло 30 аварий, повлекших гибель шахтеров, а общее число погибших составило 400 человек. Общий коэффициент смертности в области превышает общероссийский показатель на 10-15 % из-за высокой смертности в трудоспособных возрастах.

Кемеровская область имеет два угольных бассейна (Кузнецкий каменноугольный бассейн и часть Канско-Ачинского бурого угольного бассейна). В год в среднем добывается свыше 180 млн тонн каменного угля. Металлургия представлена цветной (Ново-

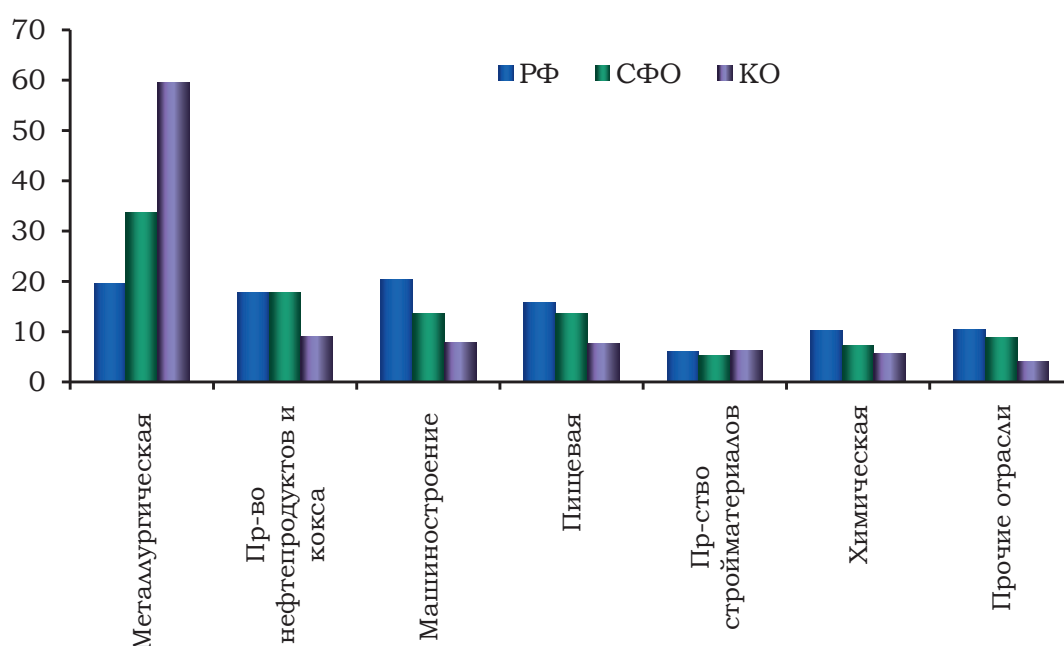


Рис. 1. Отраслевая структура обрабатывающей промышленности

кузнецкий алюминиевый завод) и чёрной (заводы в Новокузнецке, Гурьевске, Юрге); ресурсная база — Темиртауское, Шерегешское Казское и Таштогальское месторождения.

Треть промышленного производства области сконцентрирована в Новокузнецке. Доля областного центра — Кемерово намного меньше (14 %). Третье место занимает угольная столица Кузбасса — Междуреченск, где расположены крупнейшая в стране шахта «Распадская» и 5 углеобогачительных фабрик.

Предприятия сельского хозяйства расположены на территории всей области и недалеко от городов. Сугубо «сельские» районы — Промышленновский, Крапивинский, Чебулинский, Ижморский, Яйский и др. По территории проходит Транссиб с ответвлениями у Юрги, Тайги и Анжеро-Судженска.

Распределение занятых по отраслям экономики в 2008 г. представлено в таблице 3.

Таблица 3

Структура занятых в разных отраслях экономики

Отрасли экономики	КО	СФО	РФ
Промышленность	28,5	19,7	20,6
Сельское и лесное хозяйство	4,0	10,8	10,0
Строительство	6,6	6,9	8,0
Транспорт и связь	9,3	9,2	8,0
Социальная сфера	20,0	21,3	19,3
Торговля и другие виды услуг	31,6	32,1	34,1

Доля специалистов с высшим образованием значительно ниже средней по стране, высока доля занятых с начальным профессиональным образованием, в основном это шахтеры, составляющие около 8 % занятого населения.

Уровень среднедушевых денежных доходов населения Кемеровской области составлял в 2009 г. 79 % от средних показателей по стране (13,4 и 16,9 тысяч руб. соответственно).

Таблица 4

Уровень образования занятого населения в 2008 году

Территория	Высшее и незаконченное высшее	Среднее профессиональное	Начальное профессиональное	Среднее общее	Начальное
РФ	28,7	26,7	18,7	20,9	5,1
СФО	24,7	25,7	20,1	22,2	7,3
КО	21,0	26,3	24,0	22,0	6,7

Размер прожиточного минимума в 2009 г. составил 4,3 тысяч руб. (по Сибирскому ФО — 6,8 тысяч руб.). По наиболее высокому уровню заработной платы выделяются три города региона — шахтерская «столица» (Междуреченск), административный центр (Кемерово) и промышленный — (Новокузнецк).

Благодаря низкому прожиточному минимуму в Кемеровской области понижен и уровень бедности. В 2008 г. к малоимущим относилось только 10 % населения (по РФ — 13,1 %). В 2008 г. функционировало 12 высших учебных заведений и 38 филиалов из других регионов страны, в том числе 8 негосударственных вузов. 3 из 4 университетов Кемеровской области расположены в Кемерове: старейший Кемеровский государственный университет (создан в 1974 г. на базе педагогического института), технический университет, университет культуры и искусств. В Новокузнецке расположен Сибирский государственный индустриальный университет, созданный в 1994 г. на базе металлургического института. Показатели здравоохранения близки к среднероссийским и по обеспеченности врачами (47 и 50 на 10 тысяч населения соответственно), и по обеспеченности средним медицинским персоналом (107 на 10 тысяч населения). В целом по индексу качества жизни рейтинг региона в 2005 г. был на 11-ом месте.

1.2. Психиатрическая служба Кузбасса

История кемеровской психиатрической службы неразрывно связана с историей области и насчитывает 70 лет. Пробразом специализированной службы явились психоизоляторы, открытые в 1931 и 1932 гг. при нервном отделении окружной больницы Щегловска (Кемерово) и при 1-й городской больнице Сталинска (Новокузнецк).



Мужское отделение психиатрической больницы г. Сталинска, 1962 г.

Основной задачей данных подразделений были изоляция психически больных и по возможности — снятие возбуждения. В дальнейшем специализированное лечение проводилось в Томской окружной психиатрической больнице.



Первое психиатрическое отделение было открыто в августе-сентябре 1937 г. при Кемеровской окружной больнице. Большой вклад в развитие Кемеровской психиатрической больницы внесла первый главный врач Надежда Михайловна Ферапонтова.

В 1938 г. появилась первая психиатрическая больница в Сталинске, в 1939 г. в Кемерове. Именно с этого времени начинается история психиатрической службы в Кузбассе, когда с появлением самостоятельности активно проводится работа по организации лечебного процесса, подготовке медицинского персонала к работе с душевнобольными, созданию и реконструкции материально-технической базы. Несмотря на непригодность и малую площадь (боль-

ница располагалась в помещении бывшей тюрьмы) увеличивается количество коек, штат, расширяется арсенал терапевтических методов, вводится патронаж пациентов на дому. По воспоминанию профессора А.А. Корнилова, один из курируемых им больных первоначально отбывал наказание в тюрьме, при появлении признаков болезни бывшая камера была превращена в палату. Кроме стационара имелись небольшая лаборатория и психиатрический диспансер.

Наиболее интенсивно развитие психиатрической службы в Кемеровской области происходит в 50-е гг. (в 1952 г. в области было 100 коек, в 1955 — 500 коек, в 1957 — 770, а в 1959 — уже 1000 коек). Необходимо отметить, что в эти годы шло активное формирование стационарной психиатрической помощи, а внебольничная помощь была представлена психиатрическими кабинетами, маломощными лечебно-трудовыми мастерскими.



В 1956 г. главным врачом Кемеровской областной психиатрической больницы был назначен Моисей Аронович Мазур. С его приходом открыто первое диспансерное отделение, послужившее началом организации сети психиатрической службы области, ее децентрализация. В то же время происходит объединение всех психиатрических учреждений области в единую структуру, включающую стационарные и амбулаторные подразделения, в том числе стационар на дому, дневной стационар, лечебно-производственные мастерские. Кузбасская психиатрическая служба, формирование которой происходило в числе последних в Западно-Сибирском регионе, использовала уже имеющийся опыт других территорий, по терапии и реабилитации психически больных. К 1964 г. коечный фонд в области насчитывал 2050 коек, который был сосредоточен в 5-ти крупных промышленных центрах. Кроме того, в пяти городах области и нескольких сельских районах были

открыты психиатрические кабинеты. К 1969 г. был разработан и апробирован единый реабилитационный комплекс в Кемеровской областной психиатрической больнице. Ведущим подразделением в данной структуре становится диспансерное отделение, осуществляющее связь всей системы с населением и объединяющее все подразделения для эффективного осуществления реабилитационных программ, ответственное за конечные результаты восстановительного лечения и трудоустройство закрепленного контингента психически больных. В зависимости от необходимости использовались стационар на дому, дневной стационар, ЛПМ и стационар с различным профилем коек.

Оптимальная деятельность столь сложного комплекса с большим количеством связей и зачастую противоречивыми интересами у различных участников программ требовала пересмотра подхода к управлению. Подход этот был реформирован на основе разработок, а затем и внедрения автоматизированной системы, созданной на базе банка информации для принятия решений.

Большую роль в повышении эффективности реабилитационного процесса сыграло открытие нового здания лечебно-производственных мастерских в 1983 г. Количество мест в ЛПМ было увеличено до 200, в последующем на базе ЛПМ был открыт дневной стационар на 75 мест. Большой вклад в развитие данной службы внес Н.Т. Грибанов.



Невосполнимую утрату понесла психиатрическая служба Кузбасса в 2001 г. со смертью Геннадия Григорьевича Платонова. Доктор медицинских наук, Заслуженный врач России, главный врач областной психиатрической больницы всю свою жизнь он посвятил совершенствованию оказания медицинской помощи психически больным. Возглавив службу в 1982 году Геннадий Гри-

горьевич в период социально-экономических преобразований в стране смог не только сохранить кадровый потенциал больницы, но и способствовал развитию новых научных направлений. При нем было завершено формирование единой психиатрической службы области с развитой сетью психиатрических учреждений с полным набором внебольничных звеньев реабилитации. В данный период разработана новая форма хозяйственного механизма, основанная на внедрении экономических рычагов в деятельность психиатрических учреждений. Коренным образом изменены планирование и финансирование службы, приведена в соответствие с объемом и качеством работы система оплаты труда медицинских работников.



С 2001 г. возглавил Кемеровскую областную клиническую психиатрическую больницу и стал ведущим специалистом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области по психиатрии, доктор медицинских наук Вадим Эдуардович Новиков.

В 2003 г. В.Э. Новиков назначен главным психиатром МЗ РФ в СФО. В этот период продолжается совершенствование помощи психически больным. Создана «Клиника первого психотического эпизода», успешно функционируют отделение интенсивной терапии с палатой психореанимации, организована система психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях, сформирована психолого-психиатрическая бригада постоянной готовности. Особое внимание уделяется лицам пожилого возраста, детям и подросткам, обеспечению в полном объеме мероприятий по реабилитации больных. Восстановлена деятельность лечебно-производственных мастерских, открыты дневной стационар для подростков, детская психотерапевтическая служба, общество инвалидов «Новые возможности».

В настоящее время психиатрическую помощь в Кемеровской области возглавляет кандидат медицинских наук Вероника Альбертовна Сорокина.



Структура психиатрической службы Кемеровской области в настоящее время представлена: 1) 5 психиатрическими стационарами, включающими полный реабилитационный комплекс (психиатрический стационар, психоневрологический диспансер, дневной стационар, стационар на дому и лечебно-производственные мастерские); 2) 5 психиатрическими диспансерами, имеющими дневные стационары, стационары на дому, лечебно-производственные мастерские и несколько стационарных коек для временного пребывания больных; 3) 18 психиатрическими кабинетами при ЦРБ.

В области имеется 2405 психиатрических коек, 733 места в дневных стационарах, 400 мест в стационарах на дому, 397 мест в лечебно-трудовых мастерских и диспансерный приём на 1745 больных в сутки. Непосредственной базой организационных форм лечебно-реабилитационной работы по восстановлению социального положения психически больных является внебольнично-стационарный психиатрический реабилитационный комплекс (ВСПРК). В его состав входят диспансерные отделения (взрослое и детско-подростковое), стационар на дому, дневной и ночной стационары, многопрофильный стационар и лечебно-реабилитационные мастерские, единые для всех подразделений комплекса. Структура комплекса, набор звеньев реабилитационной цепочки, движение больных по этапам реабилитации в каждом из реабилитационных комплексов сформированы и организованы таким образом, что каждый больной при движении по этапам реабилитации получает наиболее высокий уровень «поисковой активности» в условиях оптимального осуществления реабилитационных программ на каждом этапе и полной преемственности в деятельности всех подразделений.

Кроме перечисленных подразделений, в состав территориальных комплексов входят 5 неврологических диспансеров, открытых в городах с населением 100-110 тысяч человек. В этих диспансерах сформированы внебольничные звенья реабилитационного комплекса (дневной и ночной стационары, стационар на дому, лечебно-производственные мастерские), являющиеся внебольничными психиатрическими реабилитационными комплексами (ВПРК).

Стационарная помощь больным, обслуживаемым ВПРК, осуществляется в территориальном комплексе (ВСПРТК), к которому он прикреплен. Амбулаторная психиатрическая помощь сельскому населению осуществляется психиатрическими кабинетами при районных территориальных медицинских объединениях, а ста-



Рис. 2. Структура психиатрической службы Кузбасса

ционарная помощь — в территориальных психиатрических комплексах. Обеспеченность врачами-психиатрами составляет 1,9 на 10000 населения, 57,9 % из них (1,1 на 100 тысяч населения) заняты внебольничным лечением больных психическими расстройствами. Основные структурные подразделения специализированной службы Кузбасса представлены на рисунке 2.

В Кемеровской области много лет используется компьютерное обеспечение в виде АСУ-психиатрия, что обеспечивает специалистов информацией для принятия управляющего решения, помогает в оценке деятельности подразделений, учреждений и психиатрической службы области в целом, а также способствует формированию цен на медицинские услуги, оптимизации финансовых взаиморасчетов.

Психиатрическую помощь в Кемеровской области оказывают 265 врачей-психиатров, 831 медицинская сестра. Высокий уровень подготовки специалистов практического здравоохранения, внедрение передовых форм и методов лечебно-профилактического и реабилитационного комплексов в значительной мере определены тесным сотрудничеством с научно-педагогическим коллективом кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровской государственной медицинской академии, которую в течение 33 лет возглавлял профессор А.А. Корнилов (1974–1997 гг.). Под его руководством были защищены 19 кандидатских и 1 докторская диссертации.



Глава 2

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ШИЗОФРЕНИИ НА АДМИНИСТРАТИВНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Решение многочисленных задач, стоящих в настоящее время перед исследователями в области психиатрии, в числе которых основополагающей является определение этиопатогенетических факторов психических расстройств для решения вопросов профилактики и терапии, невозможно без знания основных закономерностей распространенности данной патологии в популяции. Анализ данных 70 работ, посвященных распространенности основных психических заболеваний, в том числе шизофрении, позволяет Е.Ф. Торреу уже в 1987 г. прийти к заключению, что показатели распространенности шизофрении в разных районах мира могут значительно различаться, иногда десятикратно. Им постулируется, что при всех психических заболеваниях, в этиологии которых участвуют как генетические, так и средовые факторы, различия в распространенности значительны. Данное положение находит подтверждение в дальнейших работах как отечественных, так и зарубежных исследователей. Допуская возможные изменения с течением времени, методические проблемы изучения, широту диагностических подходов, различия действительны и сохраняются.

В ежегодном аналитическом обзоре статистических данных, проводимом Н.А. Твороговой, А.А. Чуркиным, также констатируется широкий диапазон показателей как первичной, так и общей заболеваемости по всем психическим расстройствам на административных территориях России. Сохраняется данная тенденция и для внутриобластных показателей. В Сибирском федеральном округе практически все показатели распространенности психичес-

ких заболеваний выше общероссийских. Однако региональные особенности, характерные для каждой из территорий округа, в том числе и уровень развития специализированной службы, кадровый потенциал, во многом определяют существенный разброс показателей, что определяет актуальность изучения основных закономерностей распространенности психических расстройств на отдельно взятой территории. Полученные данные будут способствовать оптимальному решению как тактических, так и стратегических задач по совершенствованию психиатрической службы и повышению качества помощи психически больным.

2.1. Первичная заболеваемость психическими расстройствами и шизофренией

Кемеровская область по первичной заболеваемости психическими расстройствами занимает срединное положение по Сибирскому федеральному округу (в 2005 г. — пятое место). Десятилетняя динамика областных показателей учтенной первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами в сравнении с аналогичными показателями Российской Федерации (РФ) и Сибирского федерального округа (СФО), представленная на рисунке 3, наглядно демонстрирует высокий уровень первичной постановки на учет в регионе, превышающий как республиканские, так и областные. В 2000 г. первичная заболеваемость по округу составляла 404,2 на 100000 населения, в Кемеровской области — 380,5, по России — 372,6. В дальнейшем для Кемеровской области характерно незначительное колебание показателей с наибольшим значением в 2006 г. (382,0 на 100 тысяч населения), наименьшим в 2002 г. (333,7), в 2009 г. данный показатель составил 342 на 100 тысяч населения.

В целом можно говорить, что незначительные колебания диапазона показателей, как их роста, так и снижения выравниваются линией тренда, свидетельствуя об относительно стабиль-

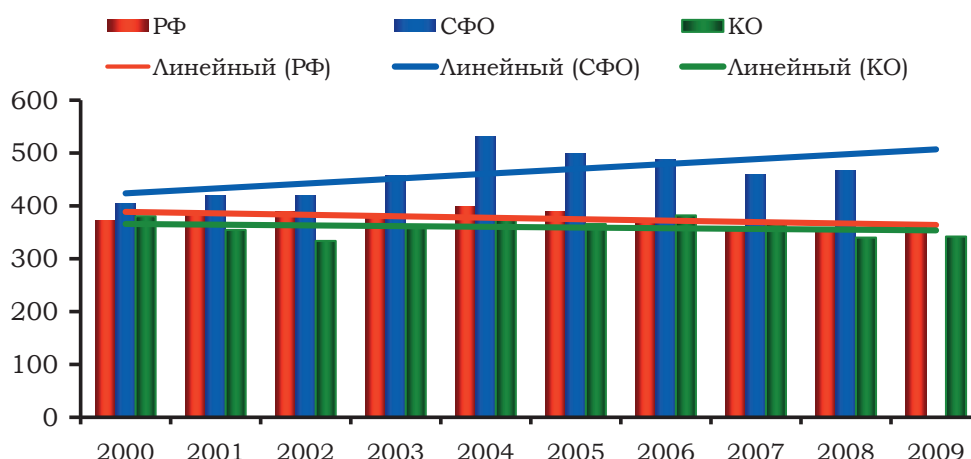


Рис. 3. Сравнительная динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами (на 100 тысяч населения)

ной ситуации по первичной заболеваемости психическими расстройствами в области. Практически аналогичная динамика отмечается и в отношении показателей по РФ.

На рисунке 3 представлена динамика доли больных, впервые обратившихся за лечебно-консультативной помощью, в общей структуре первичной заболеваемости. Рост показателей является общим для сравниваемых территорий. Однако если для показателей РФ характерно неуклонное достаточно равномерное увеличение данной группы учета — с 289,5 в 2000 г. до 303,7 в 2009 г. на 100000 населения и в среднем удельный вес представлен 77,6 и 84,7 % в соответствующие годы, то для СФО характерны более быстрые темпы роста экстенсивных и интенсивных показателей.

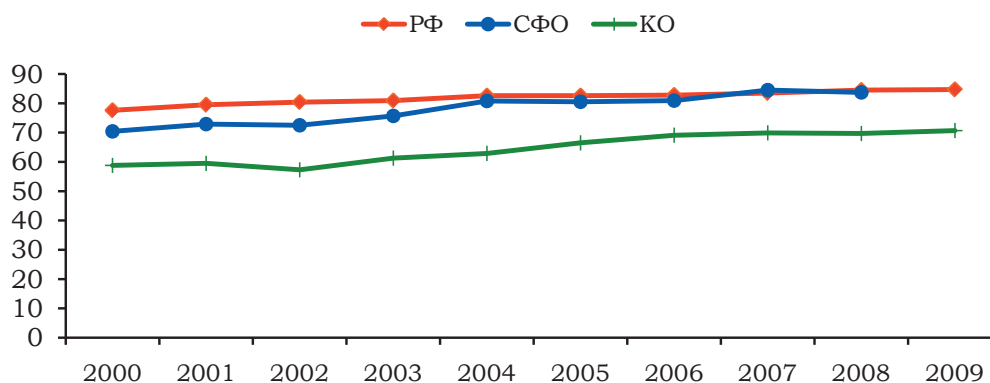


Рис. 4. Сравнительная динамика доли впервые обратившихся за консультативно-лечебной помощью в структуре всей первичной заболеваемости психическими расстройствами (в %)

В 2000 г. в СФО впервые обратились за лечебно-консультативной помощью 284,8, в 2008 г. — 391,65 на 100000 населения, опережая к этому времени республиканские показатели, удельный вес данной группы учета вырос с 70,4 до 83,4 % в эти годы.

Показатели первичной заболеваемости консультативного учета по Кемеровской области оказались существенно ниже и республиканских и окружных. За десятилетний период произошло

КАРТОГРАММА 1
Показатели первичной заболеваемости
психическими расстройствами в 2009 году
(на 100 тыс. населения)



незначительное увеличение — от 223,6 в 2000 г. до 242 в 2009 г. на 100000 населения, что составило соответственно лишь 58,8 и 70,7 %.

На картограмме 1 представлены данные по первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами по районам Кемеровской области на 2009 г.

Районы Кемеровской области по уровню распространенности первичной заболеваемости психическими расстройствами условно можно разделить на 5 групп. Первая группа представлена Мариинским и Кемеровским районами (584 и 544 на 100 тысяч населения, соответственно). Вторая группа объединила Яшкинский, Чебулинский и Юргинский (430; 419 и 417 на 100 тысяч населения), третья — Яйский, Ижморский, Крапивинский, Ленинск-Кузнецкий, Беловский и Прокопьевский районы, показатели которых колеблются от 370 до 303 на 100 тысяч населения. Новокузнецкий, Междуречинский и Топкинский районы с показателями от 297 до 251 на 100 тысяч населения вошли в четвертую группу. Таштагольский, Тяжинский, Промышленновский, Тисульский, Гурьевский районы составили пятую группу, для которой характерны самые низкие показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами (190–116 на 100 тысяч населения).

На рисунке 5 отражена динамика показателей первичной заболеваемости по данным восьми специализированных служб об-

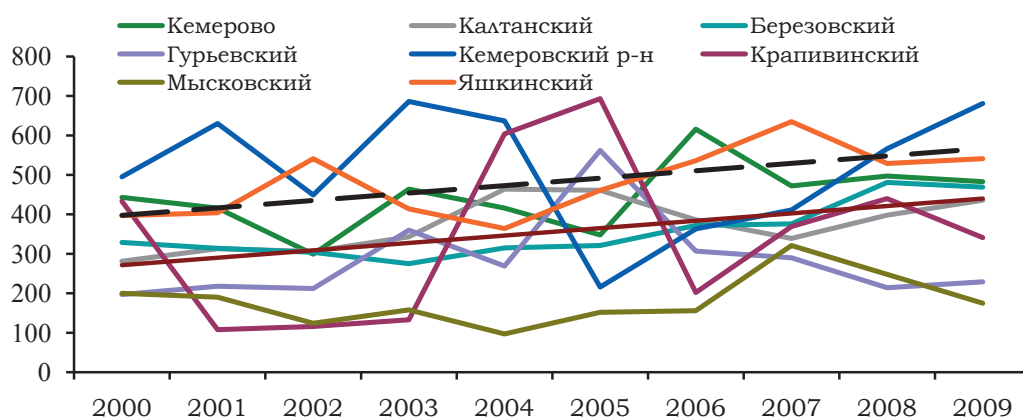


Рис. 5. Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами с тенденцией к росту (по данным диспансеров, на 100 тысяч населения)

ласти. Несмотря на широкий размах показателей, неравномерные темпы прироста, основной тенденцией для данной группы является рост первичной выявляемости психически больных, что демонстрирует линия тренда (пунктир). Также характерны различия показателей в конечных точках. Так, по Кемеровскому районному диспансеру в 2000 г. первичная заболеваемость психическими расстройствами составляла 495 в 2009 г. — 681 на 100 тысяч населения. В эти же годы по данным Мысковского диспансера соответственно 200 и 175 на 100 тысяч населения.

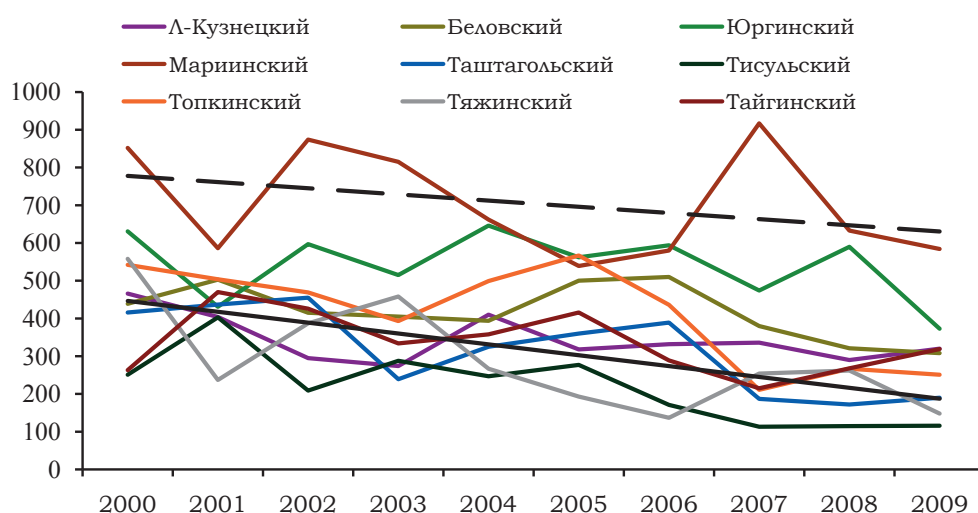


Рис. 6. Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами с тенденцией к снижению (по данным диспансеров, на 100 тысяч населения)

Для второй группы характерно снижение показателей (рис. 6), несмотря на выраженные колебания значений, как в сторону увеличения, так и снижения.

За рассматриваемый период практически двукратное снижение величин первичной заболеваемости отмечается по Топкинскому и Юргинскому диспансерам, по Тяжинскому в — 3,7 раза.

В третьей группе показатели при выравнивании остаются на относительно стабильном уровне (рис. 7).

Кривые показателей Междуреченского и Прокопьевского диспансеров выделяются наибольшей амплитудой колебаний. В 2000 г. различие величин колебалось от 134 до 306 на 100 тысяч

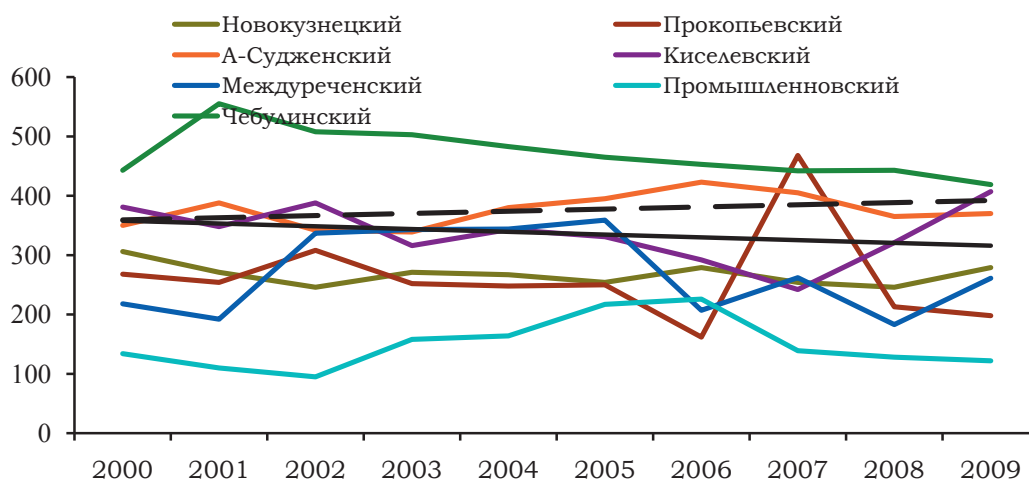


Рис. 7. Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами 3-ей группы диспансеров (на 100 тысяч населения)

населения соответственно по Промышленновскому и Новокузнецкому диспансерам. К 2009 г. данное соотношение составило 122 и 279 на 100 тысяч населения соответственно.

Несмотря на огромный опыт эпидемиологических исследований шизофрении, накопленный во всем мире к настоящему времени, по-прежнему остаются актуальными основные методологические проблемы, обозначенные еще в 60-ые годы прошлого века (Geneva: WHO). К ним относятся, во-первых, наличие индивидуальных факторов, влияющих на психические заболевания, которые не поддаются количественному учету и которые относятся к сфере ценностей. Во-вторых — мультифакториальная природа болезни, когда тесно переплетаются генетические, физиологические и психологические факторы. В-третьих — несоответствие диагностических оценок в разных школах и странах, употребление одних терминов в разных смыслах. В-четвертых — существование значительных расхождений, что считать психически анормальным в различных условиях. И в-пятых — это проблема бесконечных вариаций человеческого характера и поведения, при которых многие тяжелые расстройства не оцениваются как предмет рассмотрения психиатров.

В структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами в Кемеровской области доля шизофрении состави-

ла в нулевых точках 5,9 и 3,5 % (по Российской Федерации — 3,4 и 2,4 %, по СФО — 3,8 и 2,1 %).

За десятилетний период произошло существенное снижение показателей заболеваемости шизофренией в населении области, однако они продолжают оставаться выше, чем данные по РФ и СФО, которые к 2007 г. практически сравнялись (рис. 8).

Представленные на рисунке 9 данные по консультативному учету первичной заболеваемости шизофренией характеризуют бурный рост ее показателей для Кемеровской области и относительно стабильную ситуацию для РФ и СФО. Изначально

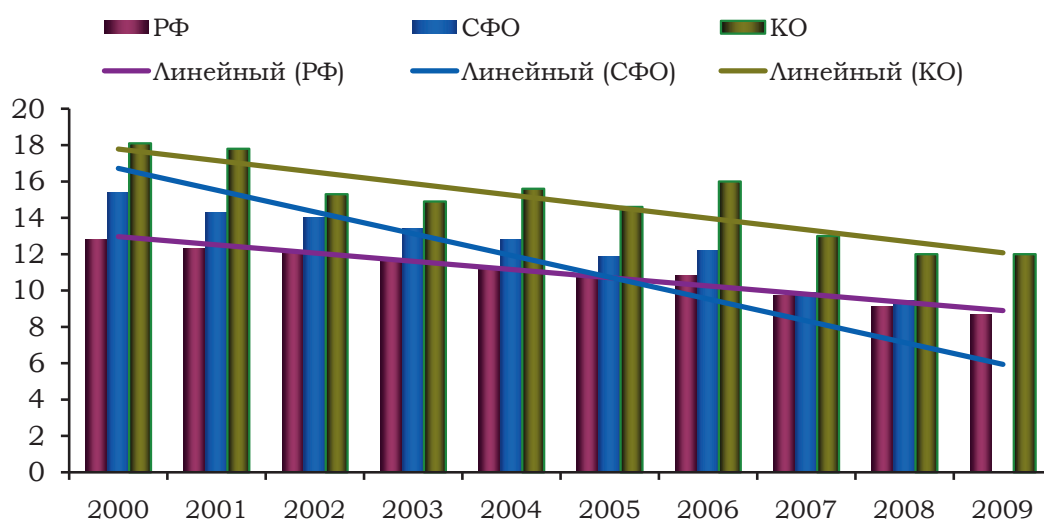


Рис. 8. Сравнительная динамика первичной заболеваемости шизофренией (на 100 тысяч населения)

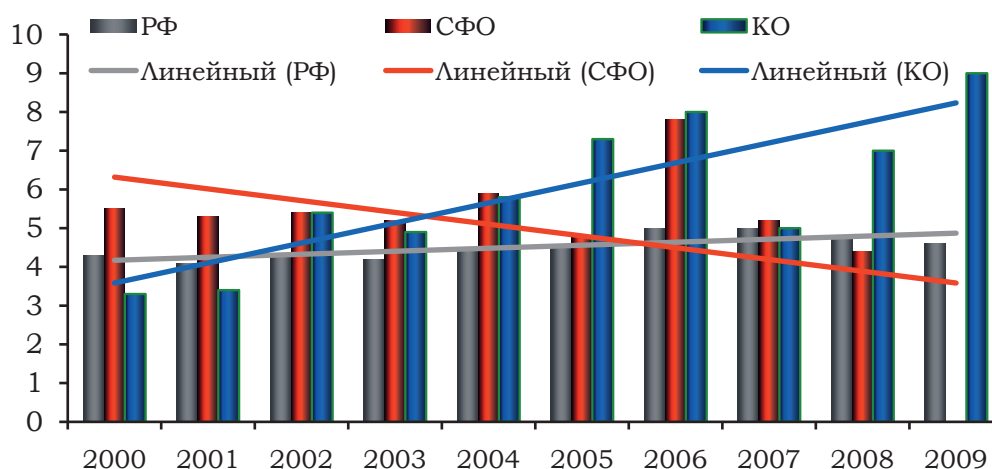


Рис. 9. Сравнительная динамика первичной заболеваемости шизофренией группы консультативного учета (на 100 тысяч населения)

низкие показатели по области (3,3 на 100 тысяч населения) в 2000 г. существенно превышают республиканские в 2009 г. (9 на 100 тысяч населения). Республиканские и окружные показатели в 2008 г. практически равны (4,3 и 4,7 — по РФ, 5,5 и 4,4 — по СФО на 100 тысяч населения в нулевых точках).

По районам области распространенность шизофрении представлена на картограмме 2. Наиболее высокие показатели отмечены по Кемеровскому, Чебулинскому и Яшкинскому (37, 24 и

КАРТОГРАММА 2
Показатели первичной заболеваемости
шизофренией в 2009 году
(на 100 тыс. населения)



22 на 100 тысяч населения соответственно) районам. Нулевые в 2009 г. зарегистрированы в Крапивинском и Тисульском районах. Остальные занимают промежуточное место, хотя и в этой группе отмечается неравномерность значений — в пределах от 9 до 19 на 100 тысяч населения в Юргинском и Топкинском районах.

Анализ 10-летней динамики показателей первичной заболеваемости шизофренией позволил выделить выдел лишь четыре территориальных учреждений области, показавших рост первичной выявляемости больных шизофренией (рис. 10).

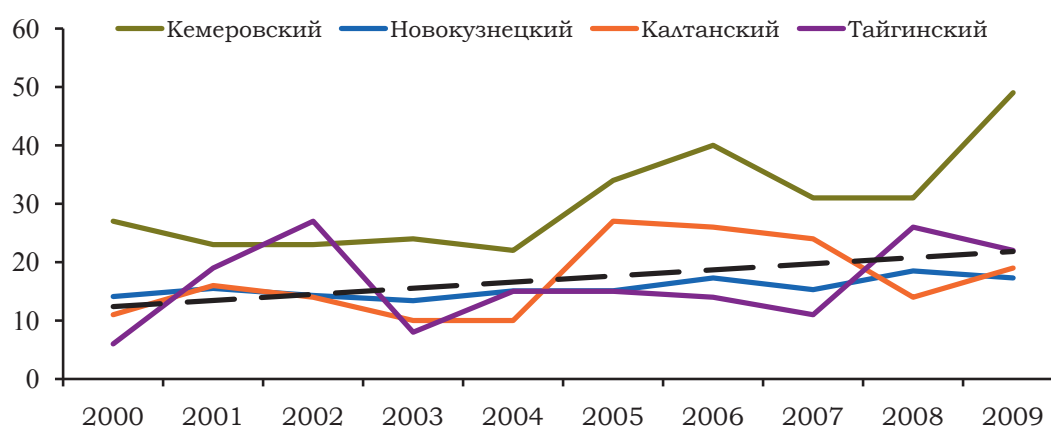


Рис. 10. Показатели первичной заболеваемости шизофренией с тенденцией к росту (по данным диспансеров, на 100 тысяч населения)

Другой характерной особенностью показателей данной группы является неравномерность темпов прироста показателей, выделяя Новокузнецкий район с относительно равномерной тенденцией. По данным Тайгинского диспансера, выявлено практически трехкратное увеличение показателей за данный период (от 6 до 22 на 100 тысяч населения). Относительно высоки и темпы прироста показателей по Кемеровскому диспансеру, несмотря на изначально самые высокие в данной группе (27 и 49 на 100 тысяч населения).

Для данных остальных диспансеров, вне зависимости от величины в точке отсчета, характерно снижение с существенными колебаниями в разные временные периоды.

2.2. Общая заболеваемость психическими расстройствами и шизофренией

Общая заболеваемость (болезненность) психическими расстройствами в Кемеровской области в течение 10 лет практически неизменной, изменение показателей несущественное с достижением максимума в 2005 г. (2932,3 на 100 тысяч населения) и последующим снижением до 2517 на 100 тысяч населения в 2009 г.. Величина показателей общей заболеваемости в области аналогична республиканским, которые лишь в последние 3 года выше областных (рис. 11). Сибирский федеральный округ, имеющий в точке отсчета самый высокий показатель (2672,2 на 100 тысяч населения), демонстрирует рост общей заболеваемости с увеличением темпов прироста с 2003 г., достигая в 2008 г. 3196,1 на 100 тысяч населения.

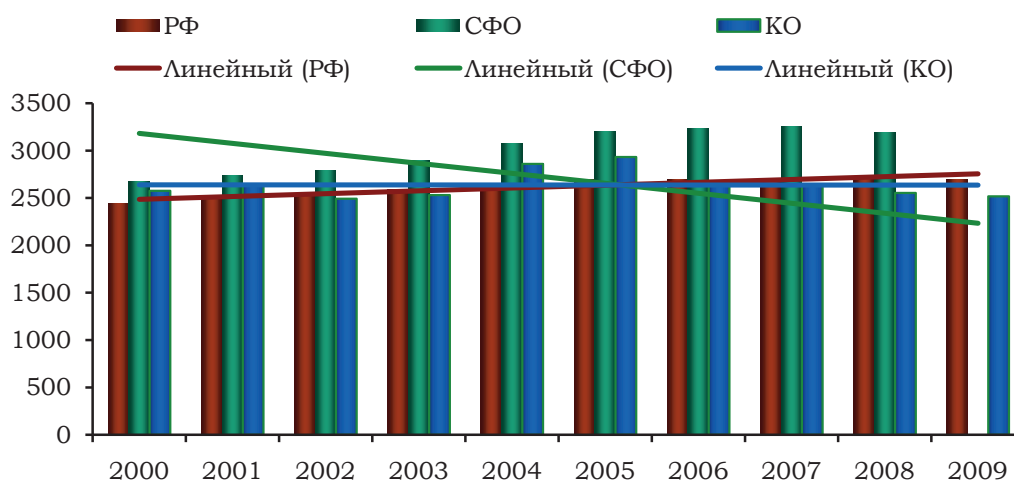


Рис. 11. Сравнительная динамика общей заболеваемости психическими расстройствами (на 100 тысяч населения)

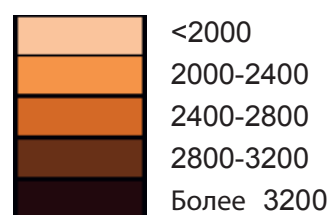
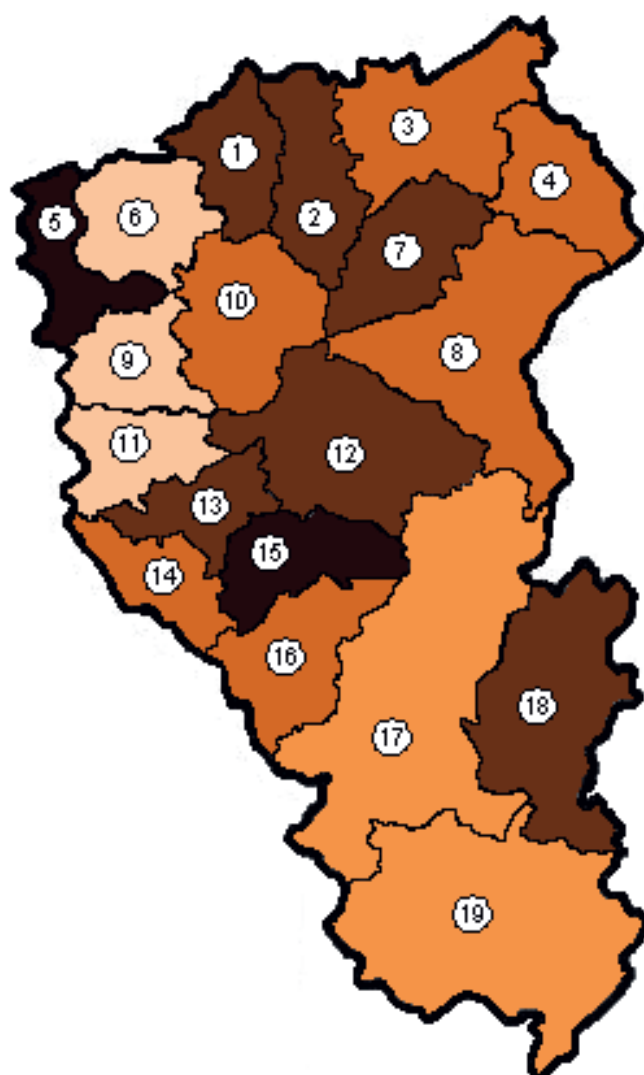
Интенсивный рост показателей общей заболеваемости психически больных, состоящих на консультативном учете, в течение 2004–2006 гг. в Кемеровской области совпадает с аналогичной ситуацией по региону. В 2005 г. данный показатель по области составил 1446,1 на 1000 тысяч населения, в последующий период наблюдаются несущественные изменения величин как в

сторону снижения, так и повышения. В 2009 г. группа консультативного учета по общей заболеваемости психическими расстройствами составила 1197 на 100 тысяч населения. По Сибирскому Федеральному округу прирост показателей консультативного учета наиболее интенсивен, к 2009 г. показатель данной группы учета составил 1823,8 на 100 тысяч населения. Равномерный рост показателей консультативного учета характерен для общероссийских показателей.

КАРТОГРАММА 3
Показатели общей заболеваемости
психическими расстройствами в 2009 году
(на 100 тыс. населения)

РАЙОНЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ:

- 1 - Яйский,
- 2 - Ижморский,
- 3 - Мариинский,
- 4 - Тяжинский,
- 5 - Юргинский,
- 6 - Яшкинский,
- 7 - Чебулинский,
- 8 - Тисульский,
- 9 - Топкинский,
- 10 - Кемеровский,
- 11 - Промышленновский,
- 12 - Крапивинский,
- 13 - Ленинск-Кузнецкий,
- 14 - Гурьевский,
- 15 - Беловский,
- 16 - Прокопьевский,
- 17 - Новокузнецкий,
- 18 - Междуреченский,
- 19 - Таштагольский.



Представленная на картограмме 3 общая заболеваемость психическими расстройствами на территории Кемеровской области демонстрирует широкий диапазон показателей — от 1628 в Яшкинском районе до 3246 на 100 тысяч населения в Юргинском. Высокие показатели состоящих на учете больных отмечаются в Беловском (3213), Чебулинском (3149), Междуреченском (3085) и Беловском (3213) районах. Низкие, не достигающие 2000 на 100 тысяч населения, — в Топкинском и Промышленновском районах.

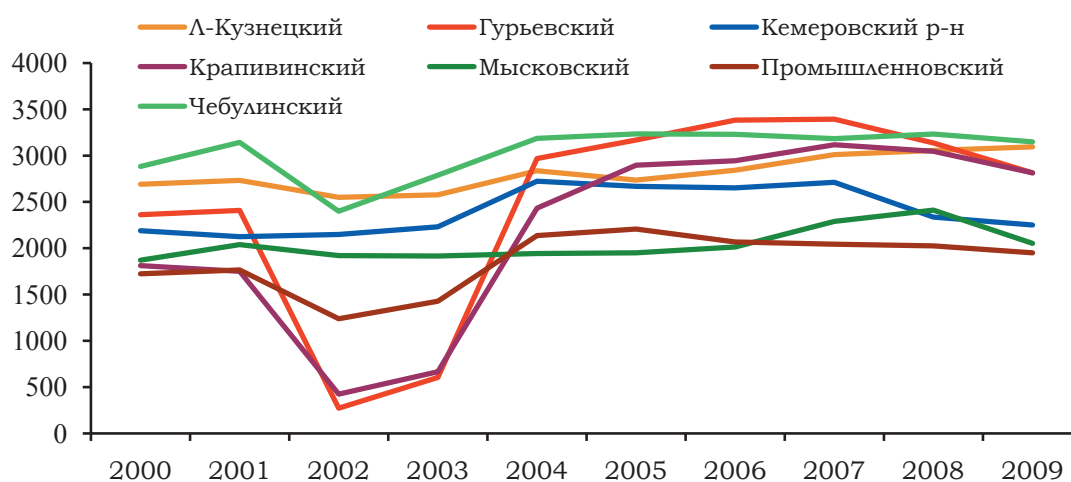


Рис. 12. Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами с тенденцией к росту (по данным диспансеров, на 100 тысяч населения)

Независимо от исходных величин по данным 7 территориальных учреждений отмечается рост общей заболеваемости в течение 10 лет (рис. 12). Темпы прироста на разных территориях различны с относительной их стабильностью с 2004 г. Наиболее существенный прирост показателей отмечен по Крапивинскому району — с 1812 в 2000 г. до 2814 на 100 тысяч населения в 2009 г.

Для 6 учреждений характерно снижение показателей общей заболеваемости (рис. 13), также при разных темпах и величинах. По данным остальных диспансеров динамики в анализируемый период не отмечено.

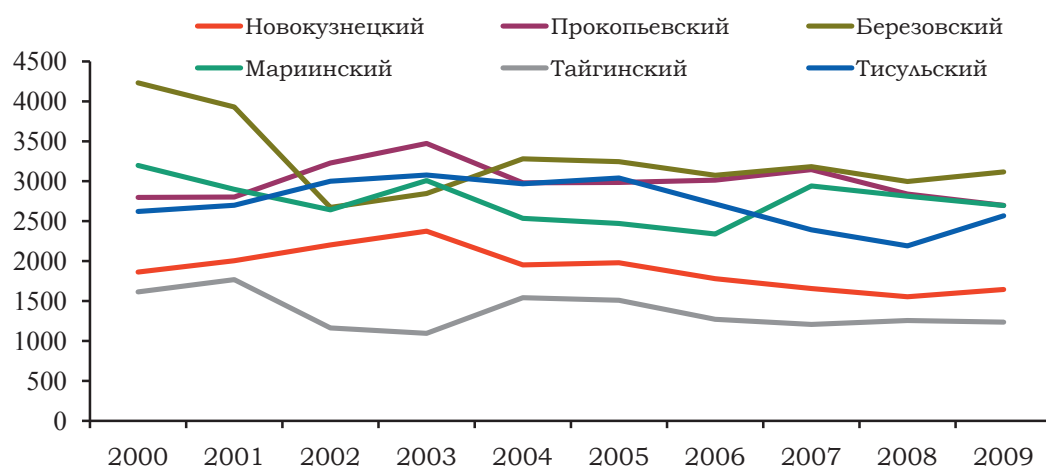


Рис. 13. Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами с тенденцией к снижению (по данным диспансеров, на 100 тысяч населения)

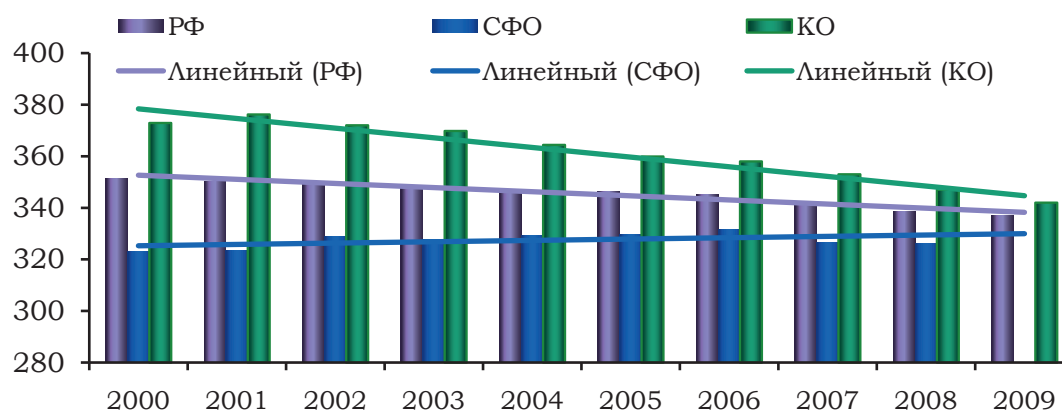


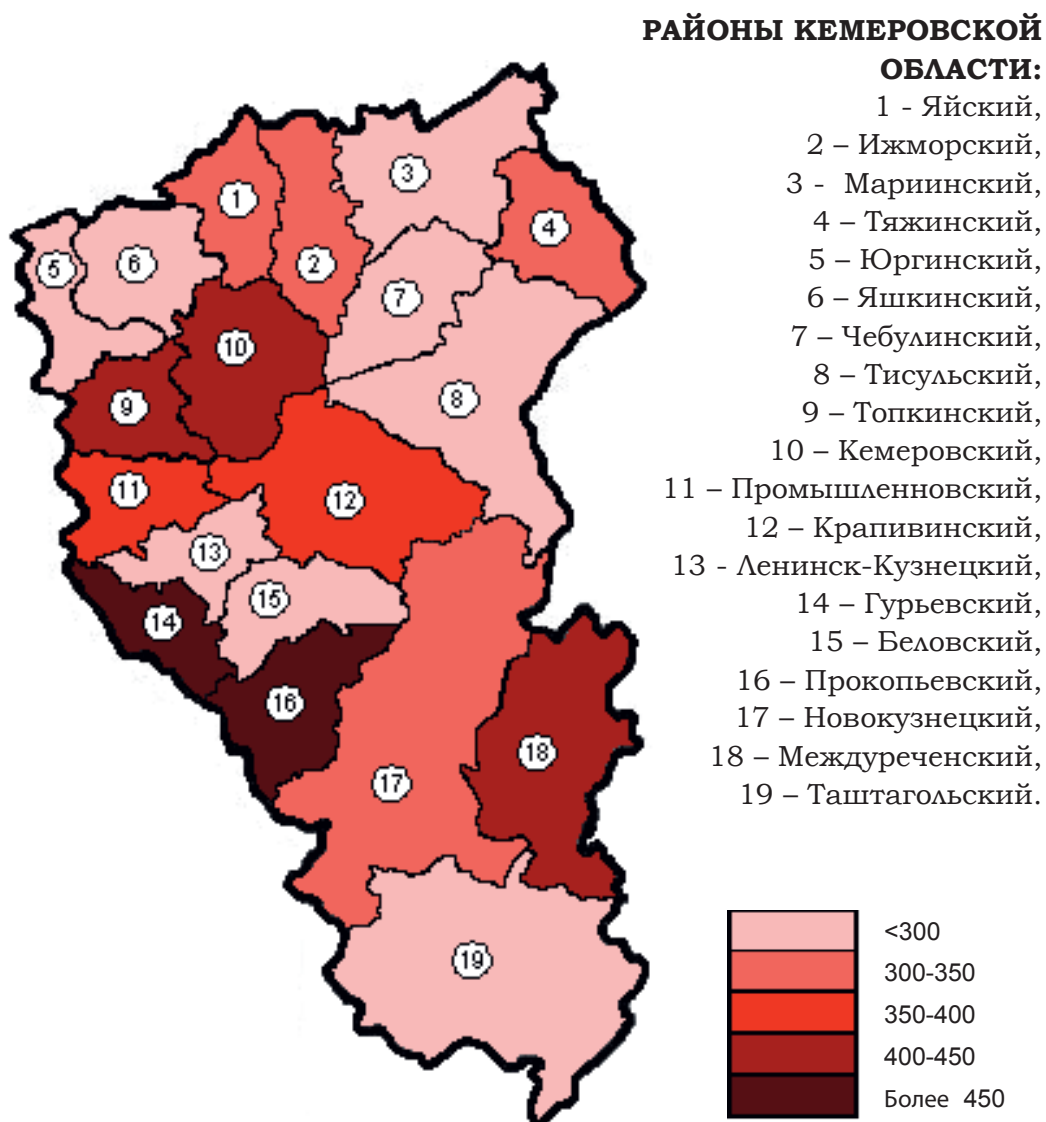
Рис. 14. Сравнительная динамика общей заболеваемости шизофренией (на 100 тысяч населения)

Сравнительная динамика показателей общей заболеваемости шизофренией (рис. 14) в Кемеровской области, СФО и РФ демонстрирует незначительное снижение общероссийских значений (351,4 и 336,0 на 100 тысяч населения в нулевых точках), практически стабильную ситуацию по округу (322,0 и 326,35 на 100 тысяч населения) и снижение по Кемеровской области (372,9 и 342 на 100 тысяч населения).

Среди районов области выделяются высокими показателями (картограмма 4) Прокопьевский (478) и Гурьевский (452) районы; низкими — Ленинск-Кузнецкий район (228 на 100 тысяч населения).

КАРТОГРАММА 4

**Показатели общей заболеваемости
шизофренией в 2009 году**
(на 100 тыс. населения)



На рисунке 15 представлена динамика показателей общей заболеваемости шизофренией по данным территориальных диспансеров. Наиболее высокие показатели зарегистрированы Кемеровским городским диспансером (491 и 539 на 100 тыс населения), низкие — Яшкинским (318 и 359 на 100 тысяч населения). Остальные диспансеры показали принципиально несущественные изменения величины общей заболеваемости.

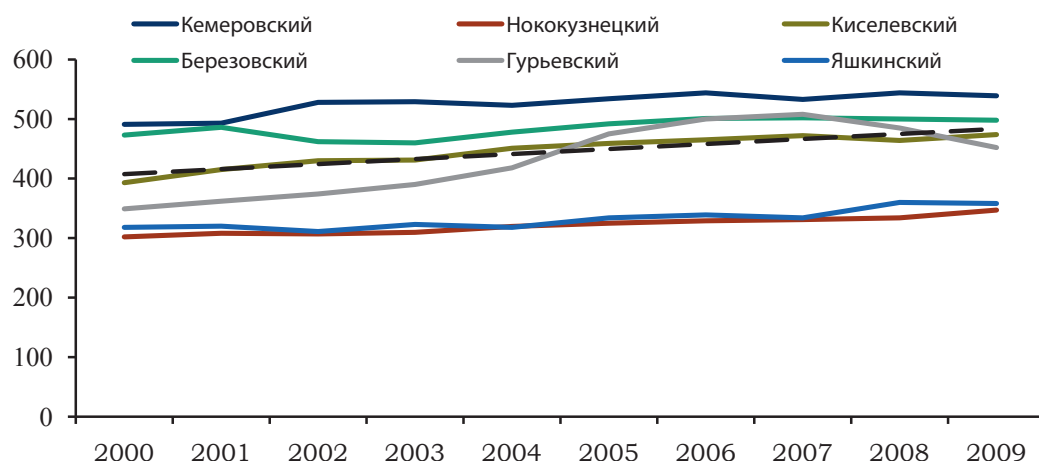


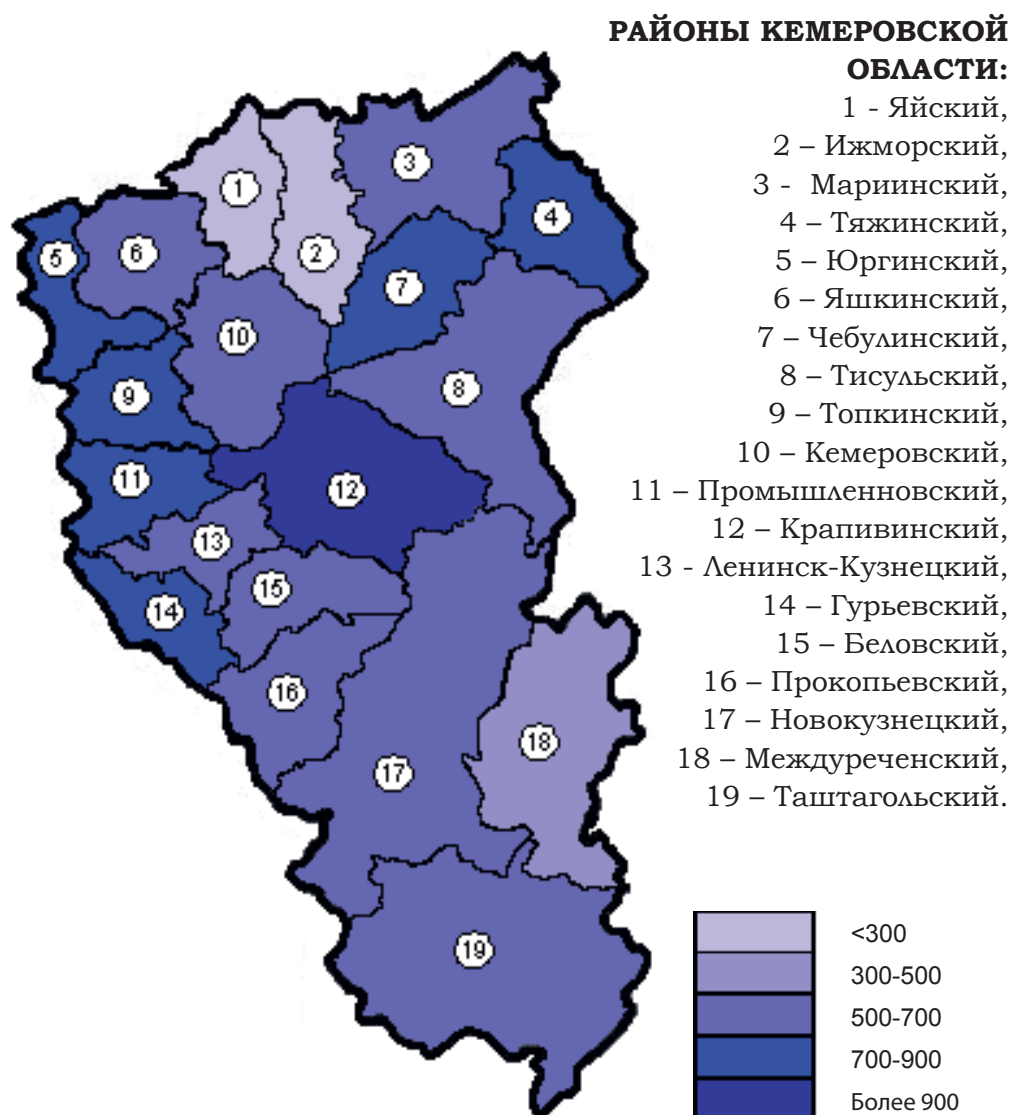
Рис. 15. Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами с тенденцией к росту (по данным диспансеров, на 100 тысяч населения)

Одним из основных показателей состояния здоровья населения (наряду с заболеваемостью, рождаемостью, смертностью) является инвалидность, представляющая сложное социально-демографическое и клинико-социальное явление. Наряду с клиническими особенностями психических заболеваний, их тяжестью, организацией специализированной службы в регионе показатели инвалидности могут варьировать в широких пределах. На карте-тограмме 5 представлена распространенность инвалидности по районам Кемеровской области. Высоким количеством состоящих на учете инвалидов по психическим заболеваниям выделяются Крапивинский (903) и Гурьевский (801) районы, низким (227) — Яйский район. В течение 10 лет отмечается рост показателей инвалидности по области с 446,5 до 584 на 100 тысяч населения, хотя данный показатель остается ниже чем по РФ и СФО. Удельный вес инвалидов работоспособного возраста колеблется в пределах от 60 до 80 % и имеет тенденцию к снижению.

Изучение распространенности основных психических заболеваний в популяции компактно проживающей группы бачатских телеутов позволило установить высокий уровень психических расстройств непсихотического характера, позднюю обращаемость к специалистам, сложности идентификации патологического процесса, некоторые клинико-динамические особенности рас-

КАРТОГРАММА 5

**Число состоящих на диспансерном учете
больных инвалидов со всеми психическими
заболеваниями в 2009 году**



стройств. В результате тотального обследования бачатских телеу- тов было установлено, что в населении отмечается высокий про- цент лиц, имеющих психические расстройства непсихотического характера, которые приводят к явлениям социальной и профес- сиональной дезадаптации.

Основной удельный вес в данной группе расстройств зани- мают нарушения в аффективной сфере (Евдокимова Т.Е., Рах- мазова Л.Д., Корнилов А.А., 2003).

Региональный подход в решении проблемы охраны психического здоровья населения становится одним из ведущих в исследованиях сибирских учёных, что позволяет оценить воздействие на организм человека многих факторов среды обитания, прогнозировать на этой основе возникновение заболеваний и тем самым способствовать сохранению и укреплению здоровья настоящих поколений, а также гарантировать здоровье будущих поколений (Балашов П.П. и др., 1998; Семке В.Я., 2003; Голдобина О.А., 2003).

В рамках данного подхода проведено исследование по изучению влияния региональных различий на психическое здоровье безработных Новокузнецка. Среди всех субъектов РФ в 2005 г. по уровню безработицы Кемеровская область находилась на 53-м месте, по уровню доходов — на 23-м. Установлено, что в Новокузнецке среди безработных существенно преобладают женщины (73,5 %). Большая часть женщин находится в возрасте 21-30 лет (29,3 %) и в возрасте 31-40 лет (24,2 %). Среди всех безработных 42 % — младше 30 лет. В Новокузнецке градообразующими отраслями является металлургия и машиностроение, испытывающие потребность в высококвалифицированных мужских рабочих специальностях, предполагающих достаточно тяжёлый физический труд. В силу этих обстоятельств малопривлекательные условия труда и отсутствие профессионального опыта делают достаточно проблематичной возможность трудоустройства для молодежи. В силу ограниченных возможностей трудоустройства требования работодателей к возрасту потенциального работника становятся более жесткими, вследствие чего происходит «накопление» безработных в старших возрастных группах. С другой стороны, с увеличением возраста происходит усиление значения биологических факторов (в том числе соматогенного и экзогенно-органического происхождения) в генезе нервно-психических расстройств непсихотического характера. Основные причины незанятости населения представлены в таблице 5.

Таблица 5

Причины незанятости в Новокузнецке

Причины незанятости	Женщины		Мужчины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Высвобожденные работники	531	16,4	154	4,7	685	21,1
Собственное желание	1084	33,5	403	12,4	1487	45,9
Выпускники школ и вузов	315	9,7	71	2,2	386	11,9
Другие причины	449	13,8	232	7,3	681	21,1
Всего	2379	73,4	860	26,6	3239	100

Основной причиной трудовой незанятости вне зависимости от половой принадлежности является увольнение по собственному желанию, что отражает особенности рынка труда в Новокузнецке. Большинство незанятых в Новокузнецке состояли на учете в Службе занятости не более 6 месяцев (81,8 %). Установлены региональные различия основных характеристик безработицы (причины, длительность), влияющих на психическое состояние лишь для группы «донозологические состояния».

В Новокузнецке длительность трудовой незанятости населения положительно коррелирует только с ухудшением отношений в семье ($r=0,33$; $p=0,006$) и социальной изоляцией ($r=0,24$; $p=0,04$). Этапы формирования донозологических расстройств в условиях вынужденной незанятости не зависят от региональной специфичности. Макроэкономические особенности региона определяют соотношение ПАС-ПДАС и преобладающий тип динамики (прогрессирующий, регрессирующий) вышеуказанных состояний: в Новокузнецке в структуре донозологических нарушений преобладают психоадаптационные состояния (64,7% и 74,8% соответственно), формирующиеся в первые 1-5 месяцев незанятости и склонные к регрессирующему типу динамики.

Представленные в данной главе материалы позволяют наглядно представить особенности распространенности психических расстройств, в том числе шизофрении в Кемеровской области, определить основные тенденции. Для области характерны более низкие показатели первичной заболеваемости по всем психическими расстройствам (в сравнении с республиканскими и региональными), по шизофрении — выше аналогичных по РФ и СФО. Для общей заболеваемости характерны высокие показатели как по всем психическим расстройствам, так и по шизофрении. Для районов области типичен широкий диапазон показателей первичной и общей заболеваемости с неравномерностью темпов увеличения или уменьшения в динамике.

Глава 3

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Эпидемиология непсихотических психических расстройств

Непсихотические психические расстройства занимают в структуре всех психических расстройств около 80%, и изучение их является одной из актуальных проблем клинической и социальной психиатрии (Александровский Ю.А., 2000; Семке В.Я., 1997-2007; Положий Б.С., 1997, 2005; Чуркин А.А., 2000, 2009). Развитие профилактического направления, разработка программ охраны психического здоровья предполагают в первую очередь углубленный анализ распространенности пограничных расстройств.

А. А. Чуркин, Н. А. Творогова (2009), проводя анализ психиатрической помощи населению России, отмечают неуклонный рост с 1999 года контингента зарегистрированных больных, а в структуре первичной заболеваемости — преобладание больных не-психотическими психическими расстройствами — 74% (2005 г.).

При сравнении показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Российской Федерации, Сибирского федерального округа и Кемеровской области в период 2000–2009 гг. отмечается стабильность показателей в Кемеровской области, равная средним по РФ, но ниже, чем в СФО.

В общей структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Кемеровской области максимальный удельный вес имеют не-психотические психические расстройства, которые составляют 51–57% (2000–2009 гг.). Анализ пер-

вичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами населения Кемеровской области показывает, что наблюдается незначительный рост этого показателя на протяжении последних 10 лет, минимальные цифры зарегистрированы в 2001–2002 гг. (172 на 100 тысяч населения), максимальные — в 2006 г. (221,0 на 100 тысяч населения), но первичная заболеваемость непсихотическими расстройствами населения Кемеровской области ниже средних показателей по РФ и СФО (рис. 16). Использование линейных характеристик (линии тренда) позволяет более четко определить тенденции роста в динамике показателей.

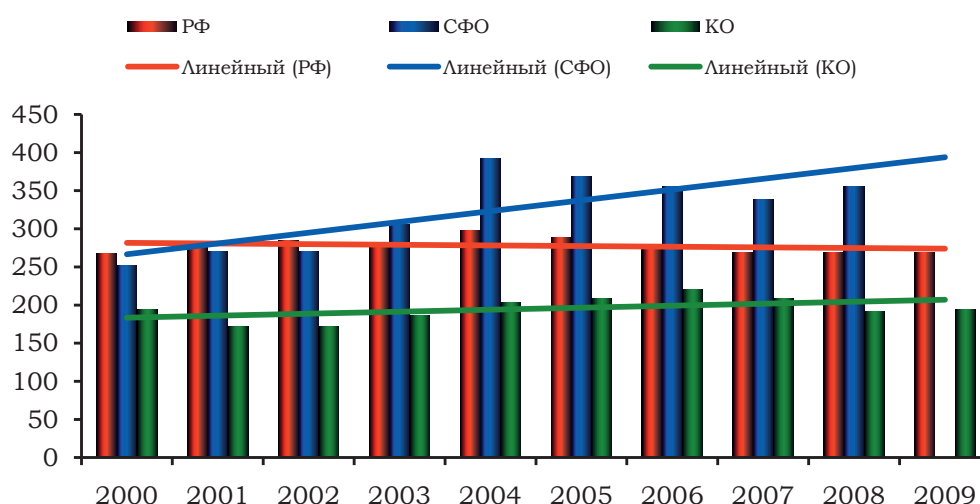


Рис. 16. Сравнительная динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч населения)

При незначительном росте первичной заболеваемости за последние 10 лет существенно меняется соотношение числа больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение и обратившихся за консультативно-лечебной помощью. Соотношение этих показателей в 2000 г. составило 1:2, в 2009 г. — 1:6. Наблюдаются снижение показателей диспансерного учета с 62,2 до 27 на 100 тысяч населения и рост показателей консультативного учета с 32,1 до 167 на 100 тысяч населения (рис. 17).

При сравнении первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами в разных возрастных груп-

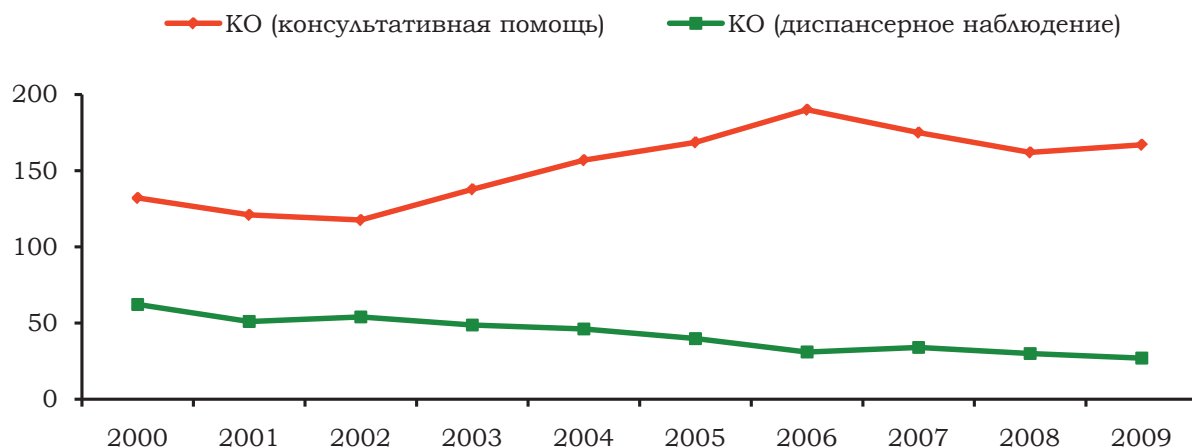


Рис. 17. Первичная заболеваемость больных психическими расстройствами непсихотического характера в группах диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи по Кемеровской области (на 100 тысяч населения)

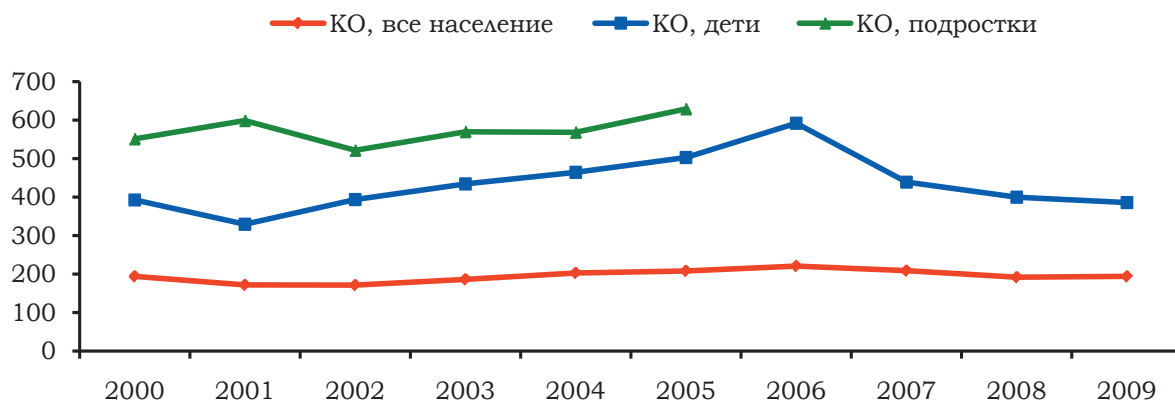


Рис. 18. Первичная заболеваемость детей, подростков и всего населения Кемеровской области психическими расстройствами непсихотического характера (на 100 тысяч соответствующего населения)

пах максимальные показатели зарегистрированы среди подросткового населения Кемеровской области, минимальные — среди всего населения, показатели детского населения занимают промежуточное положение (рис. 18).

На картограмме 6 представлена первичная заболеваемость психическими расстройствами непсихотического характера на территории Кемеровской области в 2009 г. Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами зарегистрированы в Кемеровском и Чебулинском районах (297 и 252 соответственно на 100 тысяч

КАРТОГРАММА 6
Показатели первичной заболеваемости
непсихотическими психическими
расстройствами в 2009 г.
(на 100 тысяч населения)



населения). Минимальные отмечены в Тяжинском, Тисульском, Промышленновском и Гурьевском районах (62, 34, 62 и 59 соответственно на 100 тысяч населения).

Анализ первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами в динамике за последние 10 лет по данным районных диспансеров и психиатрических кабинетов,

позволил выделить три группы: одну группу — с ростом интенсивных показателей и две — со снижением показателей.

Рост интенсивных показателей непсихотических психических расстройств наблюдается в Кемеровском, Березовском, Калтанском, Яшкинском, Анжеро-Судженском, Киселевском, Крапивинском, Тайгинском диспансерах. Величина показателей в исходных точках находится в диапазоне 150–220 на 100 тысяч населения (2000 г.), в конечных точках, в 2009 г. варьируют от 186 (Тайгинский) до 387 (Березовский) на 100 тысяч населения (рис. 19).

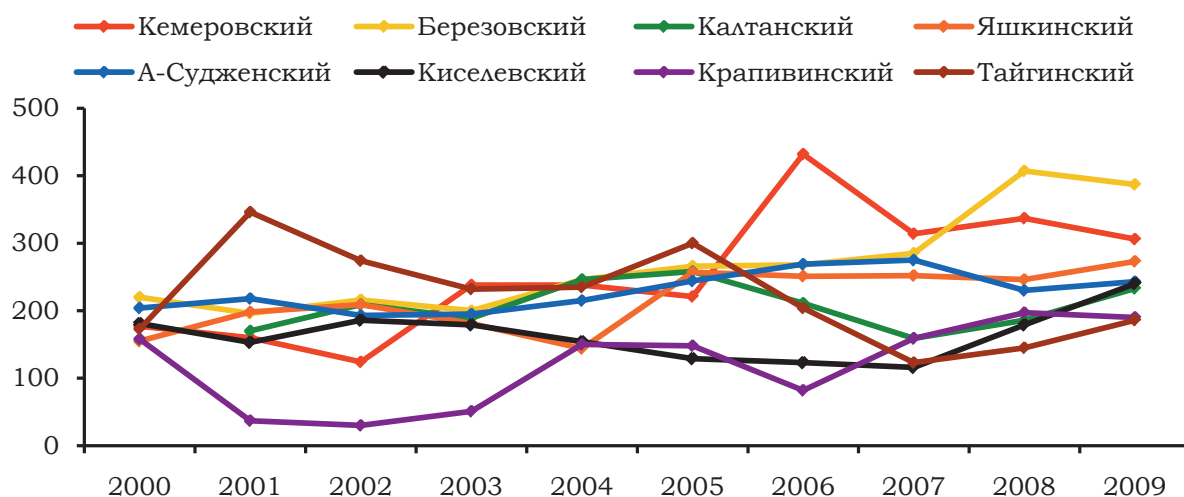


Рис. 19. Динамика первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами по первой группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

Вторая и третья группы территориальных диспансеров были объединены в зависимости от величины показателей в крайних точках, но с общей тенденцией снижения показателей. Во второй группе, представленной Гурьевским, Промышленновским, Тисульским, Тяжинский, Таштагольским, Прокопьевским, Ленинск-Кузнецким, Топкинским диспансерами и кабинетами, исходные показатели были низкими, в диапазоне от 35 (Тисульский) до 232 (Таштагольский) на 100 тысяч населения, с последующим снижением к 2009 г. до 34-133 (Тисульский и Топкинский соответственно) на 100 тысяч населения (рис. 20).

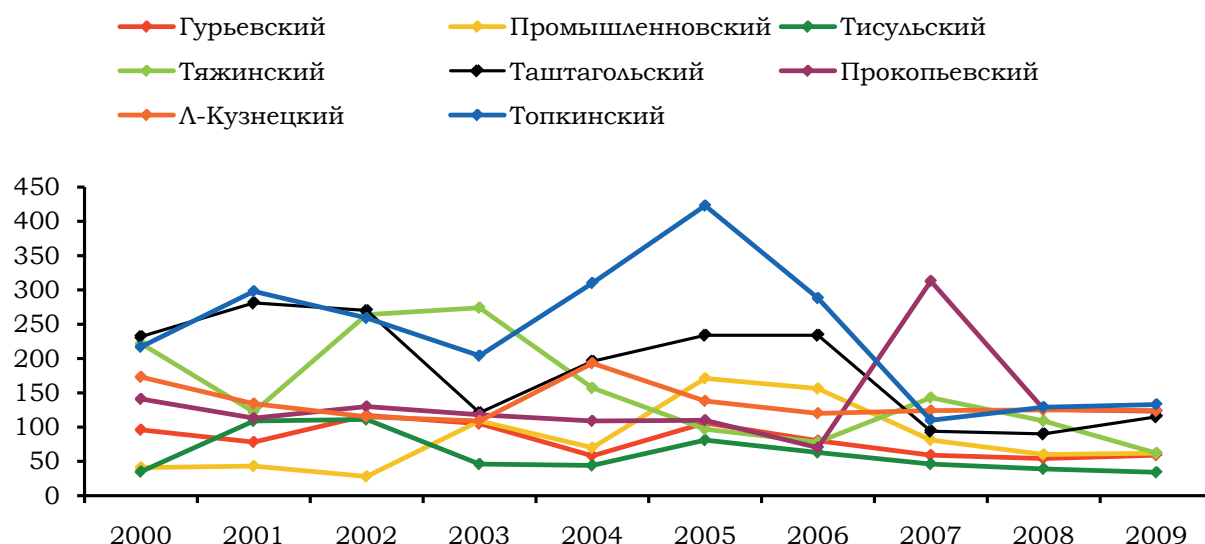


Рис. 20. Динамика первичной заболеваемости не психотическими психическими расстройствами по второй группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

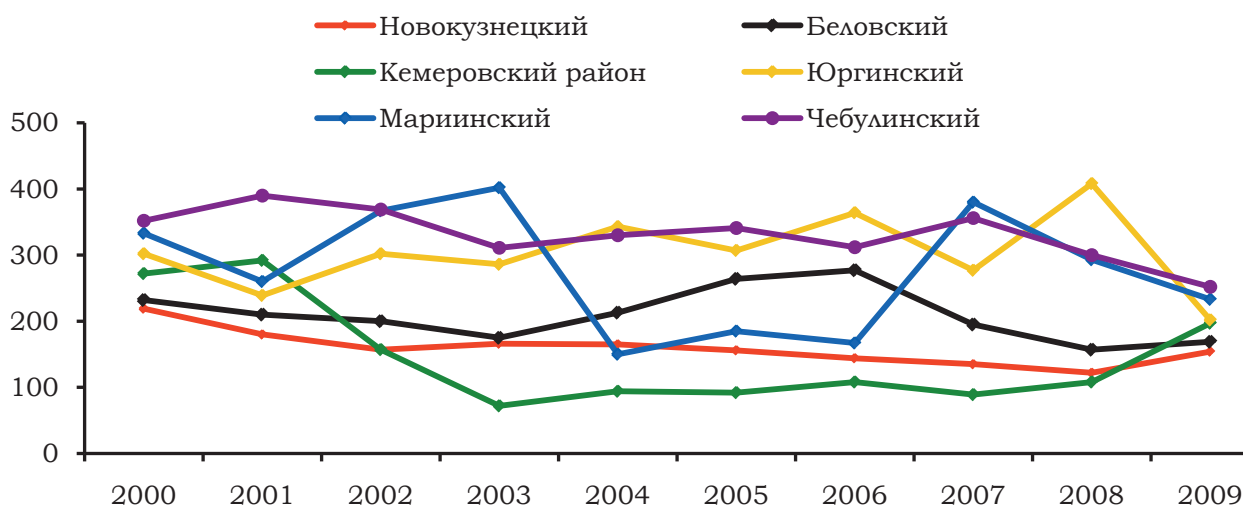


Рис. 21. Динамика первичной заболеваемости не психотическими психическими расстройствами по третьей группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

Для третьей группы характерны достаточно высокие исходные показатели в 2000 г.: от 219 до 352 (Новокузнецкий и Чебулинский соответственно) со снижением к 2009 г. до 154 (Новокузнецкий) и 252 (Чебулинский) на 100 тысяч населения (рис. 21).

Анализируя показатели общей заболеваемости психическими расстройствами не психотического характера населения Кемеровской области, можно констатировать их незначительное

снижение, по сравнению с РФ и СФО, с 1168 (2000 г.) до 1080 (2009 г.) на 100 тысяч населения, с подъемом в 2004–2005 гг. до уровня средних показателей по СФО (рис. 22).

Соотношение диспансерного и консультативного контингентов больных непсихотическими психическими расстройствами в динамике изменилось от 1:1,5 в 2000 г. до 1:2,6 в 2009 г. Эти данные отражают тенденции последнего десятилетия, а именно увеличение удельного веса групп консультативного учета в структуре общей заболеваемости, но темпы роста ниже, чем средние по РФ и СФО (рис. 23).

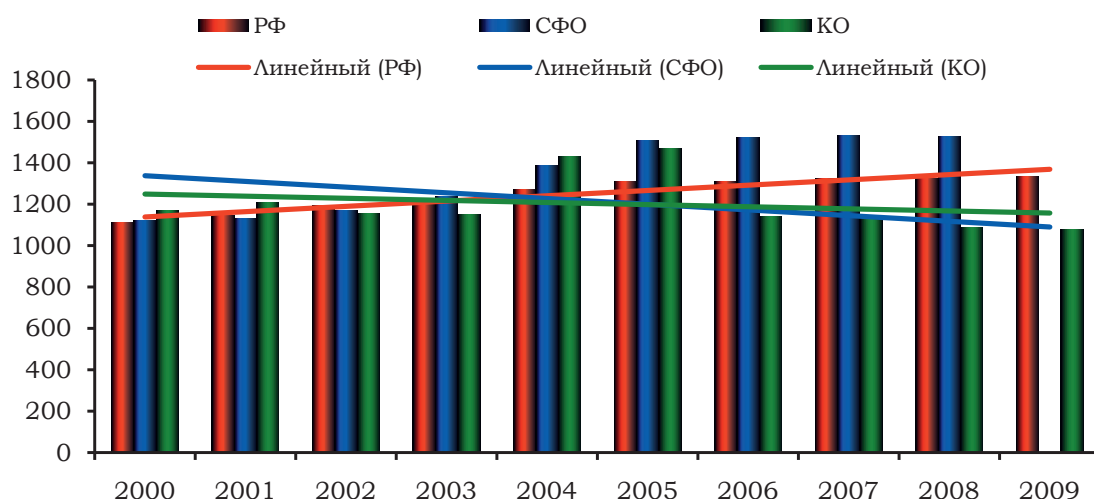


Рис. 22. Сравнительная динамика общей заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч населения)

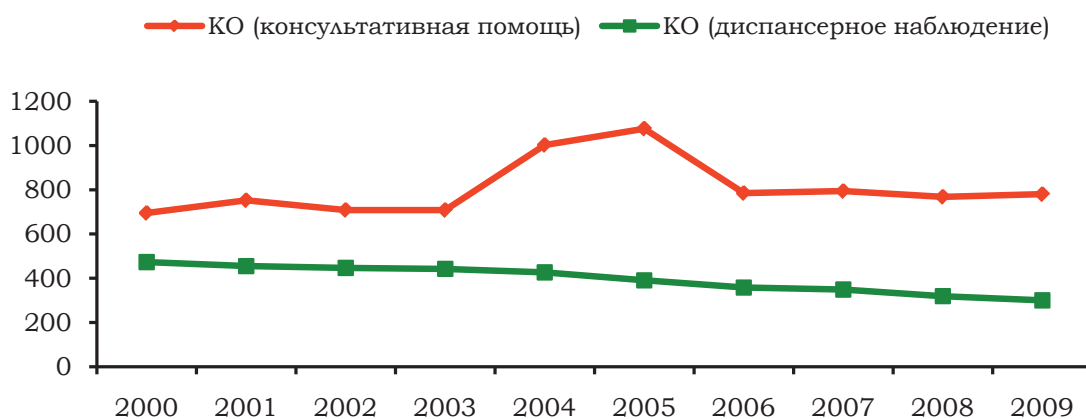


Рис. 23. Общая заболеваемость больных психическими расстройствами непсихотического характера в группах диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи по Кемеровской области (на 100 тысяч населения)

КАРТОГРАММА 7
Показатели общей заболеваемости
непсихотическими психическими
расстройствами в 2009 г.
(на 100 тысяч населения)



На картограмме 7 представлена общая заболеваемость психическими расстройствами непсихотического характера на территории Кемеровской области в 2009 г.

Наиболее высокие показатели общей заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами зарегистрированы в Юргинском, Топкинском, Беловском, Междуреченском районах

(1663, 1438, 1400 и 1691 на 100 тысяч населения соответственно). Минимальные показатели отмечены в Яшкинском и Гурьевском районах (635 и 712 соответственно на 100 тысяч населения).

Анализируя общую заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами в динамике за последние 10 лет, по данным районных диспансеров и психиатрических кабинетов, можно выделить три группы: две группы — с ростом интенсивных показателей и одну — со снижением показателей.

Тенденции роста интенсивных показателей определялись по крайним точкам сравнения в 2000 г. и 2009 г. В первую группу вошли городские и районные диспансеры с достаточно высокими показателями общей заболеваемости (более 1100) в 2009 г., стабильно высокие показатели отмечаются в Междуреченском диспансере, составляя 1554-1691 на 100 тысяч населения (рис. 24).

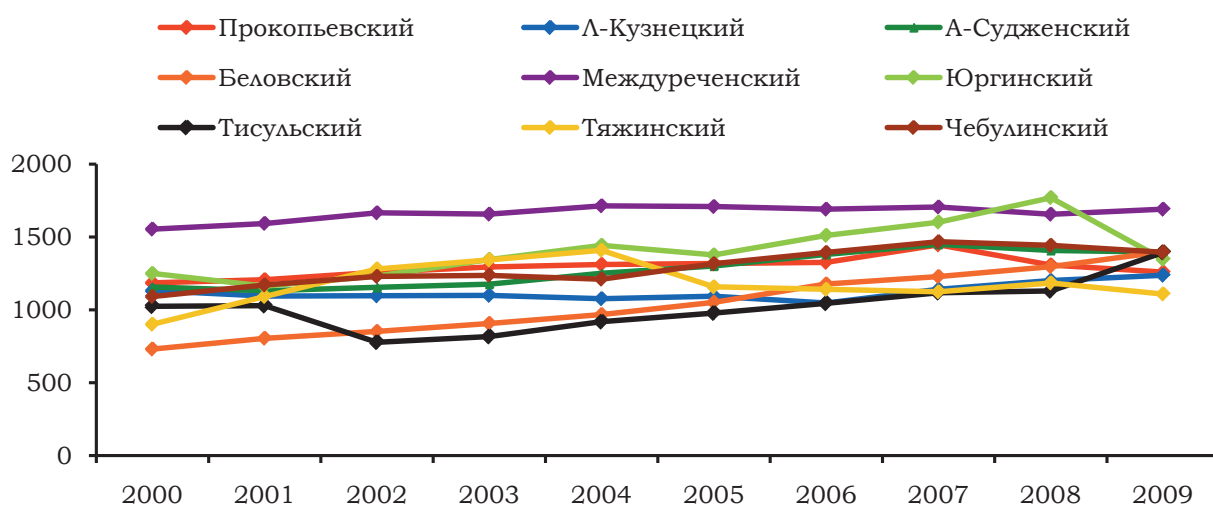


Рис. 24. Динамика общей заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами по первой группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

Вторую группу, характеризующуюся так же ростом показателей, представляют Мысковский, Промышленновский, Таштагольский, Крапивинский и Яшкинский диспансеры и кабинеты (рис. 25). Для них типичны более низкие показатели, как в исходных точках, так и в конечных точках, по сравнению с первой группой. Так, в 2009 г. показатели варьировали от 622 до 987

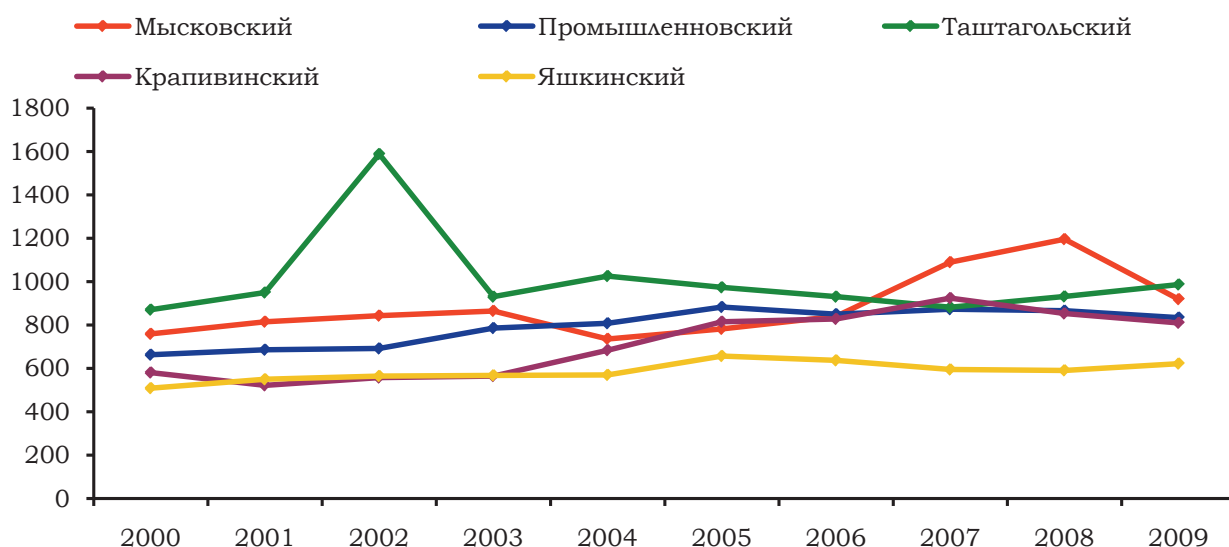


Рис. 25. Динамика общей заболеваемости не психотическими психическими расстройствами по второй группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

на 100 тысяч (соответственно Яшкинский и Таштагольский диспансеры).

В третью группу вошли 10 диспансеров с общей тенденцией снижения интенсивных показателей. Обращают на себя внимание Березовский, Топкинский и Калтанский диспансеры. В Березовском отмечается наиболее выраженное снижение показателей от 2545 до 1691 на 100 тысяч населения.

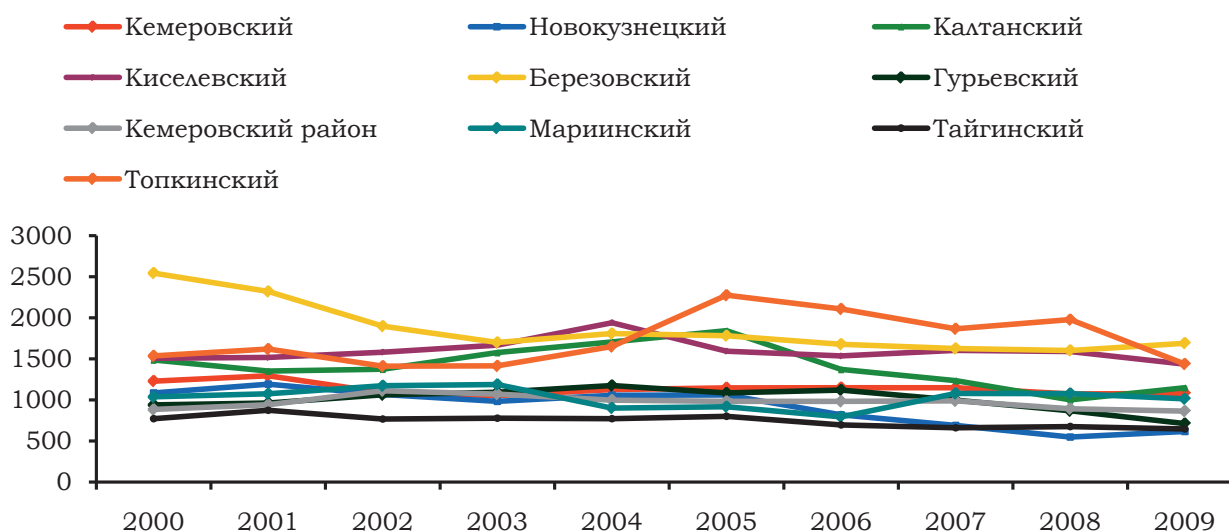


Рис. 26. Динамика общей заболеваемости не психотическими психическими расстройствами по третьей группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

В Киселевском и Топкинском диспансерах, при общей тенденции к снижению зафиксированы подъемы до максимальных цифр — 2275 (Топкинский) и 1941 (Киселевский) на 100 тысяч населения (рис. 26).

Кузбасс по запасу и качеству каменного угля является одним из крупнейших месторождений мира, в его экономике приоритетное значение имеет угледобывающая промышленность. В связи с этим одним из важнейших медико-социальных направлений является охрана психического здоровья шахтеров.

Как показали исследования А. А. Чуркина, Л. Н. Касимовой (2000 г.), при сплошном обследовании число больных психическими расстройствами непсихотического уровня намного превышает данные официальной статистики и составляет 27,3 % взрослого населения (по сравнению с 1,4 % по официальным статистическим данным).

Углубленное исследование распространенности и структуры психических расстройств у шахтеров Кемеровской области было проведено Н. П. Кокориной (1994). Анализ результатов исследования 3400 подземных горнорабочих показал, что все случаи учтенных и выявленных в процессе обследования психических расстройств были представлены психодезадаптационными состояниями и пограничными психическими расстройствами.

На каждую 1000 работающих приходилось 192,2 рабочих с установленными дезадаптационными расстройствами. Уровень распространенности собственно пограничных психических расстройств составил 167 на 1000 работающих лиц. Уровень учтенных непсихотических психических расстройств (по данным карт полицевого учета медико-санитарных частей, психоневрологических диспансеров) был значительно ниже и составил 12,1 случая на 1000 работающих. Пограничные расстройства наблюдались у 568 обследованных лиц (46,5 %). Подавляющей патологией у этого контингента были экзогенно-органические нарушения (381 человек — 67,0 %), пограничные расстройства соматогенного генеза (109 человек — 19,2 %) и психопатические нарушения (78 человек

— 13,8 %). Интерес представляла также выявленная автором закономерность, заключающаяся в механизмах формирования преобладающих в структуре невротических психических расстройств обсессивно-фобических расстройств у подземных горнорабочих.

Исследование качества жизни и психического здоровья работников угледобывающей промышленности Кемеровской области было проведено В.Э Новиковым (2009). Объектом обследования являлись работники угольных шахт гор. Белово. Средовые условия обследуемого контингента во многом определялись социально-экономическими и экологическими особенностями региона. Беловский район находится в центральной части Кузбасса, в центре угольных месторождений.

Анализ распространенности психических расстройств показал, что на 1000 работников угольной промышленности приходится 197,2 человека с выявленными психическими расстройствами пограничного уровня. При этом специфические расстройства личности составляют 5,3 на 1000 работающих, органические психические расстройства — 86,9 на 1000 работающих, невротические и аффективные расстройства — 44,5 и 60,4 на 1000 работающих соответственно.

Таким образом, анализ распространенности непсихотических психических расстройств в населении Кемеровской области показал, что в течение последних 10 лет наблюдается незначительный рост первичной заболеваемости пограничными расстройствами, не достигающий уровня средних показателей по РФ и СФО. Максимальные показатели первичной заболеваемости непсихотическими расстройствами регистрируются среди подросткового населения, минимальные показатели — в общей популяции. Динамика общей заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами носит смешанный характер; на фоне роста показателей по РФ и СФО незначительно снижаются показатели по Кемеровской области, но с подъемом в отдельные годы до уровня средних по СФО. При сплошном обследовании профессиональных когорт (шахтеров) выявлены показатели распрост-

раненности непсихотических психических расстройств, превышающие популяционные в 45 раз.

3.2. Динамика показателей распространенности умственной отсталости среди населения Кемеровской области

По обобщенным данным, в развитых индустриальных странах распространенность умственной отсталости колеблется от 0,7 до 3,0 %, из них легкая форма интеллектуальной недостаточности встречается с частотой 4–6 случаев на 1000 населения, более тяжелые формы встречаются реже: 3–4 случая на 1000 населения. Умеренные и более тяжелые формы интеллектуальной недостаточности равномерно представлены во всех социальных слоях общества, тогда как легкие формы преобладают в малообеспеченных семьях, где число таких детей достигает 10-30% (Попов Ю.В., Вид В.Д., 2000). Выявление олигофрении зависит от возраста, оно резко усиливается с началом обучения в школе, достигая пика в 10-15 лет, после чего постепенно снижается до 1% в общей популяции.

При сравнении показателей первичной заболеваемости умственной отсталостью населения Российской Федерации, Сибирского федерального округа и Кемеровской области в период 2000-2009 гг. отмечается четкое снижение интенсивных показателей на всех сравниваемых территориях. В 2000 году зафиксирован максимальный показатель — 100,5 на 100 тысяч населения по КО, превышающий средние значения по РФ и СФО. К 2009 г. показатель по Кемеровской области снизился до 49 на 100 тысяч населения, а в 2006-2008 гг. сравнивался со средними величинами по СФО, тем не менее остался выше показателя по РФ (рис. 27).

В общей структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами удельный вес умственной отсталости составляет 26 % (2000) и 14 % (2009), что выше, чем в РФ и СФО (12 и 7 %; 22 и 11 % соответственно).

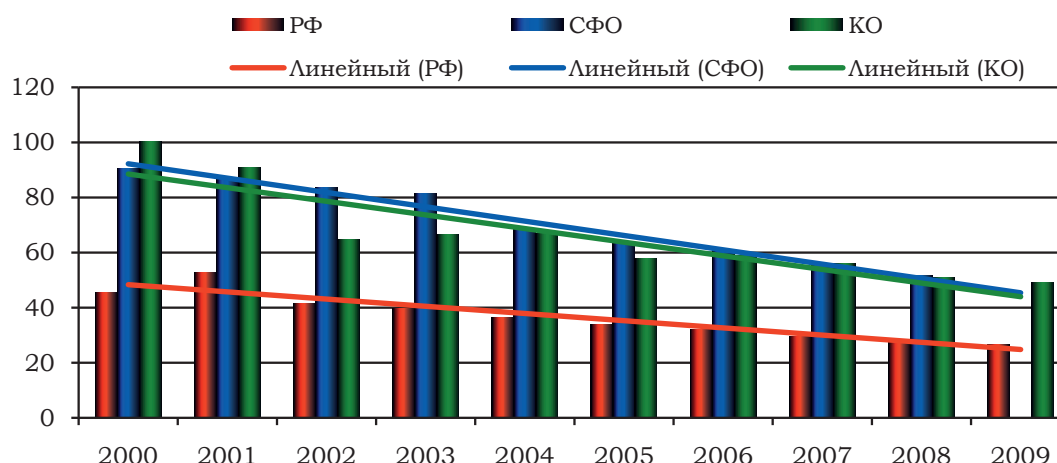


Рис. 27. Сравнительная динамика первичной заболеваемости умственной отсталостью по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч населения)

На территории Кемеровской области контингенты впервые выявленных больных умственной отсталостью, взятые под диспансерное наблюдение в период 2000-2009 гг. уменьшились с 37,8 до 20,0 на 100 тысяч населения, а число больных, обратившихся за консультативной помощью, снизилось с 62,7 до 29,0 на 100 тысяч населения (рис. 28).

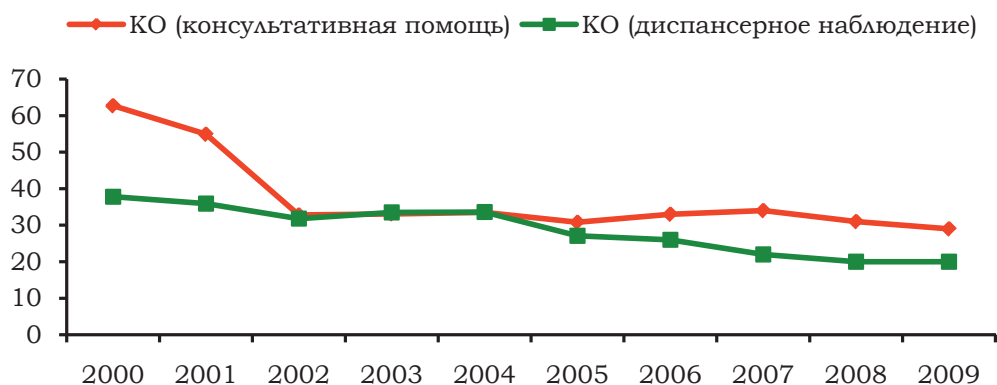


Рис. 28. Число больных умственной отсталостью, впервые взятых под диспансерное наблюдение и обратившихся за консультативно-лечебной помощью, по Кемеровской области (на 100 тысяч населения)

Анализируя динамику первичной заболеваемости умственной отсталостью в отдельных возрастных группах, можно отметить, что максимальные показатели зарегистрированы среди подросткового населения Кемеровской области. Они превышают

аналогичные для всего населения в 16 раз, для детского населения — в 9 раз (2000). К 2009 г. эти соотношения увеличились: до 37 раз — для всего населения и 14 раз — для детского населения (рис. 29).

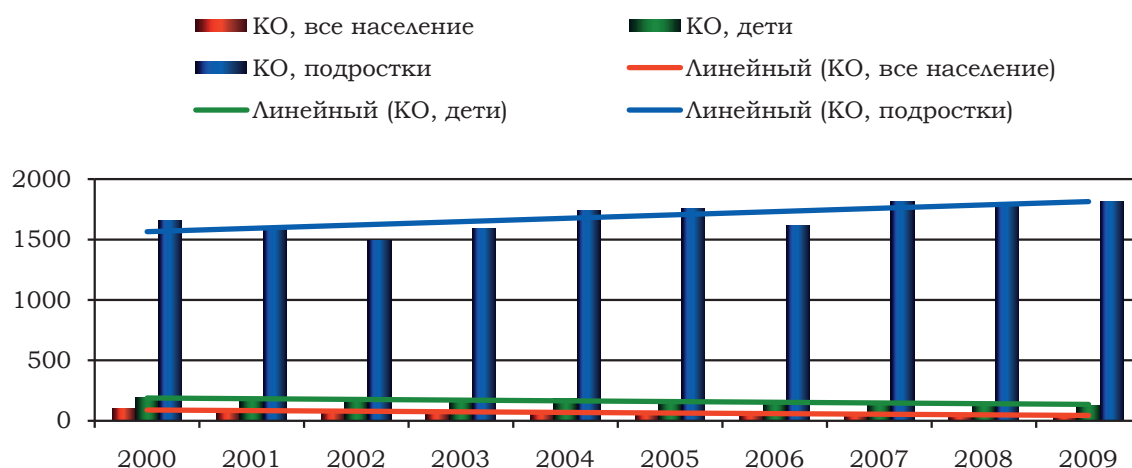


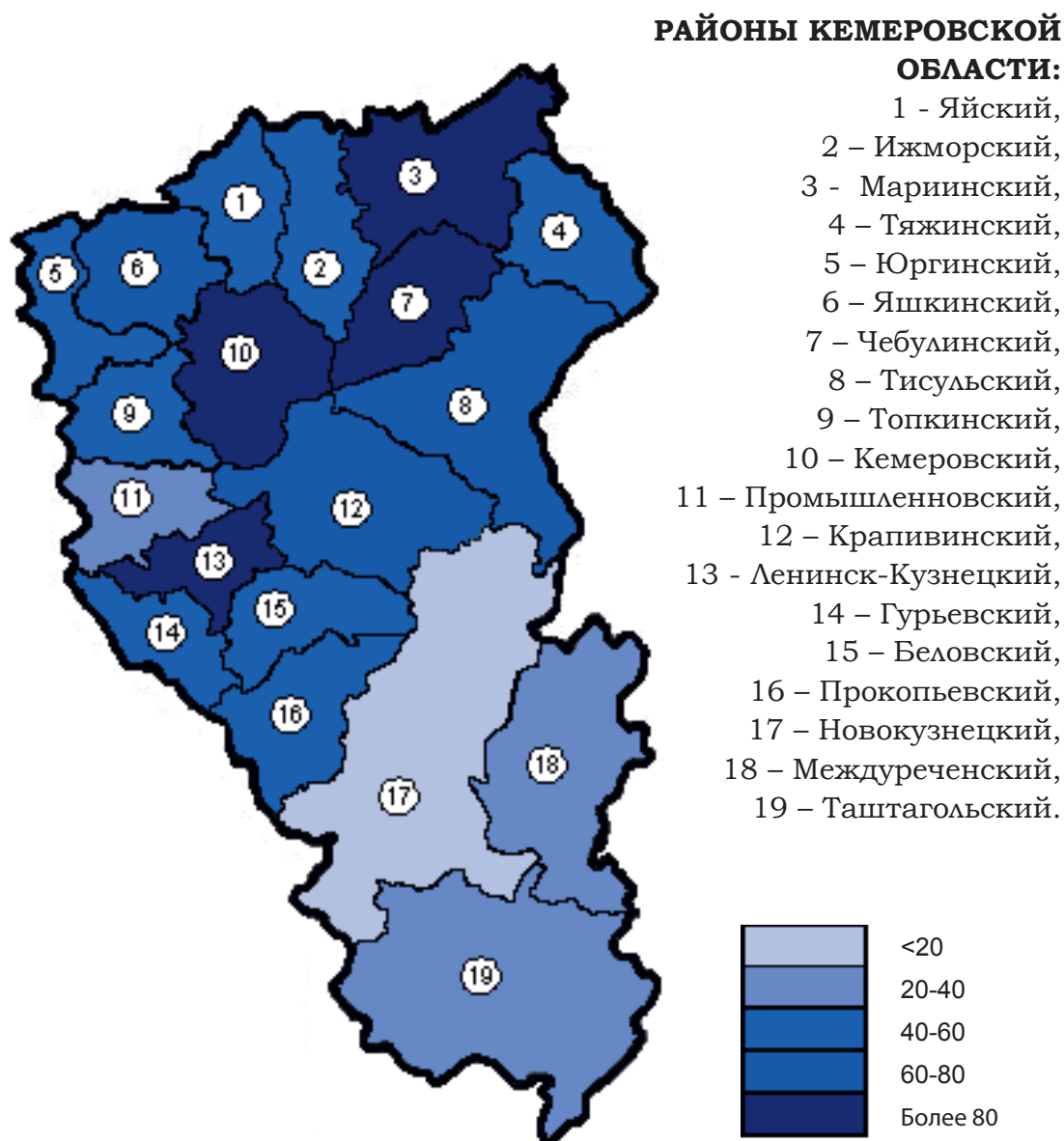
Рис. 29. Первичная заболеваемость детей, подростков и всего населения Кемеровской области умственной отсталостью (на 100 тысяч соответствующего населения)

На картограмме 8 представлены показатели первичной заболеваемости умственной отсталостью в 2009 г. на территории Кемеровской области. Максимальные показатели зарегистрированы в Мариинском, Чебулинском, Кемеровском и Ленинск-Кузнецком районах (соответственно 115, 126, 92 и 94 на 100 тысяч населения). Минимальный показатель, зафиксированный в Новокузнецком районе, составил 19 на 100 тысяч населения.

Анализ первичной заболеваемости умственной отсталостью в динамике за последние 10 лет по данным районных диспансеров и психиатрических кабинетов позволил выделить три группы: одну группу — с ростом интенсивных показателей и две — со снижением показателей.

В первую группу с ростом показателей по сравнению с исходным уровнем в 2000 г. были включены Чебулинский, Кемеровский, Киселевский и Гурьевский территориальные диспансеры и психиатрические кабинеты. Рост показателей был незна-

КАРТОГРАММА 8
Показатели первичной заболеваемости
умственной отсталостью в 2009 г.
(на 100 тысяч населения)



чительным, что хорошо видно по линейным графикам (линиям трендов). В Кемеровском районе отмечаются выраженные колебания показателей — от минимального (2001) до максимального (2003), превышающего минимальный в 9 раз (рис. 30).

Во вторую группу включены диспансеры и психиатрические кабинеты, в обслуживаемом населении которых отмечается

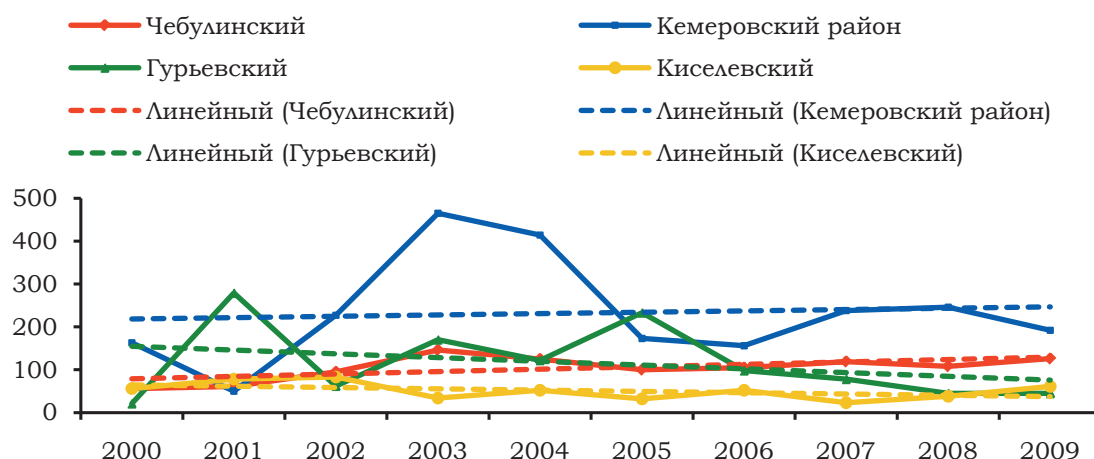


Рис. 30. Динамика первичной заболеваемости умственной отсталостью по первой группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

тенденция снижения показателей первичной заболеваемости умственной отсталостью, в сравнении 2000 г. и 2009 г.

Обращают на себя внимание Мариинский район с выраженным колебанием показателей: от 400 (2000) до 115 (2009) на 100 тысяч населения, Тяжинский район со снижением показателей от 297 (2000) до 55 (2009) на 100 тыс. населения (рис. 30). Несмотря на выраженные колебания показателей в течение 10 лет, к 2009 г. диапазон их имел небольшой размах — от 40 до 115 на 100 тысяч населения (рис. 31).

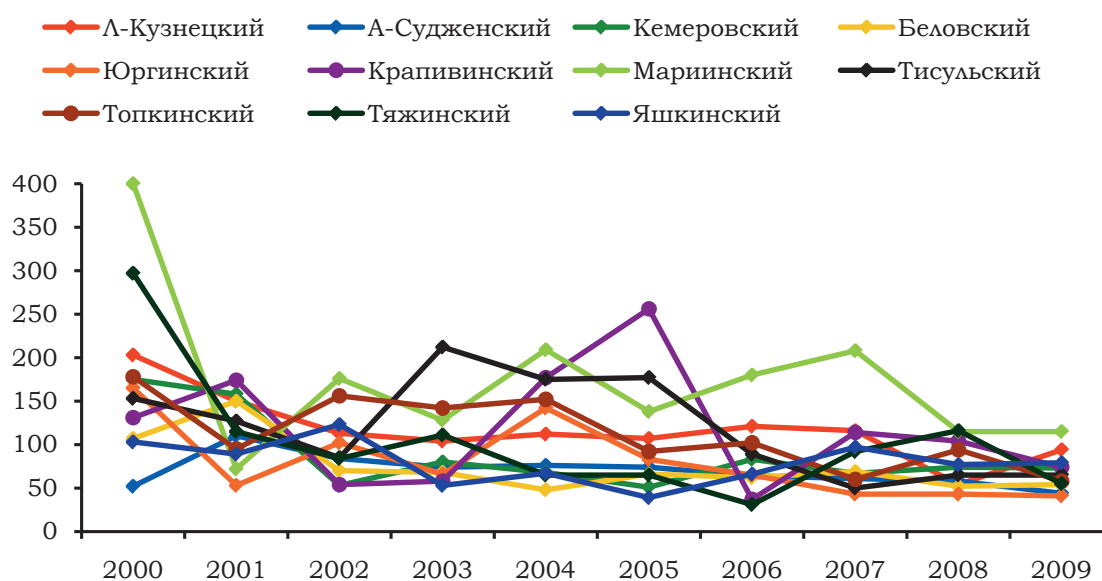


Рис. 31. Динамика первичной заболеваемости умственной отсталостью по второй группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

Для третьей группы диспансеров и психиатрических кабинетов были характерны исходно невысокие интенсивные показатели — от 12,7 до 75 на 100 тысяч населения (Новокузнецкий, Таштагольский соответственно), причем с дальнейшим снижением к 2009 г. до минимальных показателей — менее 40 на 100 тысяч населения. Выделяется из общей группы Таштагольский диспансер с единичным подъемом показателей в 2001 г. — до 210 на 100 тысяч населения и последующим снижением до исходного уровня (рис. 32).

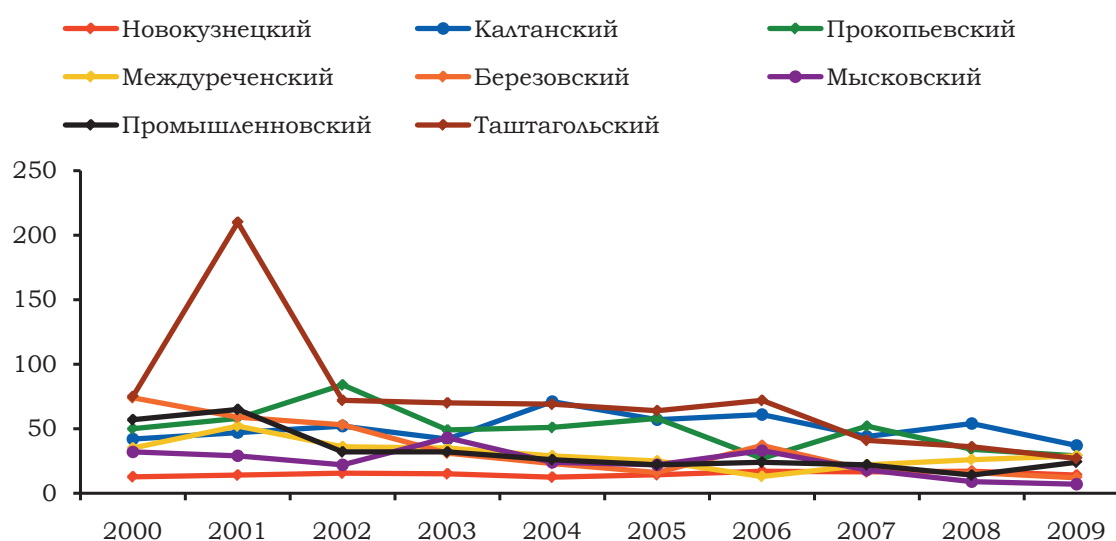


Рис. 32. Динамика первичной заболеваемости умственной отсталостью по третьей группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

При сравнении показателей общей заболеваемости умственной отсталостью населения Российской Федерации, Сибирского федерального округа и Кемеровской области в период 2000–2009 гг. отмечаются рост показателей по СФО, стабильные показатели по РФ и четкое снижение интенсивных показателей на территории Кемеровской области с 554 до 459 на 100 тысяч населения, изначально не достигающих уровней РФ и СФО (рис. 33).

Анализируя динамические показатели контингентов больных умственной отсталостью на территории Кемеровской области, можно констатировать, что снижение общей заболеваемости

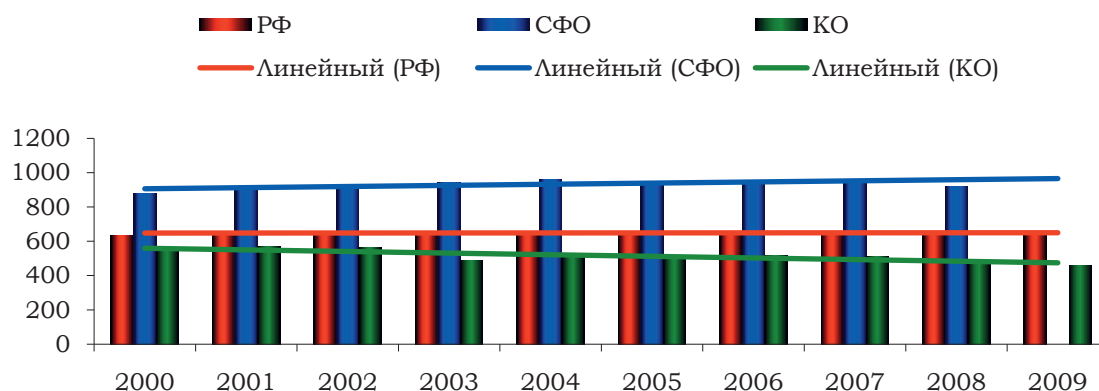


Рис. 33. Сравнительная динамика общей заболеваемости умственной отсталостью по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч населения)

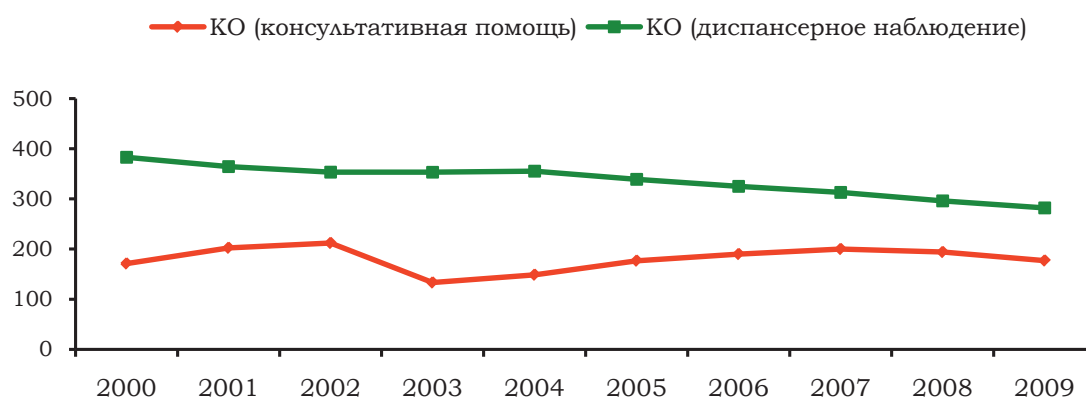


Рис. 34. Число больных умственной отсталостью, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь по Кемеровской области (на 100 тысяч населения)

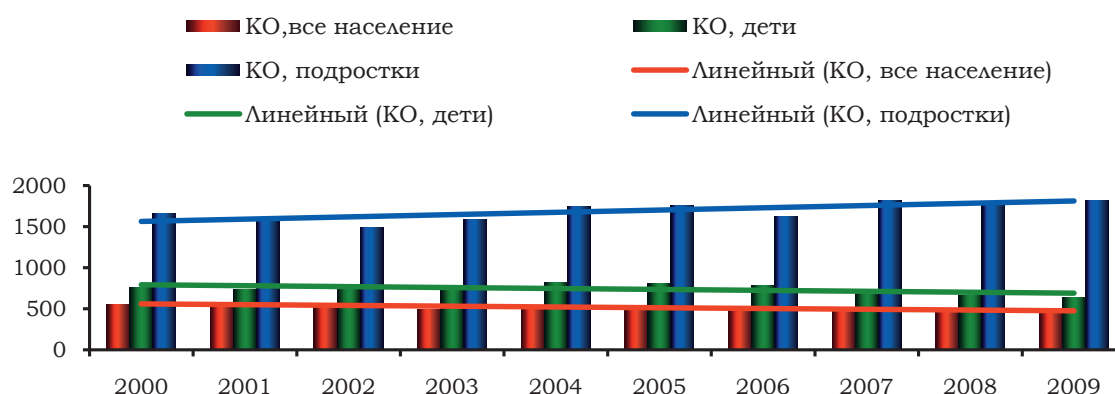
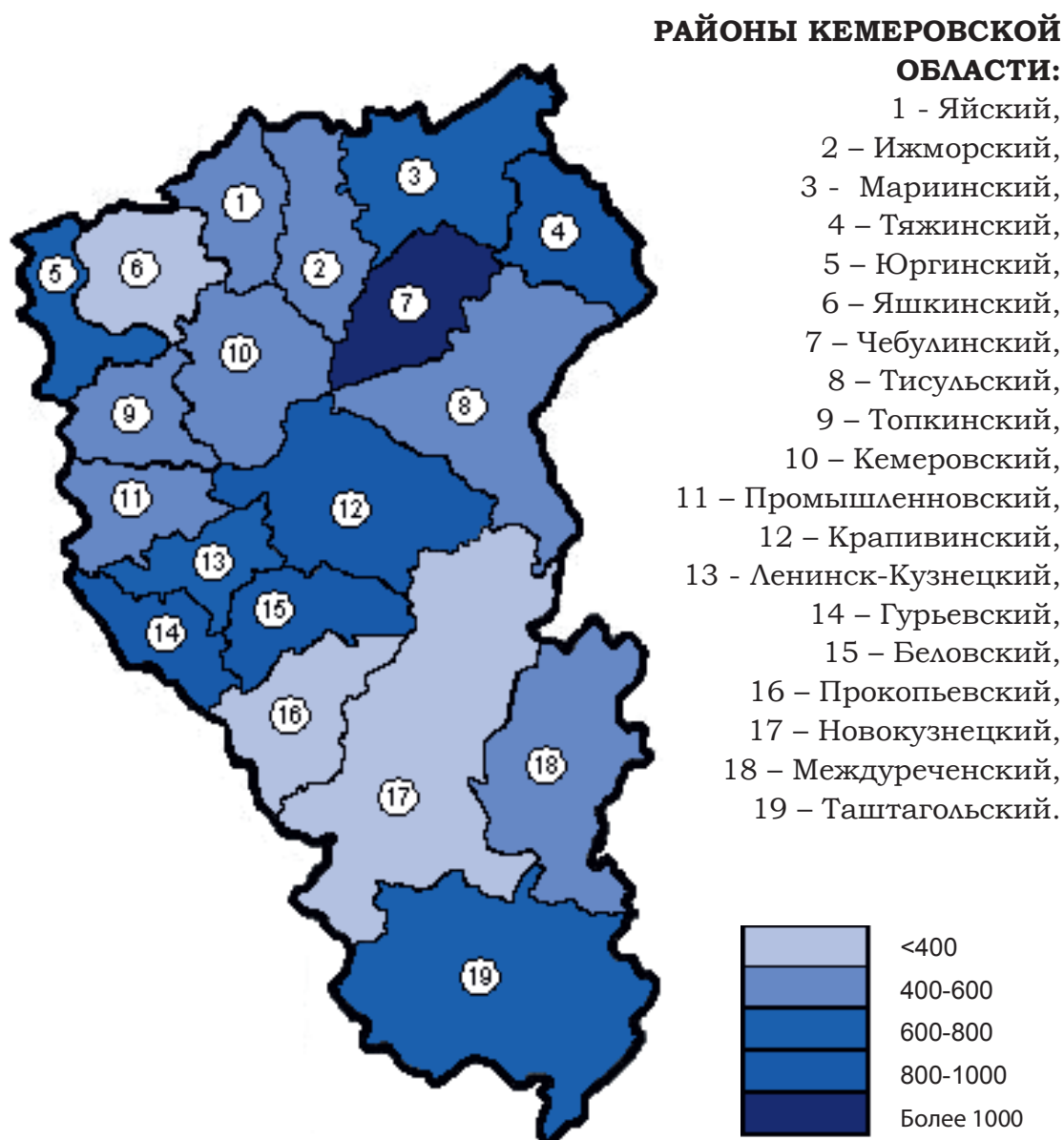


Рис. 35. Общая заболеваемость детей, подростков и всего населения Кемеровской области умственной отсталостью (на 100 тысяч соответствующего населения)

ти происходит за счет уменьшения показателей диспансерного учета, показатели консультативной помощи меняются несущественно (рис. 34).

При оценке показателей общей заболеваемости умственной отсталостью в отдельных возрастных группах максимальные величины отмечены в подростковом возрасте с тенденцией роста — с 11660 до 1815 на 100 тысяч подросткового населения. В отношении всего населения и детей наблюдается снижение показателей (рис. 35).

КАРТОГРАММА 9
Показатели общей заболеваемости
умственной отсталостью в 2009 г.
(на 100 тысяч населения)



Общая заболеваемость умственной отсталостью населения Кемеровской области в 2009 году представлена на картограмме 9. Максимальный показатель (1203 на 100 тысяч) зарегистрирован в Чебулинском районе, в этом районе также отмечен наибольший показатель первичной заболеваемости. Минимальные показатели зарегистрированы у населения Новокузнецкого, Прокопьевского и Яшкинского районов (174, 328 и 339 на 100 тысяч соответственно).

При анализе показателей общей заболеваемости умственной отсталостью в динамике за последние 10 лет по данным районных диспансеров и психиатрических кабинетов, с учетом значений показателей в крайних точках — 2000 и 2009 гг., а также с оценкой тенденций роста либо снижения показателей они были объединены в четыре группы.

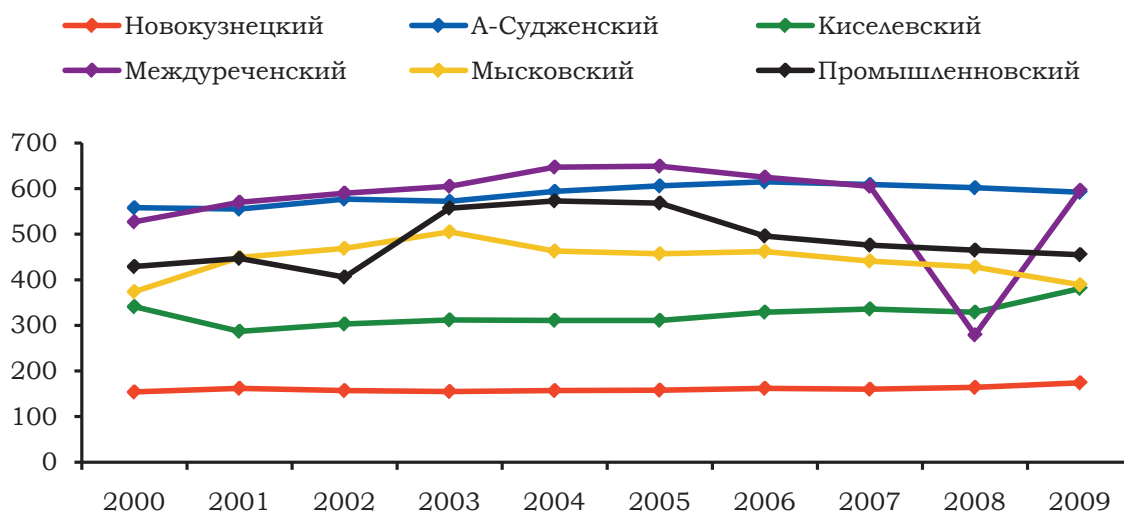


Рис. 36. Динамика общей заболеваемости умственной отсталостью по первой группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

В первую группу вошли районные диспансеры и кабинеты, с практически стабильными, но невысокими показателями, более 100, но менее 600 на 100 тысяч населения в крайних точках сравнения. Выделяется Междуреченский диспансер с однократным снижением показателя в 2008 г. в 2 раза, и возвратом до исходного уровня в 2009 г. (рис. 36).

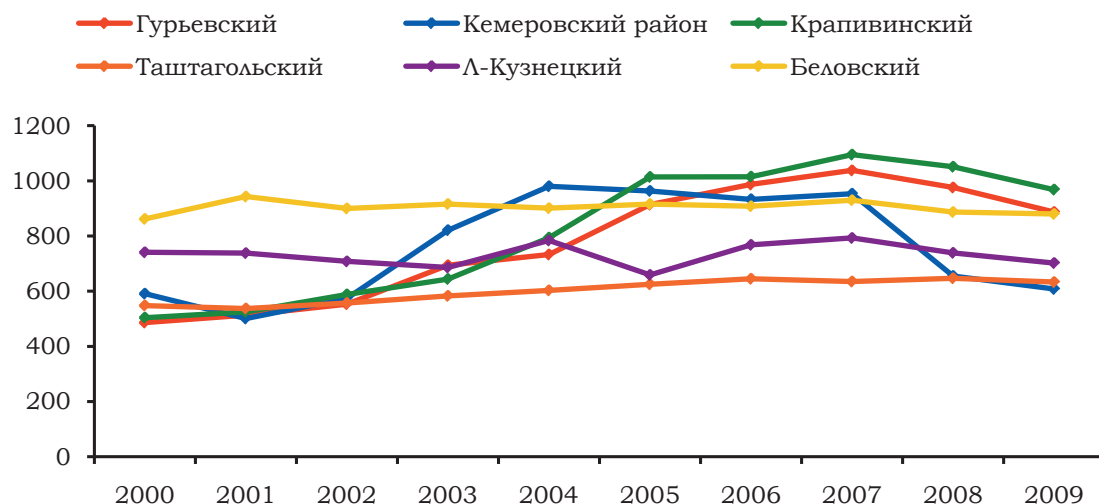


Рис. 37. Динамика общей заболеваемости умственной отсталостью по второй группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

Вторая группа объединена по признаку роста показателей, более высоких значений показателей по сравнению с первой группой, в исходных точках (более 400 на 100 тысяч), а также значений в конечных точках в диапазоне от 600 до 1000 на 100 тысяч населения (рис. 37).

Для третьей группы характерно разное снижение показателей к 2009 г. по сравнению с 2000 г., со значениями в конечных точках, колеблющимися в интервале от 120 до 600 на 100 тысяч населения. Выраженные колебания зарегистрированы в Тисульском диспансере, где максимальный показатель 1435 на

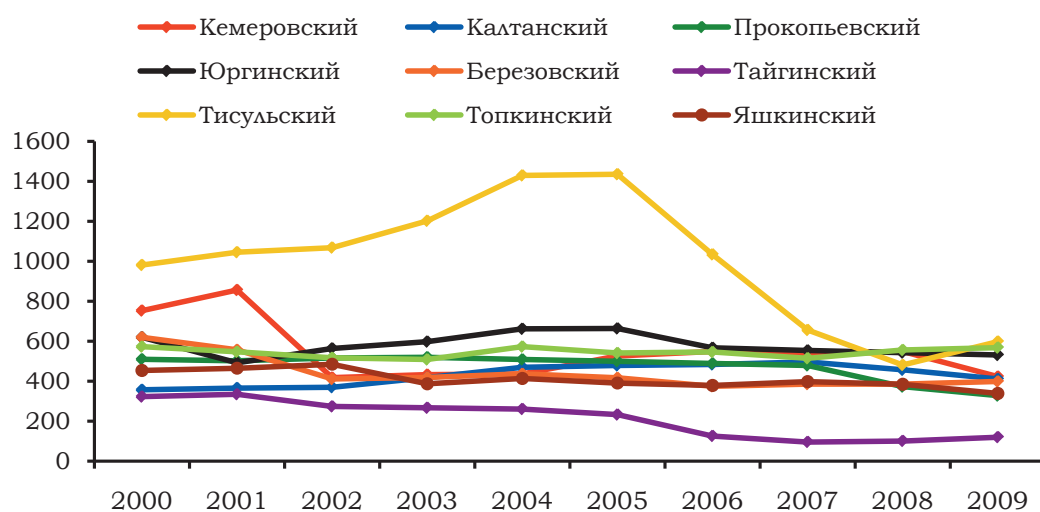


Рис. 38. Динамика общей заболеваемости умственной отсталостью по третьей группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

100 тысяч населения (2005) превысил минимальный показатель 481 на 100 тысяч населения (2008) в 3 раза (рис. 38).

В четвертую группу были включены районные диспансеры и психиатрические кабинеты со снижением интенсивных показателей в течение последних 10 лет, но с высокими значениями как в исходных точках (более 1200 на 100 тысяч населения), так и в конечных точках (в диапазоне от 700 до 1200 на 100 тысяч населения). Выделяется Чебулинский район, который имеет практически стабильные высокие показатели, но наиболее максимальные в 2009 г. на территории Кемеровской области (рис. 39).

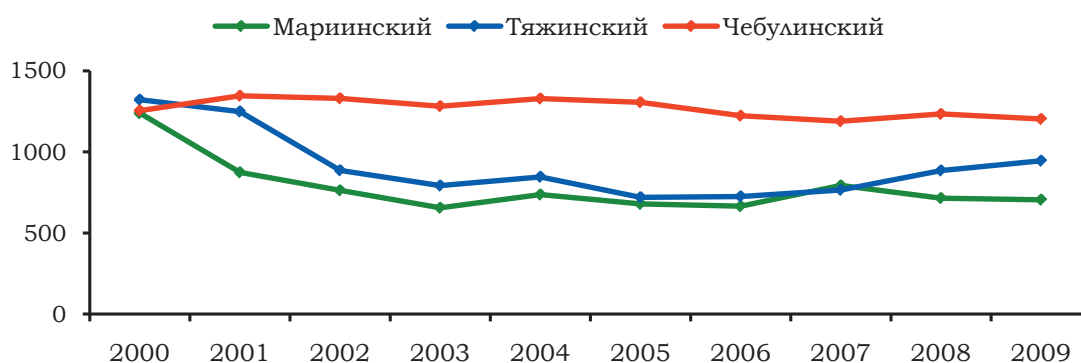


Рис. 39. Динамика общей заболеваемости умственной отсталостью по четвертой группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

Таким образом, анализ распространенности умственной отсталости в населении Кемеровской области показал, что на протяжении последнего десятилетия происходит снижение показателей первичной заболеваемости, так же как и средних показателей по РФ и СФО, по уровню показателей Кемеровская область приближается к Сибирскому федеральному округу. Отмечается снижение удельного веса умственной отсталости в нозологической структуре первичной заболеваемости. Максимальные показатели первичной и общей заболеваемости зарегистрированы в подростковой популяции. Наблюдается снижение показателей общей заболеваемости умственной отсталостью по Кемеровской области, причем изначально низких по сравнению с показателями РФ и СФО.

Глава 4

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Большинство отечественных и зарубежных исследователей отмечают с 90-х гг. прошлого столетия достоверный рост психических расстройств в детской популяции различных возрастных периодов, увеличение группы повышенного риска и уменьшение группы здоровых детей (Дмитриева Т. Б., 1995-2003; Семке В. Я., 1999-2004; Дроздовский Ю.В., 2003; Левина И. А., 2003; Голдобина О. А., 2004; Семке В. Я., Агарков А. П., Логунцова О. Н., 2004; Семке В. Я., Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., 2006; Mattison R. E., 2000; Ezpeleta L., Keeler G., Erkanli A. et al., 2001; Egger H. L., Costello J., Angold A., 2003). По данным официальной статистики, заболеваемость детей психическими расстройствами за период с 1991 по 2000 г. увеличилась более чем на 50% (Гурович И. Я., Голланд В. Б., Зайченко Н. М., 2000; Гурович И.Я., Волошин В.М., Голланд В.Б., 2002). В отличие от взрослых, на 50 % вырос и уровень госпитализации детей и подростков по поводу психических расстройств. Выход на инвалидность детей вырос с 29,7 до 52,2 на 10 тысяч детского населения или на 75,8 %.

Нельзя не отметить, что потребность детско-подросткового населения в психиатрической, психотерапевтической и психопрофилактической помощи удовлетворяется лишь на 10% (Государственный доклад ..., 1994). При сопоставлении этих сведений с демографическими данными страны за этот же период (число детей в России уменьшилось с 33,9 до 26,6 млн, то есть на 21 %) становится очевидным, что переоценить проблему психического здоровья детей и подростков в России невозможно.

Изучение динамики основных показателей распространенности психической патологии, ее нозологических структур на отдельных территориях России, сравнение с показателями других

территорий, как сходных, так и отличающихся социально-демографической структурой населения (в том числе и по этническому составу), организацией специализированной помощи, способствуют определению выявляемости психической патологии, уточнению необходимых и достаточных объемов помощи, рациональной организации психиатрического сервиса. Обобщенные показатели распространенности психической патологии по СФО и РФ в целом могут служить своего рода индикатором психического здоровья.

Десятилетний анализ (2000–2009 гг.) основных показателей распространенности психических расстройств в детско-подростковой популяции Кемеровской области показал существенные различия по сравнению с показателями СФО и РФ.

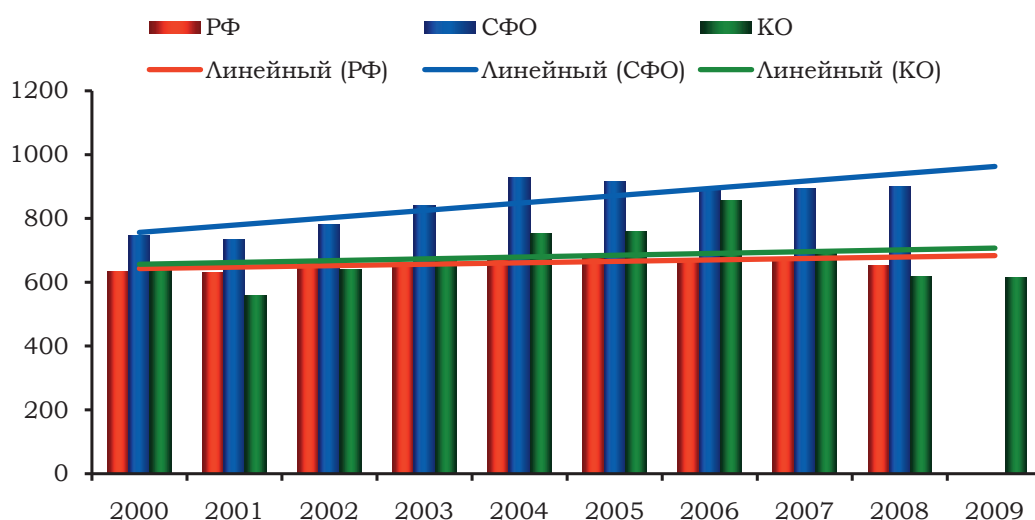


Рис. 40. Сравнительная динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами детей (до 14 лет) по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч детского населения)

На рисунке 40 представлена динамика показателей первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами детского населения Кемеровской области в сравнении с показателями России и Сибирского федерального округа.

Представленные данные наглядно демонстрируют существенные различия в выявляемости психических расстройств у детей разных территорий. По линейным графикам (линиям трен-

дов) достаточно четко прослеживается рост показателей по СФО со значениями, превышающими аналогичные по Кемеровской области и РФ. Для России характерны достаточно стабильные показатели, имеющие в некоторые годы слабо выраженные колебания, как в сторону повышения, так и снижения

В Кемеровской области прослеживается тенденция роста показателей в период с 2002 по 2006 гг.: с 640,8 до 857 на 100 тысяч детского населения, не достигающие уровня СФО, но выше, чем по РФ.

Динамика показателей общей заболеваемости психическими расстройствами в детских популяциях РФ, СФО и Кемеровской области представлена на рисунке 41.

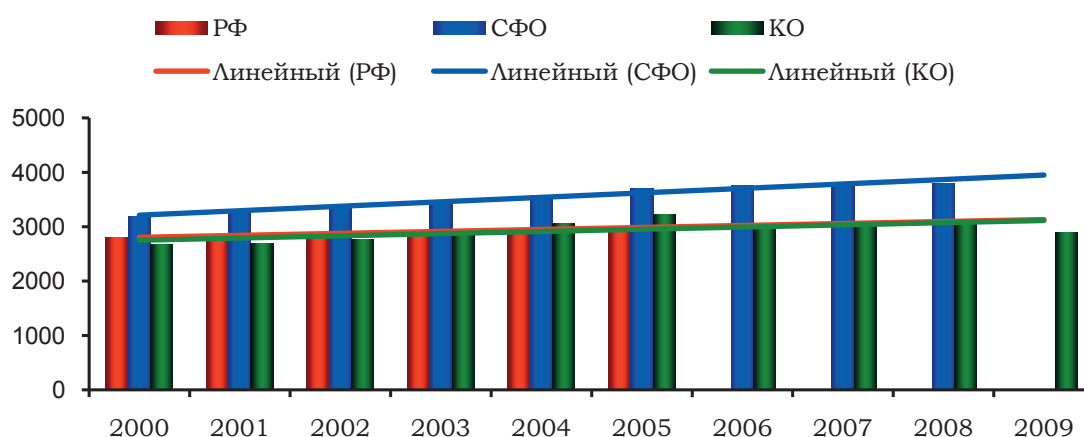


Рис. 41. Сравнительная динамика общей заболеваемости психическими расстройствами детей по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч детского населения)

Кемеровская область в течение последних 10 лет имеет относительно стабильные показатели общей заболеваемости детского населения — от 2679,9 в 2000 г. до 2899 в 2009 г., практически идентичные с показателями по РФ. Так же, как и по первичной заболеваемости, по общей заболеваемости Сибирский федеральный округ имеет более высокие показатели, нежели по России в целом и по Кемеровской области. Сравнение этих территорий по темпам прироста демонстрирует их практическое отсутствие по РФ, в то время как по СФО рост показателей продолжается.

Особо уязвимую группу по психическим нарушениям представляют подростки, так как именно этот возрастной период характеризуется неравномерностью созревания отдельных систем и функций, на этот возраст приходится период бурного формирования личности. В данном возрасте происходит манифестация многих психических заболеваний. Осложняет психическое функционирование и наличие возрастного кризиса. Именно данными факторами можно объяснить изменение нозологической структуры психической патологии в подростковой популяции по сравнению с детской. Компенсируются психические нарушения или происходит выздоровление при расстройствах, типичных для детского возраста, появляется патология, наиболее типичная уже для взрослых.

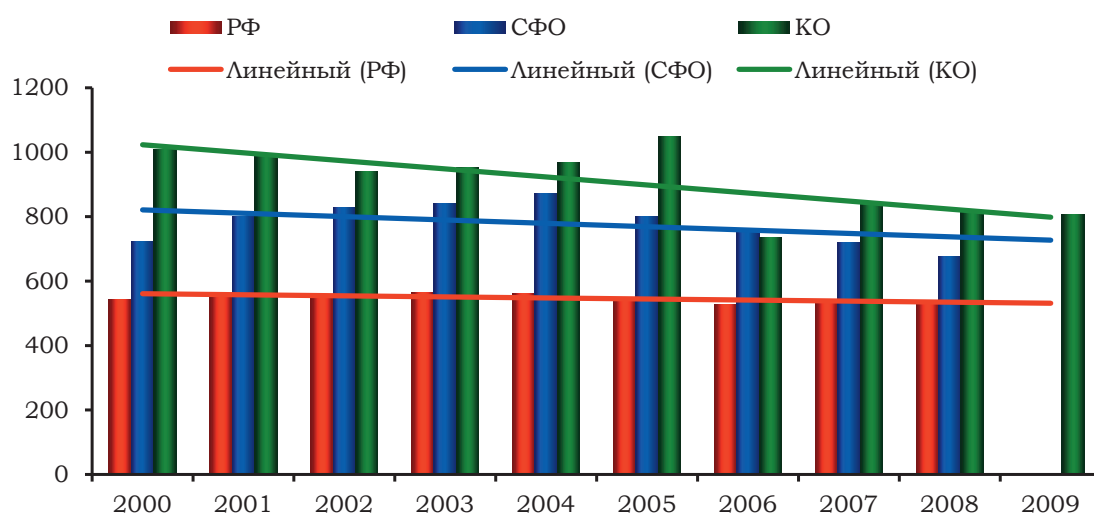


Рис. 42. Сравнительная динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами подростков по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч подросткового населения)

При анализе динамических показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами подросткового населения сравниваемых территорий максимальные показатели зарегистрированы в Кемеровской области — 1048 на 100 тысяч населения (2005 г.). В период с 2000 по 2009 гг. в Кемеровской области наблюдается снижение показателей с 1009,1 до 808 на 100 тысяч подросткового населения, но в целом они превышают

аналогичные по РФ и СФО. По СФО отмечаются колебания интенсивных показателей (рис. 42).

Высокий уровень показателей первичной заболеваемости по СФО и Кемеровской области может являться свидетельством неблагополучия по психическому здоровью подростков, живущих в Сибири.

Оценивая в динамике контингенты больных психическими расстройствами подросткового возраста, состоящие на диспансерном учете и получающие лечебно-консультативную помощь на конец года, можно констатировать рост показателей по всем сравниваемым территориям. По Кемеровской области отмечаются исходно высокие показатели — 4053,7, 5242,8 и 5103 на 100 тысяч подросткового населения (2000, 2005 и 2009 гг. соответственно), превышающие показатели по РФ и СФО, но в динамике (с 2006 г.) они не достигают уровня показателей СФО (рис. 43).

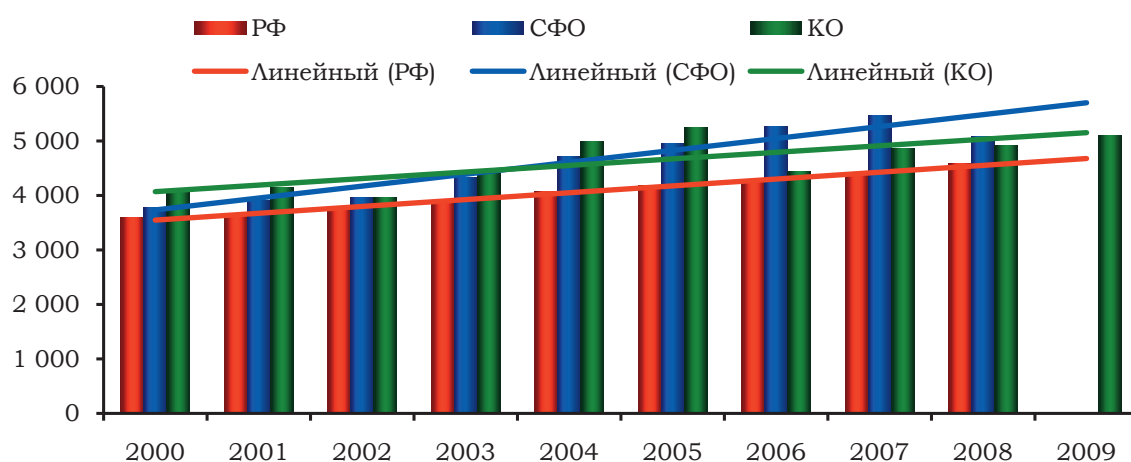
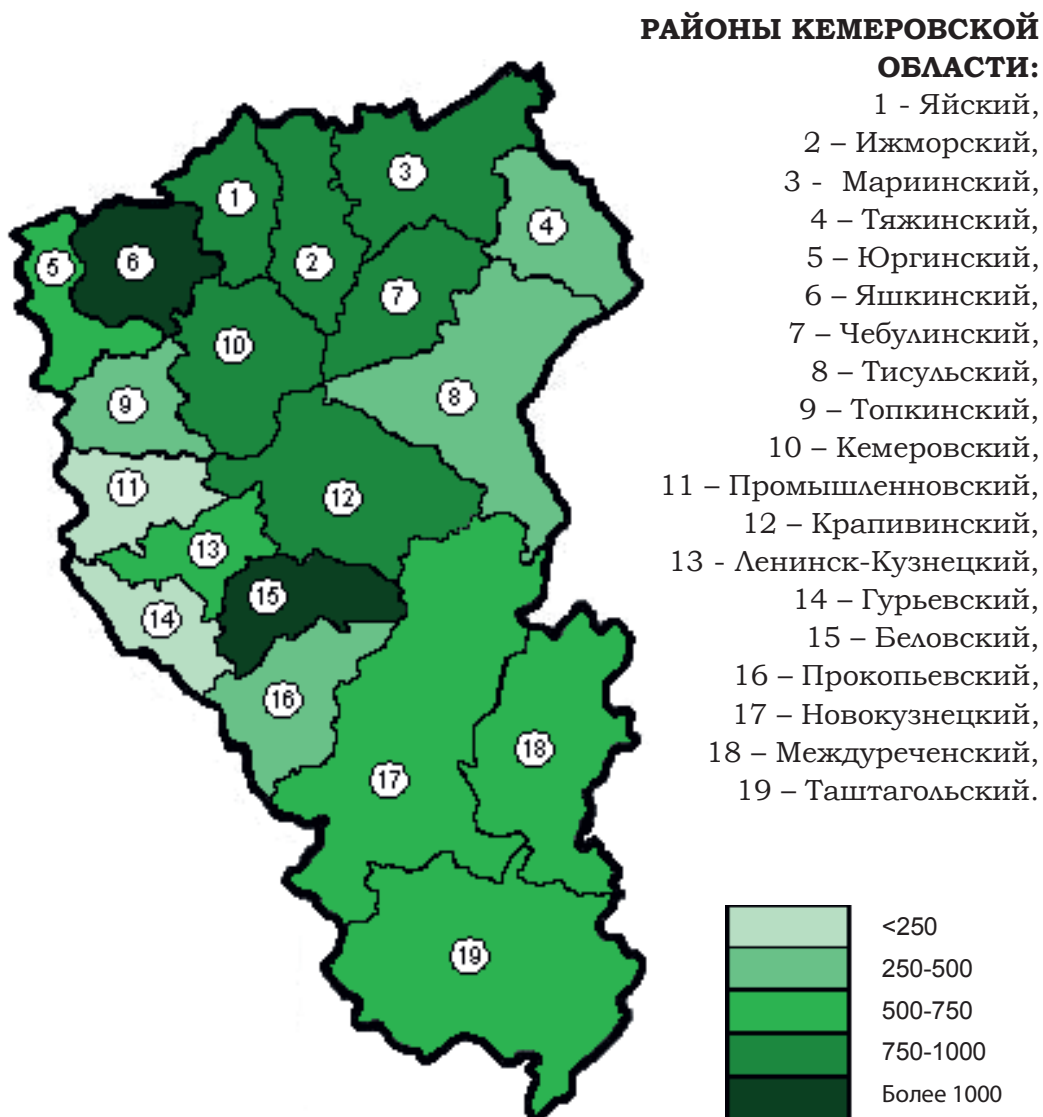


Рис. 43. Сравнительная динамика общей заболеваемости психическими расстройствами подростков по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч подросткового населения)

На картограмме 10 представлена первичная заболеваемость детского населения психическими расстройствами на территории Кемеровской области в 2009 г. Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами зарегистрированы в Беловском и Яшкинском районах (1042 и 1011

КАРТОГРАММА 10

**Показатели первичной заболеваемости
психическими расстройствами в 2009 г.**
(на 100 тысяч детского населения)



на 100 тысяч детского населения), минимальные показатели в Промышленновском (242 на 100 тысяч) и Гурьевском, где не зарегистрировано ни одного ребенка.

Анализ первичной заболеваемости детей психическими расстройствами в динамике за последние 10 лет, по данным районных диспансеров и психиатрических кабинетов, позволил выделить три группы: две группы детей с ростом интенсивных пока-

зателей и одну — со снижением показателей. В первую группу были объединены районные диспансеры и кабинеты, для детского населения которых были характерен рост первичной заболеваемости в динамике и высокие показатели в конечных точках, в диапазоне от 803 (Анжеро-Судженский) до 1464 (Яшкинский) на 100 тысяч детского населения (рис. 44).

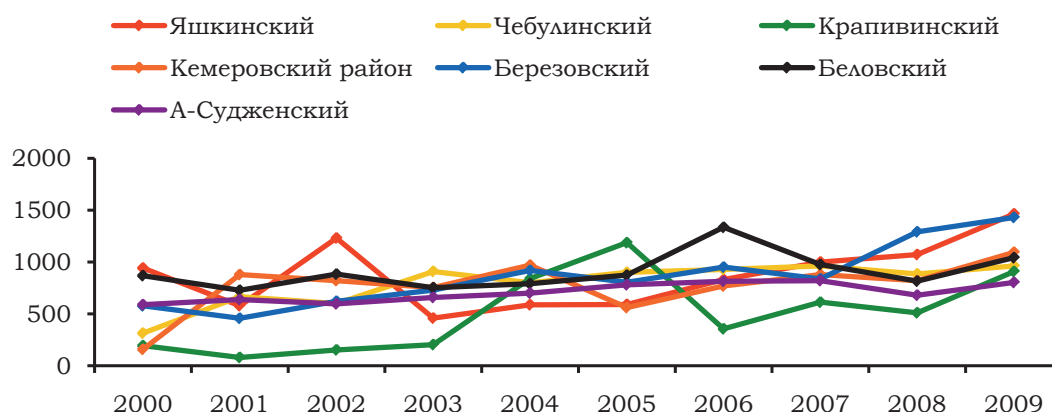


Рис. 44. Динамика первичной заболеваемости детского населения психическими расстройствами по первой группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

Для второй группы диспансеров и кабинетов также характерен рост интенсивных показателей, но в конечных точках они не достигают значений 800 на 100 тысяч населения. При этом для Таштагольского кабинета характерны максимальные показатели в крайних точках, а для Мысковского – минимальные (рис. 45).

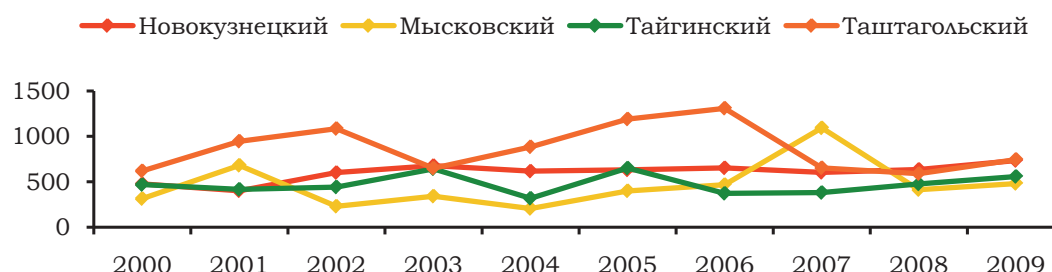


Рис. 45. Динамика первичной заболеваемости детского населения психическими расстройствами по второй группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч детского населения)

Для третьей группы диспансеров и психиатрических кабинетов характерно снижение показателей в динамике, если ориентироваться на крайние точки, с отдельными пиками подъемов (Юргинский, Мариинский — 2004 г., Кемеровский — 2006 г., Мариинский — 2007 г.). В исходных точках показатели расположены в диапазоне от 11 до 1380, в конечных — от 0 до 876 на 100 тысяч детского населения (Гурьевский и Мариинский диспансеры соответственно) (рис. 46).

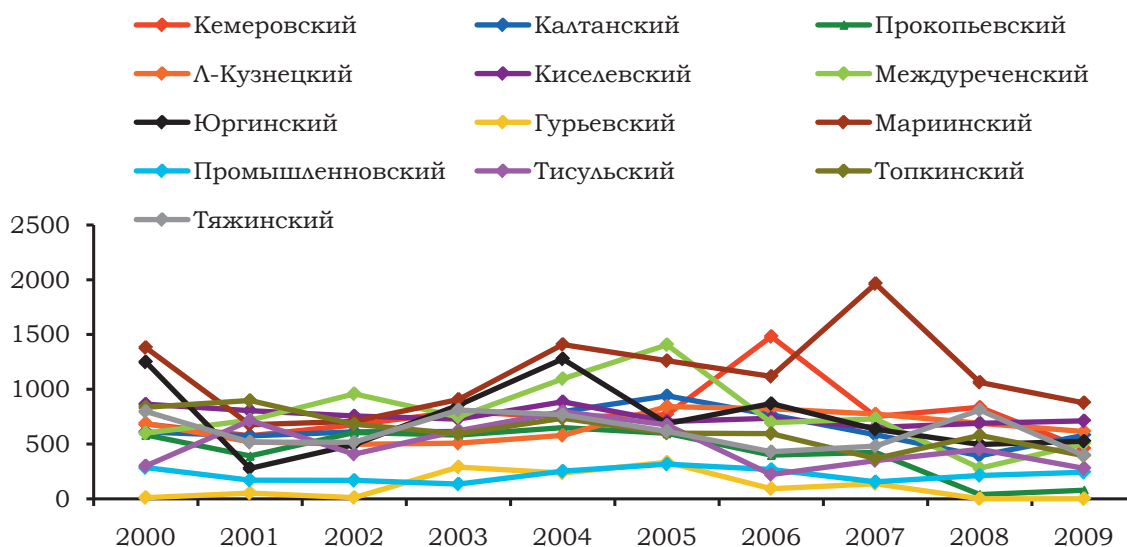
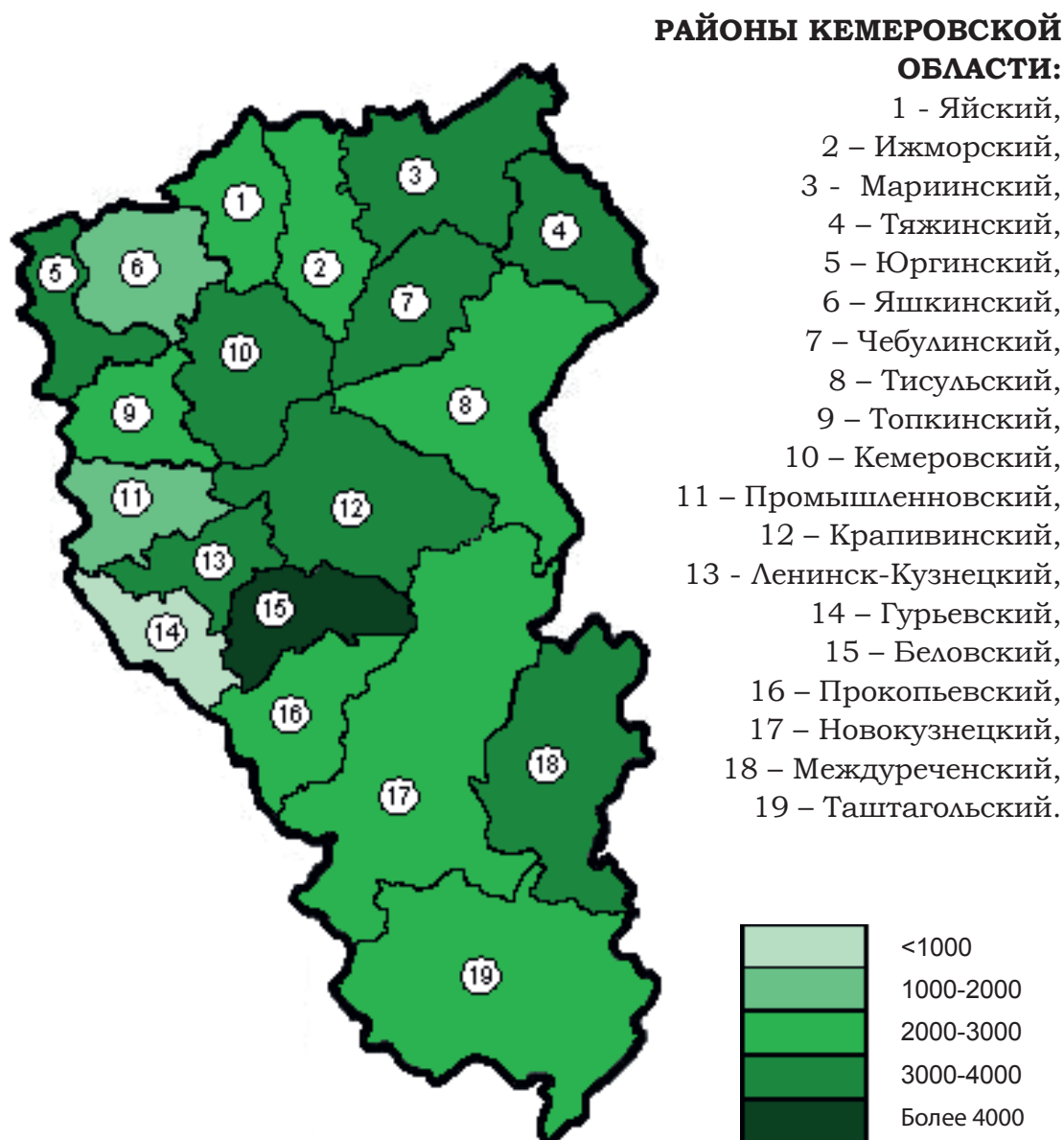


Рис. 46. Динамика первичной заболеваемости детского населения психическими расстройствами по третьей группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

На картограмме 11 представлены интенсивные показатели общей заболеваемости детского населения психическими расстройствами на территории Кемеровской области в 2009 г. Максимальный показатель зарегистрирован в Беловском районе (6531 на 100 тысяч населения), минимальный — в Гурьевском (905 на 100 тысяч населения). В этих же районах отмечены наибольшие и наименьшие показатели первичной заболеваемости.

Оценивая в динамике общую заболеваемость детей психическими расстройствами по районным диспансерам и психиатрическим кабинетам, в зависимости от тенденций в изменении показателей были выделены четыре группы.

КАРТОГРАММА 11
Показатели общей заболеваемости
психическими расстройствами в 2009 г.
(на 100 тысяч детского населения)



В первую группу были объединены диспансеры, в детском населении которых отмечается рост показателей за последние десять лет, и в конечных точках (2009 г.) они достигают высоких значений, от 3075 до 6531 на 100 тысяч детского населения (Ленинск-Кузнецкий и Беловский соответственно) (рис. 47).

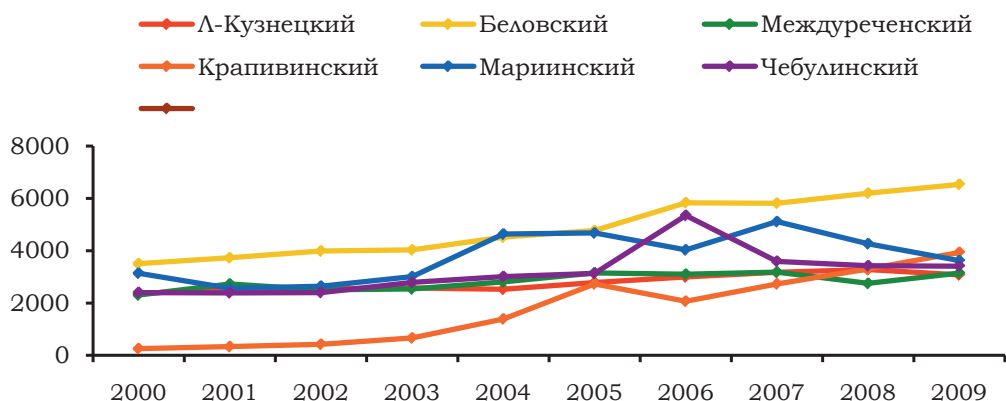


Рис. 47. Динамика общей заболеваемости детского населения психическими расстройствами по первой группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

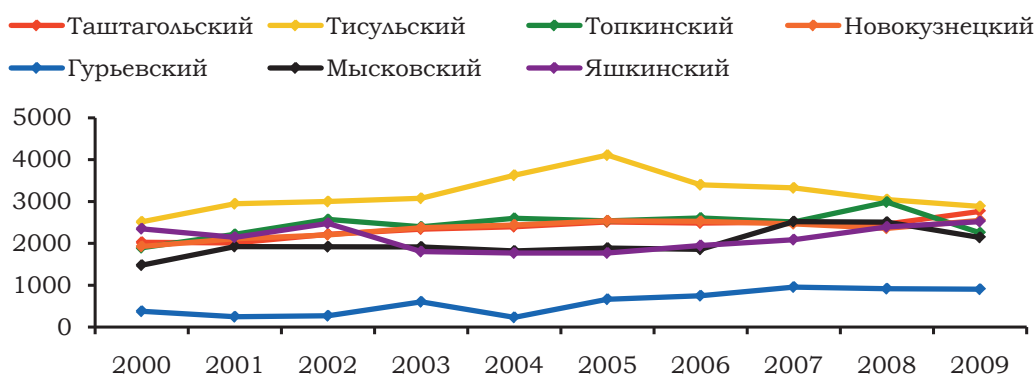


Рис. 48. Динамика общей заболеваемости детского населения психическими расстройствами по второй группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч детского населения)

Во второй группе районов также наблюдается рост показателей, но не столь выраженный, как в первой группе, а ближе к стабильному уровню. В крайних точках (2000–2009 гг.) он не достигает значения 3000 на 100 тысяч детского населения. В динамике показателей Тисульского района отмечается подъем с 2002 по 2008 гг., превышающий уровень 3000 на 100 тысяч населения (рис. 48).

Для третьей группы территориальных диспансеров и психиатрических кабинетов характерны стабильные показатели. Диапазон значений в крайних точках сравнения (2000–2009 гг.) колеблется от 1200 до 4000 на 100 тысяч детского населения (рис. 49).

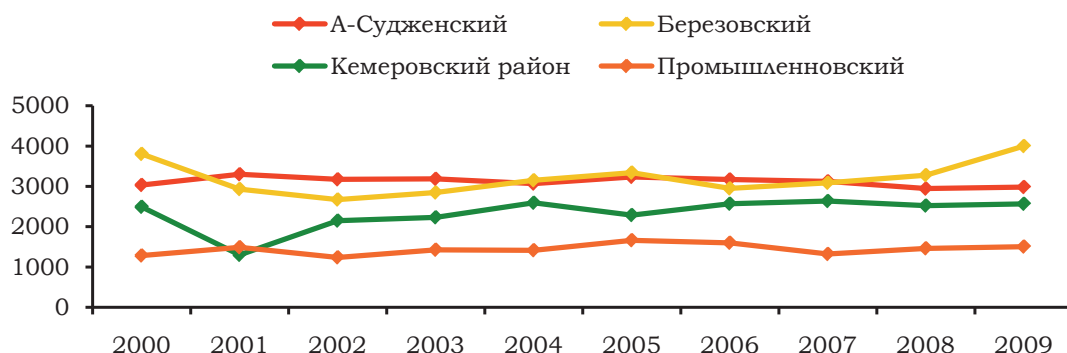


Рис. 49. Динамика общей заболеваемости детского населения психическими расстройствами по третьей группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

Четвертая группа отличается снижением показателей, в 2000 г. они находятся в диапазоне от 2295 (Калтанский) до 3903 (Юргинский) на 100 тысяч населения, к 2009 г. снижаются до минимальных значений — 1977 (Калтанский) и 3094 (Тяжинский) (рис. 50).

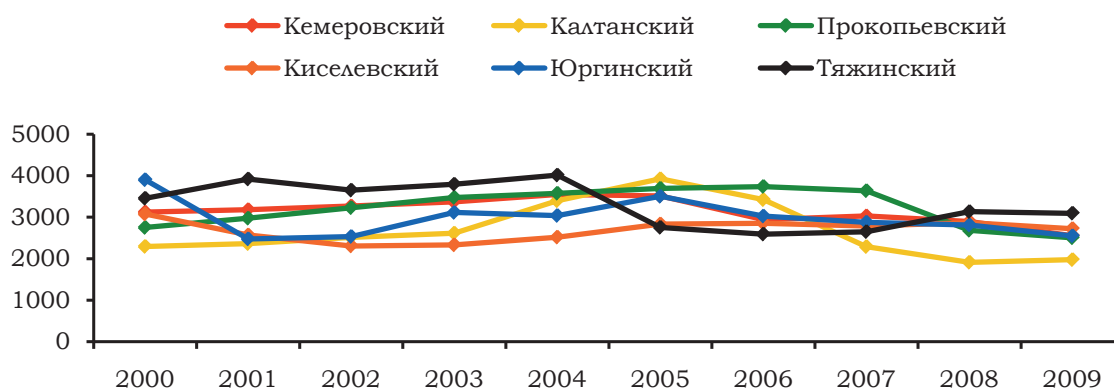


Рис. 50. Динамика общей заболеваемости детского населения психическими расстройствами по четвертой группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч населения)

В общей структуре первичной заболеваемости детского населения Кемеровской области максимальный удельный вес занимают непсихотические психические расстройства, составляющие 60,4 и 62,7% (2000 г. и 2009 г. соответственно), умственная отсталость — 29,3 и 20,8% (2000 г. и 2009 г.).

Анализируя показатели первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами детского населения РФ, СФО и Кемеровской области, можно констатировать рост показателей по всем сравниваемым территориям, но максимальные значения отмечены в СФО, минимальные — в Кемеровской области. РФ занимает промежуточное положение.

В Кемеровской области наблюдается рост интенсивных показателей с 2001 г., которые к 2006 г. достигают максимального значения (592 на 100 тысяч детского населения), с последующим снижением до 386 на 100 тысяч населения (рис. 51).

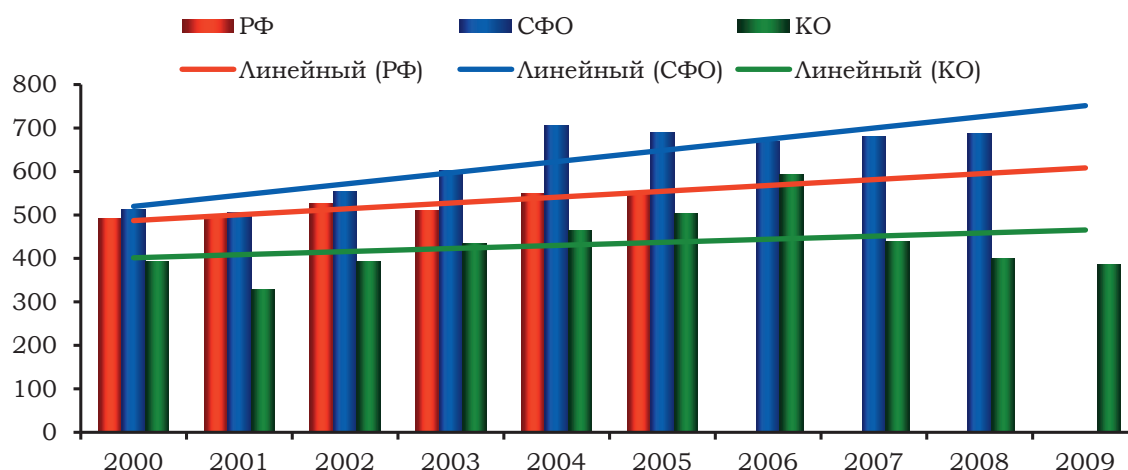


Рис. 51. Сравнительная динамика первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами детей по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч детского населения)

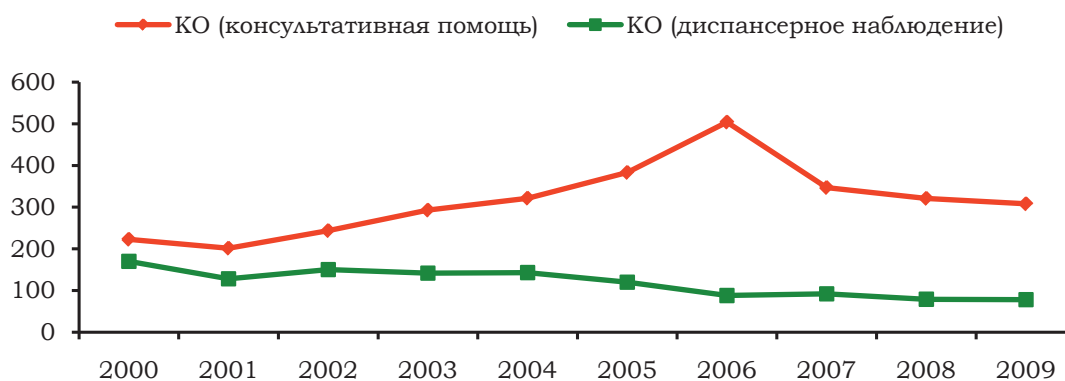


Рис. 52. Первичная заболеваемость детей психическими непсихотическими расстройствами в группах диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи по Кемеровской области (на 100 тысяч детского населения)

Оценивая первичную заболеваемость по группам диспансерного наблюдения и консультативной помощи, можно отметить очень близкие значения показателей в 2000 г. и последующий интенсивный рост показателя консультативной помощи, к 2009 г. достигшего 308 на 100 тысяч, максимального значения 504 на 100 тысяч в 2006 г. и снижения показателя диспансерного наблюдения до 78 на 100 тысяч, что отражает современные тенденции детской психиатрической помощи (рис. 52).

Среди территориальных диспансеров и психиатрических кабинетов, обслуживающих детское население, максимальный показатель первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами зарегистрирован в Березовском районе в 2009 г. — 1253 на 100 тысяч, высокие показатели (727 и 696 на 100 тысяч) отмечены соответственно в Беловском и Яшкинском районах. Во всех этих районах, начиная с 2000 г. отмечается рост показателей.

Минимальные значения среди показателей в 2009 г. характерны для Прокопьевского диспансера (16 на 100 тысяч детского населения), при этом с 2000 г. отмечена тенденция снижения показателей. В Гурьевском районе в 2009 г. не зарегистрировано детей с непсихотическими психическими расстройствами, в отдельные годы отмечены минимальные значения показателей.

Сравнительная динамика показателей общей заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами за последние 10 представлена на рисунке 53. Опережающий рост и максимальные значения отмечены в СФО, показатели по РФ занимают промежуточное положение, Кемеровская область имеет минимальные значения среди трех сравниваемых территорий. Для Кемеровской области характерен рост показателей — с 1535,7 (2000 г.) до максимального значения 1939,5 (2005 г.), с последующим снижением до 1727 на 100 тысяч (2009 г.).

Оценивая общую заболеваемость по группам диспансерного наблюдения и консультативной помощи, можно отметить практически равные показатели в 2000 году, и последующий интен-

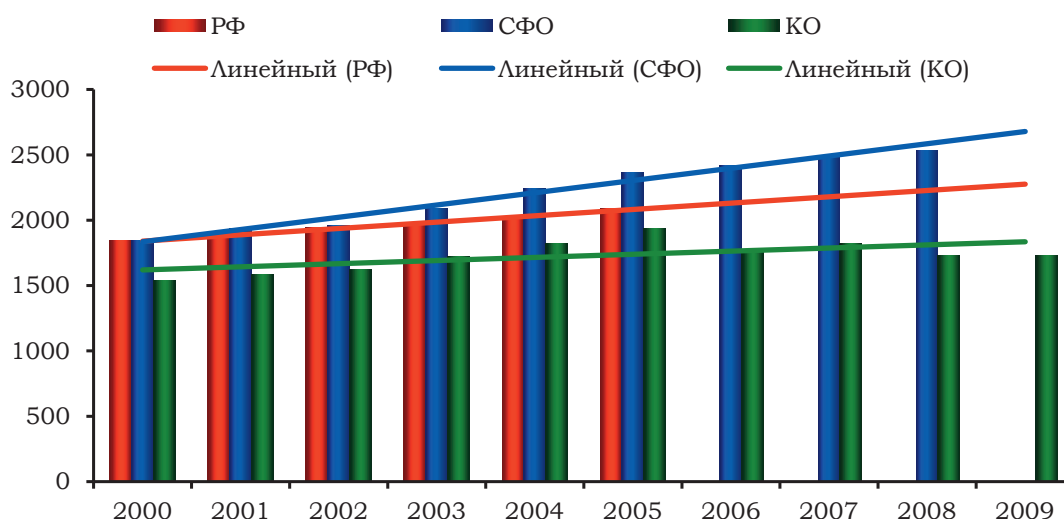


Рис. 53. Динамика общей заболеваемости не психотическими психическими расстройствами детей по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч детского населения)

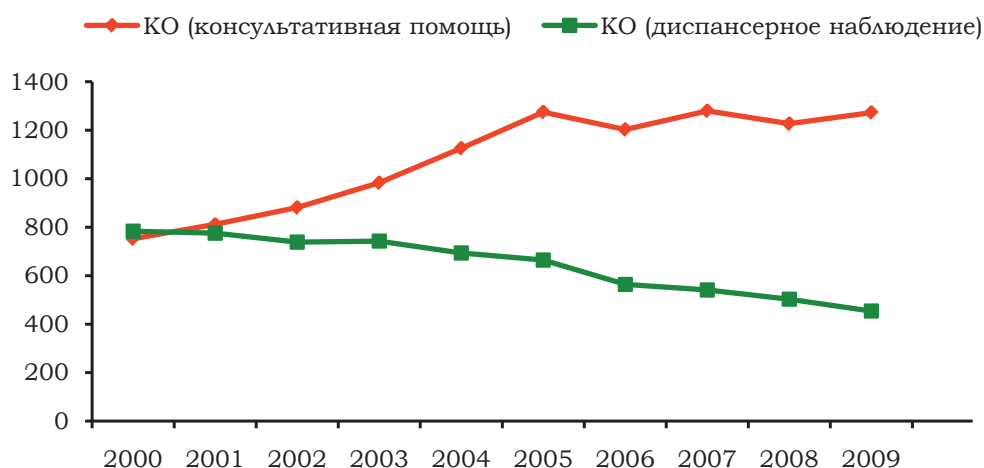


Рис. 54. Общая заболеваемость детей не психотическими психическими расстройствами в группах диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи по Кемеровской области (на 100 тысяч детского населения)

сивный рост показателя консультативной помощи, к 2009 году достигшего 1273 на 100 тысяч населения, и снижение до 454 на 100 тысяч показателя диспансерного наблюдения (рис. 54).

Анализ показателей общей заболеваемости не психотическими психическими расстройствами детского населения отдельных районов Кемеровской области в 2009 г. показал, что максимальное значение зарегистрировано в Беловском районе (4668 на 100 тысяч населения), высокие показатели отмечены в Березов-

ском, Тисульском, Междуреченском районах (3101, 2394 и 2388 на 100 тысяч соответственно). Минимальное значение показателя наблюдается в Гурьевском районе — 26 на 100 тысяч детского населения.

Умственная отсталость занимает второе место по удельному весу, следуя после непсихотических психических расстройств, в общей нозологической структуре первичной заболеваемости в детском возрасте.

При анализе динамических показателей первичной заболеваемости умственной отсталостью по РФ, СФО и Кемеровской области за последние 10 лет наблюдается снижение показателей по всем сравниваемым территориям. Максимальные значения отмечаются в СФО, минимальные — зарегистрированы в РФ, Кемеровская область занимает промежуточное положение, показатели уменьшились с 190,8 до 128 на 100 тысяч детского населения (рис. 55).

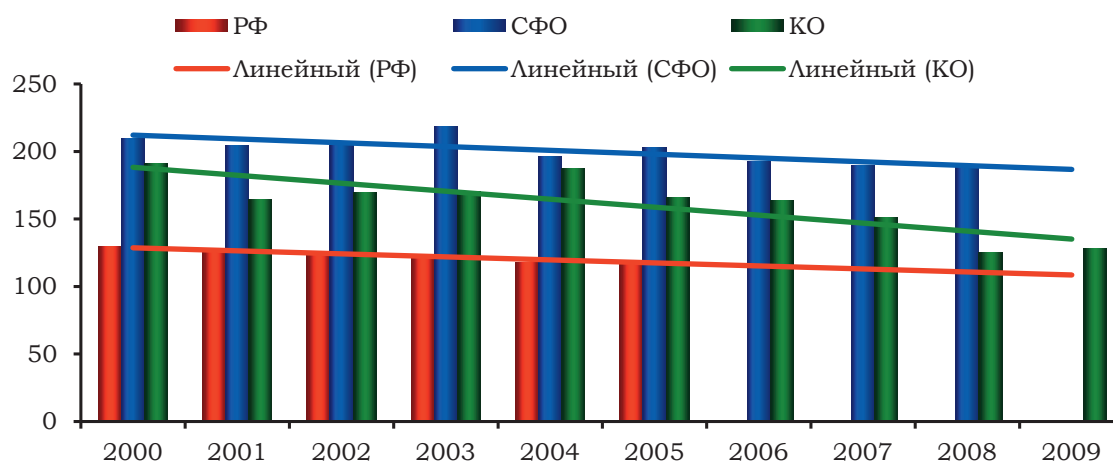
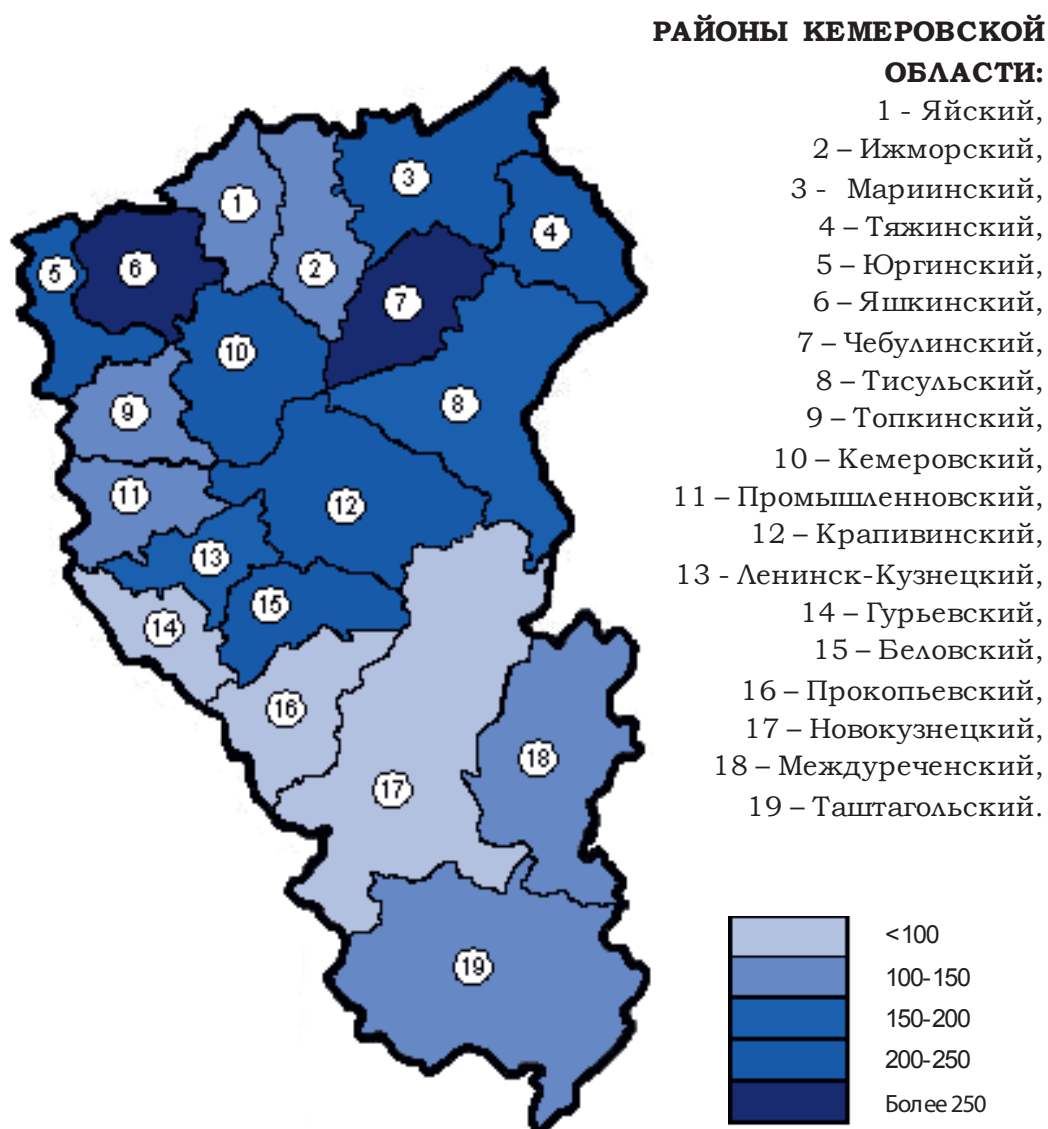


Рис. 55. Сравнительная динамика первичной заболеваемости умственной отсталостью детей по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч детского населения)

На картограмме 12 представлены показатели первичной заболеваемости умственной отсталостью на территории Кемеровской области в 2009 г. Максимальные значения показателей отмечены среди детского населения Чебулинского и Яшкинского

КАРТОГРАММА 12

**Показатели первичной заболеваемости
умственной отсталостью в 2009 г.**
(на 100 тысяч детского населения)



районов — 629 и 333 на 100 тысяч населения, минимальные в Гурьевском, Прокопьевском и Новокузнецком районах (0, 66 и 79 на 100 тысяч населения соответственно).

Сравнительная динамика общей заболеваемости умственной отсталостью детского населения РФ, СФО и Кемеровской представлена на рисунке 56. Линейные графики (линии трендов) показывают снижение показателей по всем трем территориям. Наи-

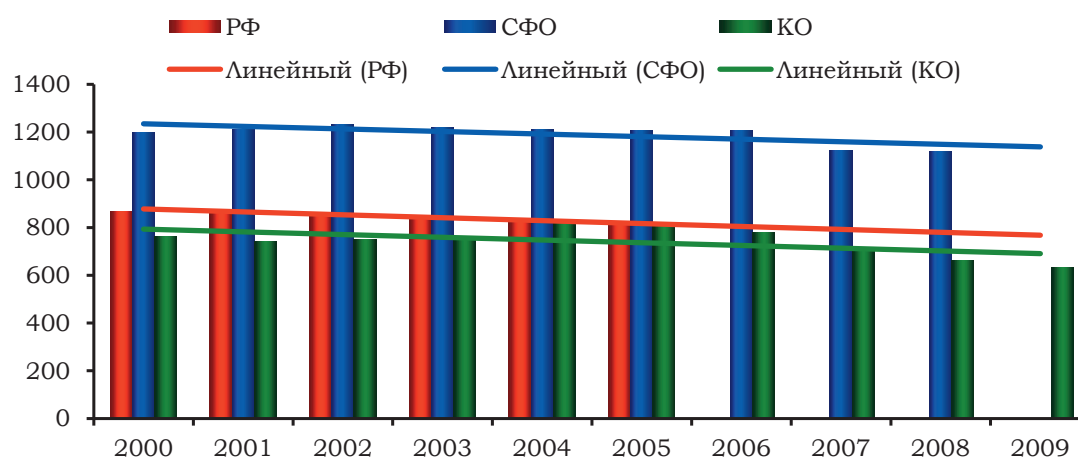


Рис. 56. Сравнительная динамика общей заболеваемости умственной отсталостью детей по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч детского населения)

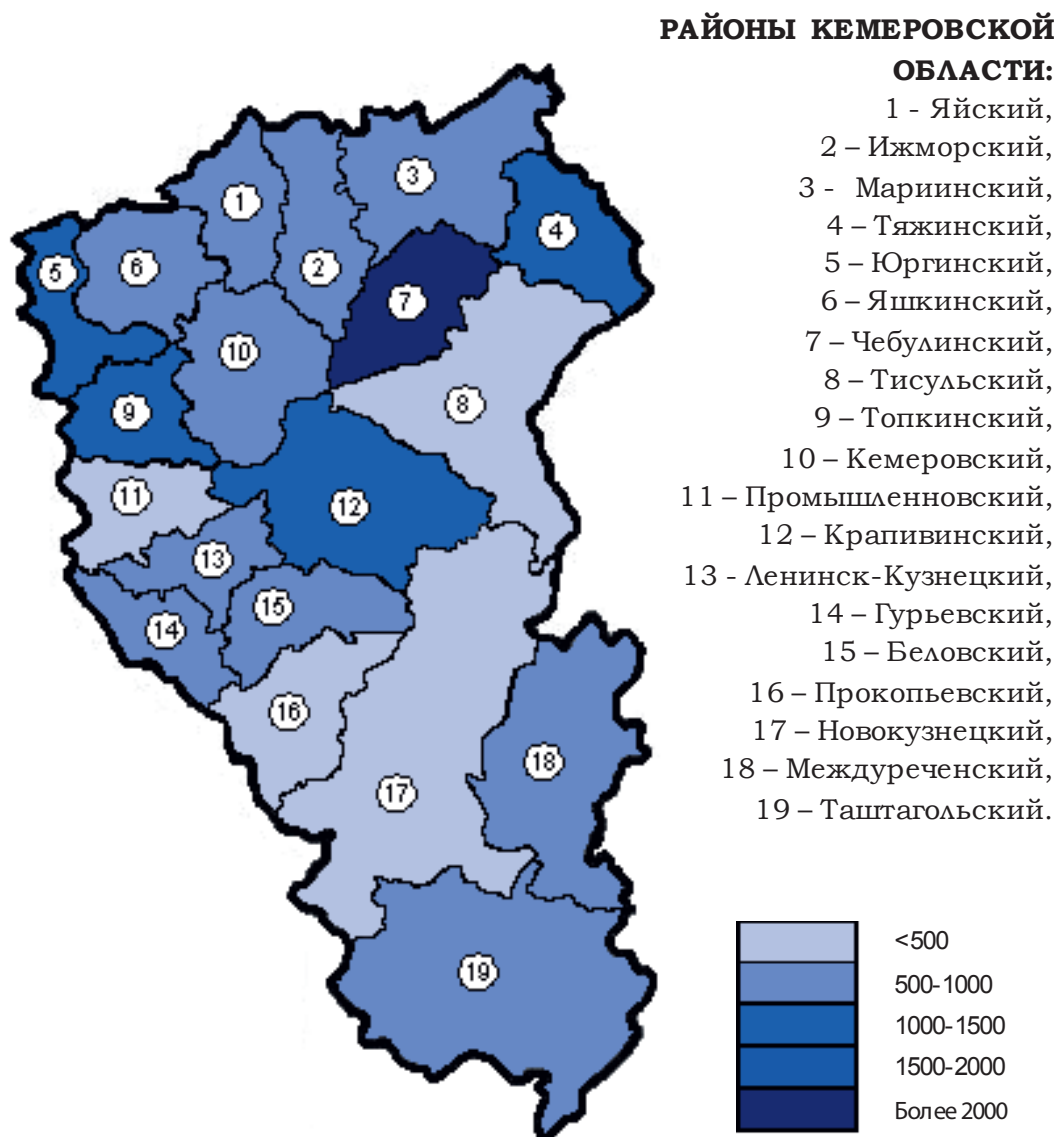
большие показатели отмечены на территории СФО, для РФ характерны промежуточные значения, Кемеровская область имеет минимальные величины показателей с их снижением от 762,1 (2000 г.) до 633 на 100 тысяч детского населения (2009 г.).

Показатели общей заболеваемости умственной отсталостью детского населения Кемеровской области в 2009 г. представлены на картограмме 13. Максимальное значение показателя зарегистрировано в Чебулинском районе — 2296 на 100 тысяч детского населения. Минимальные значения (менее 500 на 100 тысяч населения) наблюдаются в Прокопьевском, Новокузнецком, Промышленновском и Тисульском районах (484, 479, 451 и 372 на 100 тысяч населения соответственно).

Углубленное изучение клинических особенностей умственной отсталости у детей, обусловленной алкоголизмом родителей, на территории Кемеровской области было проведено А.В. Максименко (2010).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о тератогенном воздействии алкоголизма родителей на психическое и физическое развитие их детей, и дают основание для утверждения, что алкоголизм родителей оказывает задерживающее влияние не только на психическое развитие, но и тератогенное

КАРТОГРАММА 13
Показатели общей заболеваемости
умственной отсталостью в 2009 г.
(на 100 тысяч детского населения)



воздействие на сомато-морфологический статус детей (множественные регионарные морфологические дисплазии и отставание в физическом развитии).

Распределение умственной отсталости по тяжести также зависит от охваченности членов семьи алкоголизмом, а употребление алкоголя только отцом приводит к изменениям в психическом и физическом статусе детей, но его воздействие носит наименьший характер.

Особенности первичной и общей заболеваемости подросткового населения психическими расстройствами по РФ, СФО и Кемеровской области представлены в начале главы. Данные по результатам изучения первичной заболеваемости психическими расстройствами подросткового населения отдельных районов Кемеровской области в 2009 г. представлены на картограмме 14. Максимальный показатель зарегистрирован в Мариинском районе (3858 на 100 тысяч подросткового населения).

КАРТОГРАММА 14
Показатели первичной заболеваемости
психическими расстройствами в 2009 г.
(на 100 тысяч подросткового населения)



Минимальные значения показателей (ниже 500 на 100 тысяч населения) зафиксированы в Тяжинском, Междуреченском, Таштагольском, Юргинском, Тисульском и Прокопьевском районах (231, 263, 333, 343, 364 и 481 на 100 тысяч подросткового населения соответственно).

Изучение динамических показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами подростков по данным территориальных диспансеров и психиатрических кабинетов, позволило выделить две полярные группы. Первая группа представлена ростом показателей с высокими значениями в конечных точках (2009 г.), варьирующими в диапазоне от 1182 до 3858 на

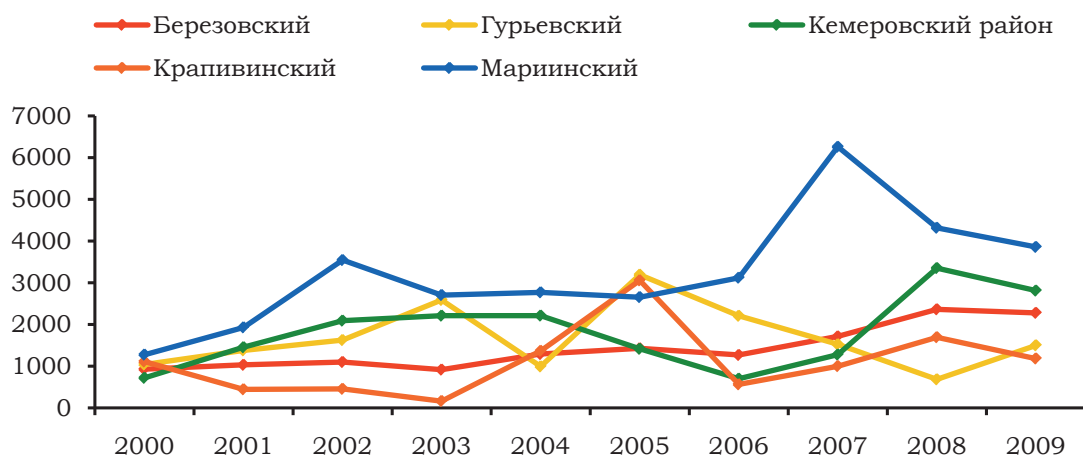


Рис. 57. Динамика первичной заболеваемости подросткового населения психическими расстройствами по первой группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч подросткового населения)

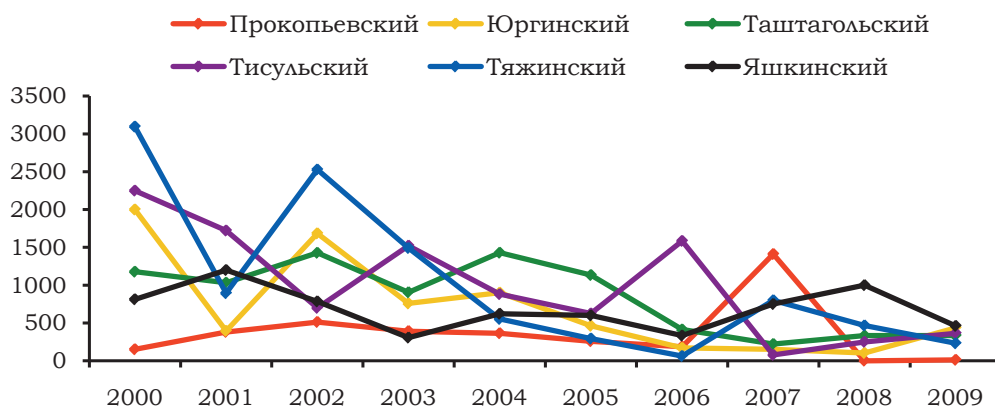


Рис. 58. Динамика первичной заболеваемости подросткового населения психическими расстройствами по второй группе территориальных диспансеров (на 100 тысяч подросткового населения)

100 тысяч населения (Крапивинский и Мариинский районы соответственно) (рис. 57).

Вторая группа отличается выраженными колебаниями показателей выявляемости в отдельные годы, а в целом снижением показателей до низких значений, не достигающих уровня 500 на 100 тысяч подросткового населения в 2009 г. (рис. 58).

Остальные диспансеры занимают промежуточное положение, динамика показателей имеет смешанный характер, но к

КАРТОГРАММА 15
Показатели общей заболеваемости
психическими расстройствами в 2009 г.
(на 100 тысяч подросткового населения)



2009 г. конечные точки расположены в диапазоне от 500 до 1000 на 100 тысяч подросткового населения.

На картограмме 15 представлены показатели общей заболеваемости подросткового населения психическими расстройствами по отдельным районам Кемеровской области в 2009 г.

Максимальные показатели зарегистрированы среди подросткового населения Мариинского, Беловского, Гурьевского, Крапивинского и Ленинск-Кузнецкого районов (10857, 10776, 9222, 9091 и 8423 на 100 тысяч населения соответственно). Минимальный показатель (2969 на 100 тысяч подросткового населения) отмечен в Яшкинском районе.

В нозологической структуре общей заболеваемости подросткового населения Кемеровской области высокий удельный вес занимает умственная отсталость — 41 % (2000 г.) и 36 % (2009 г.).

Анализируя динамические показатели общей заболеваемости умственной отсталостью подростков, можно отметить максимальные показатели и опережающий рост по Сибирскому округу, в РФ и Кемеровской области рост показателей незначительный, ближе к стабильному состоянию, значения показателей не достигают средних величин по СФО (рис. 59).

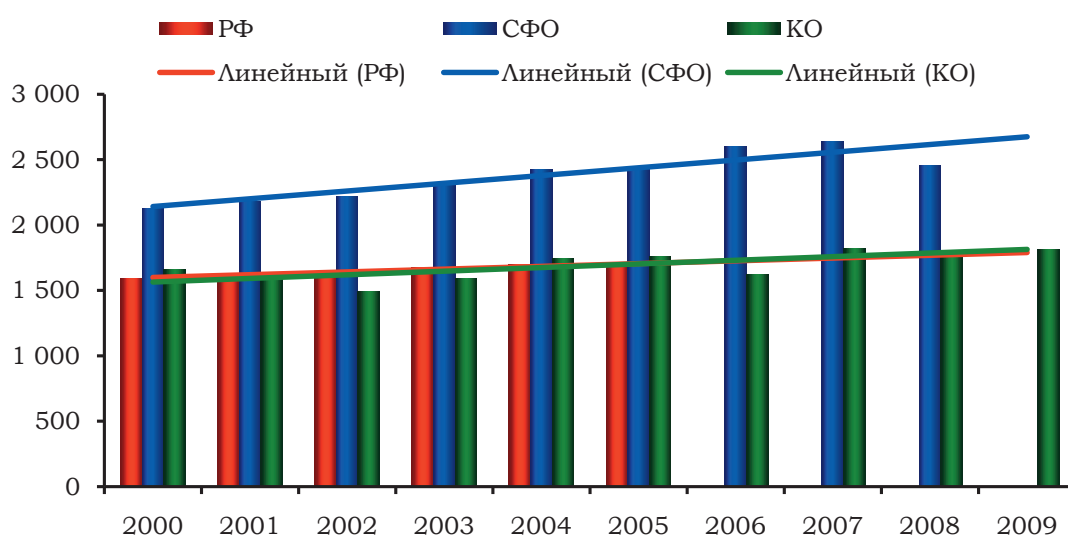


Рис. 59. Сравнительная динамика общей заболеваемости умственной отсталостью подростков по РФ, СФО и Кемеровской области (на 100 тысяч подросткового населения)

На картограмме 16 представлены показатели общей заболеваемости умственной отсталостью подросткового населения Кемеровской области на территориях отдельных районов в 2009 г. Наибольшие значения показателей (более 4000 на 100 тысяч подросткового населения) зарегистрированы в Гурьевском, Топкинском и Крапивинском районах, минимальные — в Таштагольском (менее 1000 на 100 тысяч подросткового населения).

КАРТОГРАММА 16
Показатели общей заболеваемости
умственной отсталостью в 2009 г.
(на 100 тысяч подросткового населения)



Таким образом, сравнительный анализ распространенности психической патологии в детском возрасте показал, что отмечается рост первичной заболеваемости по Кемеровской области, превышающий аналогичный по РФ, но ниже средних величин по СФО. Для общей заболеваемости характерны стабильные показатели, близкие к средним показателям по РФ, но также ниже средних по Сибирскому федеральному округу.

Показатели выявляемости психических расстройств в подростковом населении Кемеровской области выше средних по РФ и СФО, но в динамике за последние 10 лет имеют тенденцию к снижению. Общая заболеваемость психическими расстройствами в подростковом возрасте в Кемеровской области имеет тенденцию к росту (выше, чем в РФ, но ниже средних по округу).

Для Сибирского федерального округа в целом характерны более высокие показатели как первичной, так и общей заболеваемости психическими расстройствами у детей и подростков по сравнению с показателями России и Кемеровской области, кроме выявляемости в подростковом возрасте.

Кемеровская область, отличающаяся высокой плотностью населения и наибольшей доступностью психиатрической помощи в силу ее децентрализации, демонстрирует относительно большую эффективность оказания помощи лишь для подросткового населения.

Исходя из положения, что истинный уровень психического здоровья детско-подросткового населения данных территорий Сибири должен быть одинаковым, приобретают значение не только и не столько приближенность, доступность помощи, сколько такие факторы, как наличие дополнительных форм и структур по выявлению, лечению и наблюдению детей и подростков с психическими расстройствами.

Глава 5

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ситуация, связанная с зависимостью от психоактивных веществ, остается напряженной практически во всех субъектах Российской Федерации. Распространенность алкоголизма в РФ составляет 3 млн 318 тысяч человек или 2336,3 больных на 100 тысяч населения (из них 2794,7 на 100 тысяч мужского населения и 562,3 на 100 тысяч женского населения), что составляет 2,3 % от общей численности населения страны (Кошкина Е.А., Киржанова В.В., 2009).

Последние 5 лет характеризовались некоторым снижением учтенной распространенности наркологических расстройств — среднегодовой темп снижения показателя составил 0,6 %, при этом распространенность алкоголизма снизилась на 1,8 %, токсикомании — на 4,4%, а показатель распространенности наркомании увеличился на 0,6 %.

Большинство зарегистрированных — это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, злоупотребляющие алкоголем с вредными последствиями (82,2 % от общего числа зарегистрированных больных). На больных наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, пришлось 16,6 % страдающих токсикоманией и злоупотребляющих ненаркотическими ПАВ — 1,2 %.

Показатель заболеваемости алкоголизмом в Кемеровской области на протяжении 10 лет нового века продемонстрировал максимальные значения в период с 2002 по 2005 г. с последующим кратным снижением по сравнению с 2000 г. (со 116 до 58,2 на 100 тысяч населения соответственно) (рис. 60).

Показатель заболеваемости алкогольными психозами среди населения Кемеровской области имел незначительные колебания,

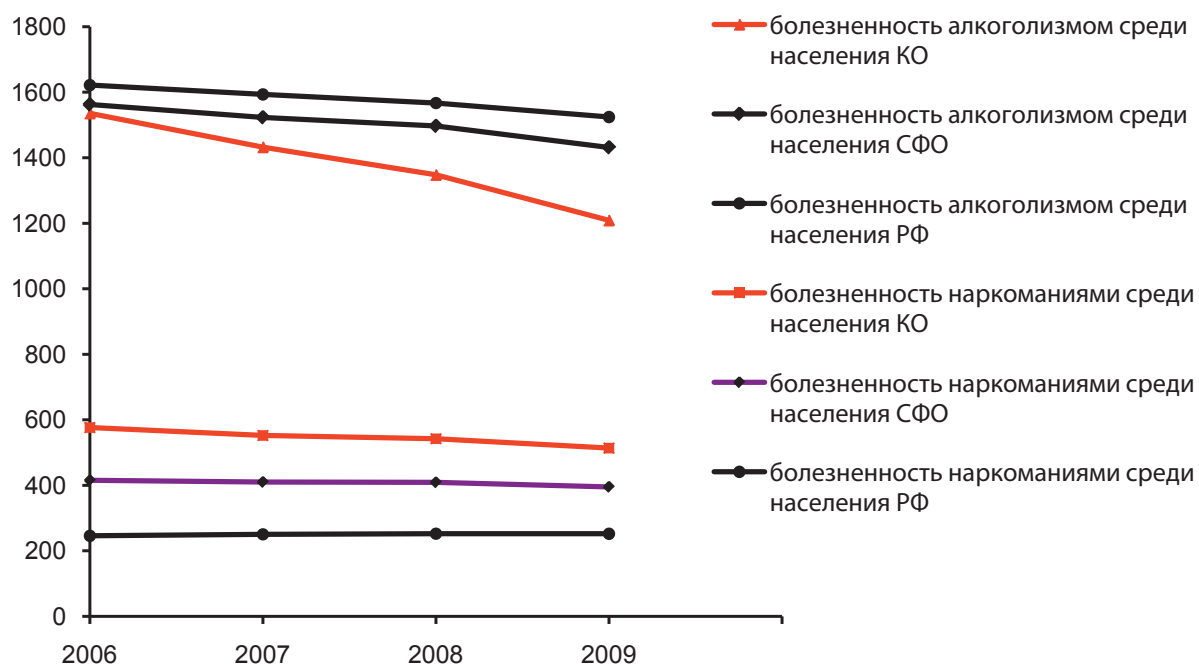


Рис. 60. Распространенность наркологических расстройств в Кемеровской области, СФО и РФ в 2006–2009 гг. (на 100 тысяч населения)

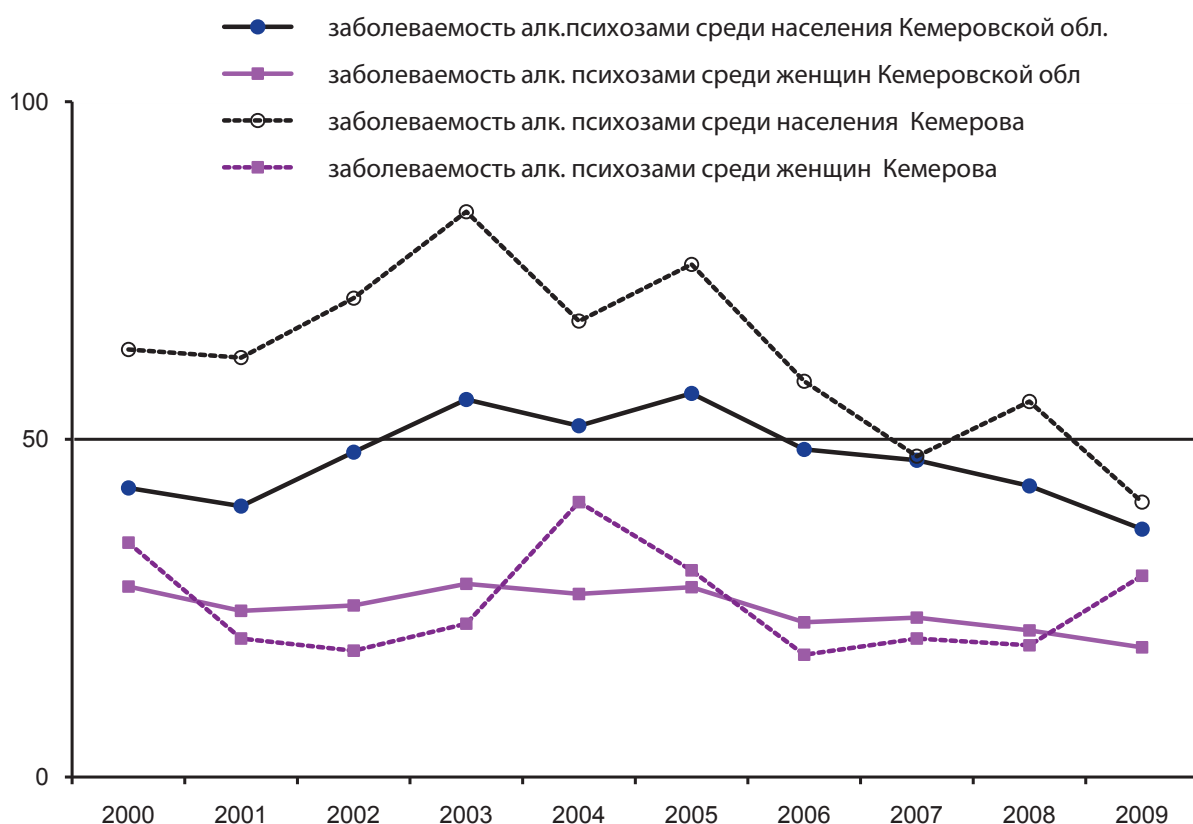


Рис. 61. Заболеваемость алкогольными психозами среди населения Кемерова и Кемеровской области в 2000–2009 гг. (на 100 тысяч населения)

но в целом был стабильно высоким, особенно среди городского населения в 2002–2005 гг. (рис. 61).

В настоящее время при некотором снижении первичной заболеваемости алкогольными психозами этот показатель в Кемерове в 2009 г. по-прежнему был высоким (40,7 на 100 тысяч населения), соответствуя среднему уровню по РФ (40,8 на 100 тысяч населения). Очевидно, что заболеваемость алкогольными психозами является более корректным показателем реальной алкогольной ситуации в регионе.

Об этом свидетельствуют литературные данные о наличии корреляционной зависимости между истинной распространенностью алкоголизма и алкогольных психозов, особенно в том случае, если не действуют социальные экстремальные факторы, как например, небезызвестная антиалкогольная кампания 1985–1988 гг. (Миневич В.Б., Баранчик Г.М., Рахмазова Л.Д., Агарков А.П., 1994; Семин И.Р., 1998). По данным 2004 г. распространенность алкоголизма в таких городах Кемеровской области, как Юрга, Березовский, Мыски, Гурьевск (2125, 1948, 1770, 1882

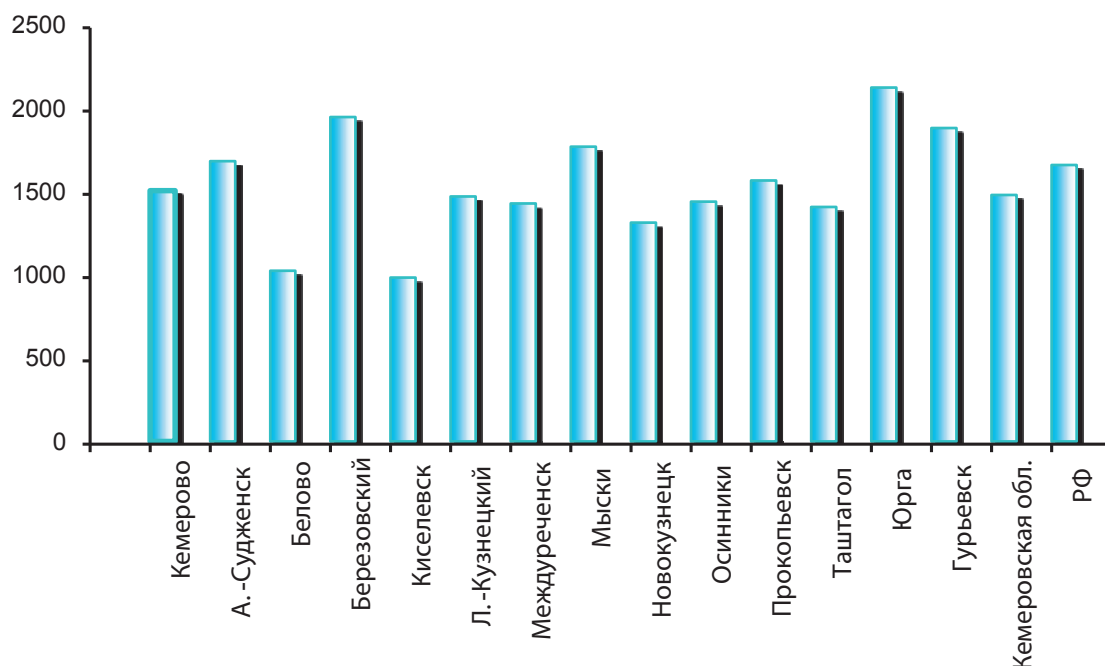


Рис. 62. Распространенность алкоголизма в городах Кемеровской области в 2004 г. на 100 тысяч населения (по данным Клинического наркологического диспансера)

на 100 тысяч населения соответственно), значительно превышала показатели по РФ (1660 на 100 тысяч населения). При этом в ряде городов области (Белово и Киселёвск) этот показатель оставался явно ниже среднего по стране (1025 и 984 на 100 тыс. нас. соответственно) (рис. 62).

Показатели распространенности женского алкоголизма в Кемеровской области также остаются стабильно высокими, достигая 594,0 на 100 тысяч женского населения в 2009 г. (на 100 тысяч женского населения РФ приходится 562,3 женщин, больных алкоголизмом, из них 34,2 больных алкогольными психозами). В период с 2002 по 2005 г. имел место наибольший рост заболеваемости алкогольными психозами среди женщин Кемеровской области с последующим снижением средних значений показателя в 2009 г. (до 19,2 на 100 тысяч населения) и ростом в Кемерове до уровня 2005 г. (29,8 на 100 тысяч населения) (рис. 63). В 2002-2005 гг. отмечается также выраженный скачок подростко-

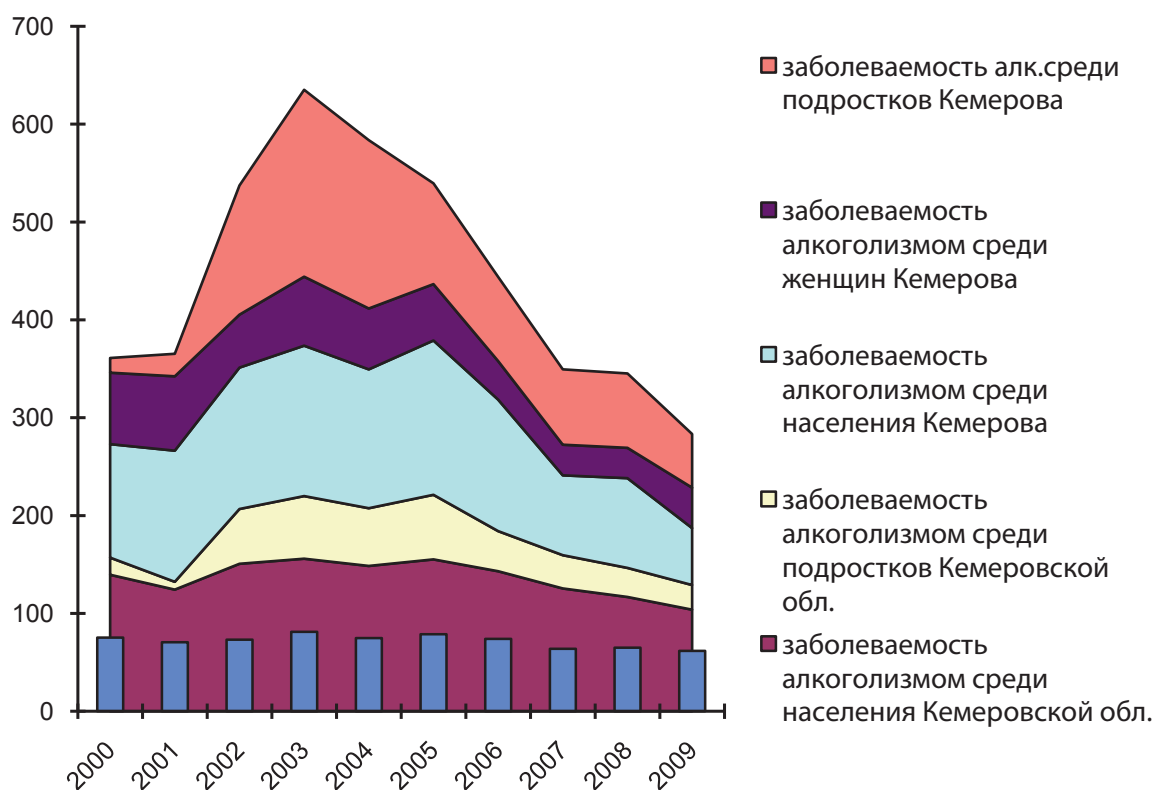


Рис. 63. Заболеваемость алкоголизмом среди населения Кемерова и Кемеровской области в 2000-2009 гг. (на 100 тысяч населения)

вого алкоголизма (более чем в 5 раз) среди городского населения с последующим его снижением.

Тем не менее показатели заболеваемости алкоголизмом среди подросткового населения Кемерова в 2009 г. (54,8) кратно (более чем в 3 раза) превышают показатели 2000 г. (15,0 на 100 тысяч подросткового населения).

Распространенность наркоманий в 2007-2009 гг. в регионах СФО, особенно в Кемеровской (513,7), Новосибирской (575,9) и Иркутской (500,8) областях, практически стабилизировалась, сохраняясь на высоком уровне, превышающем показатели по СФО (395,1 на 100 тысяч населения) и РФ (252,1 на 100 тысяч населения).

Среди женщин и подростков Кемерова и Кемеровской области распространенность наркоманий после резкого повышения в 2000-2003 гг. с 2005 г. приобрела тенденцию к снижению (рис. 64).

Подобная тенденция отмечается по показателям заболеваемости наркоманиями — после пика заболеваемости, особенно сре-

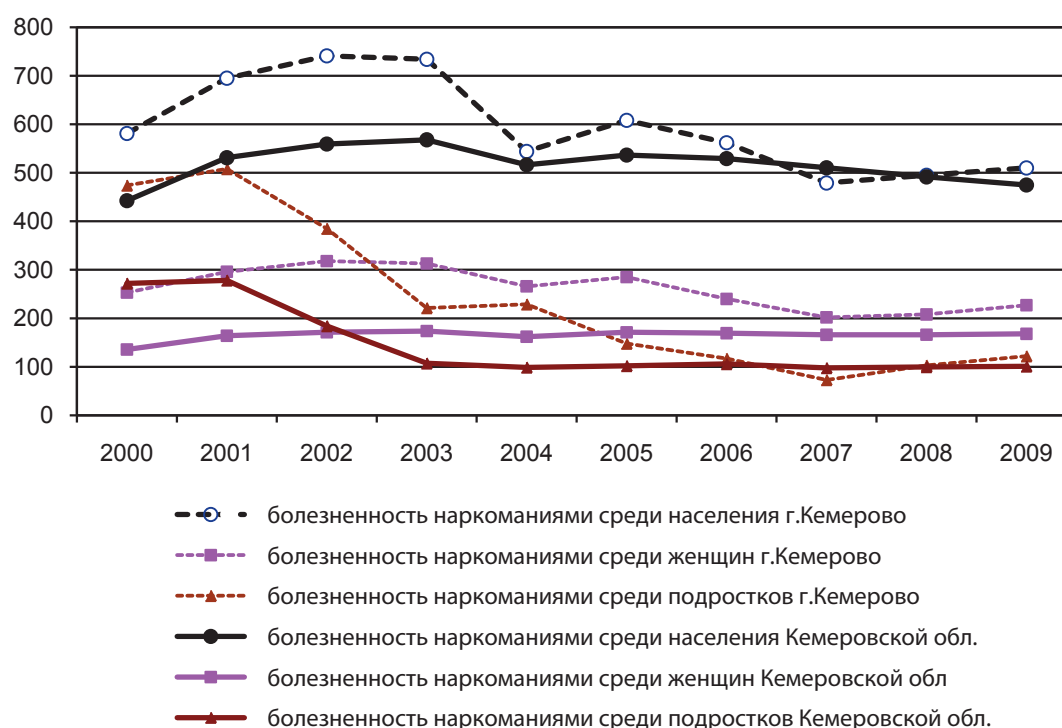


Рис. 64. Распространенность наркоманий среди населения г. Кемерово и Кемеровской области в 2000-2009 гг. (на 100 тысяч населения)

ди подростков в 2001 г., в дальнейшем отмечается снижение показателей заболеваемости наркоманией среди всех категорий населения до 49,0 на 100 тысяч населения в 2009 г., кроме заболеваемости подростков Кемерова, где происходит рост и возвращение к уровню 2003 г. (122,0 на 100 тысяч подросткового населения). Заболеваемость наркоманиями по Кемеровской области в целом с 2004 г по настоящее время остается на уровне плато и составляет в среднем 71-77 на 100 тысяч населения.

Распространенность наркоманий среди городов Кемеровской области по данным 2004 г. особенно высока в городах Мыски (1432 на 100 тысяч населения) и Белово (1163 на 100 тысяч населения) в сравнении с РФ (240 на 100 тысяч населения) (рис. 65).

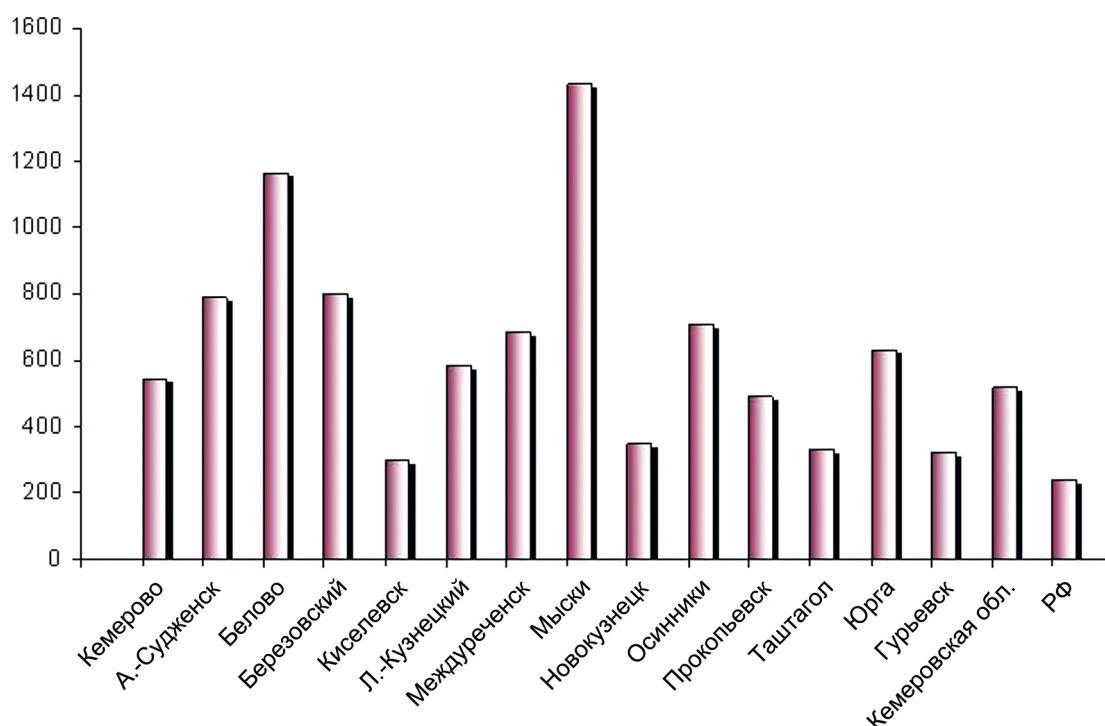


Рис. 65. Распространенность наркоманий в городах Кемеровской области в 2004 г. (на 100 тысяч населения)

Распространенность токсикоманий доминирует среди подростков, особенно среди подростков областного центра, где в 2003-2007 гг. отмечается высокий рост показателей до 281 на 100 тысяч населения с последующим снижением в 2008 г. до

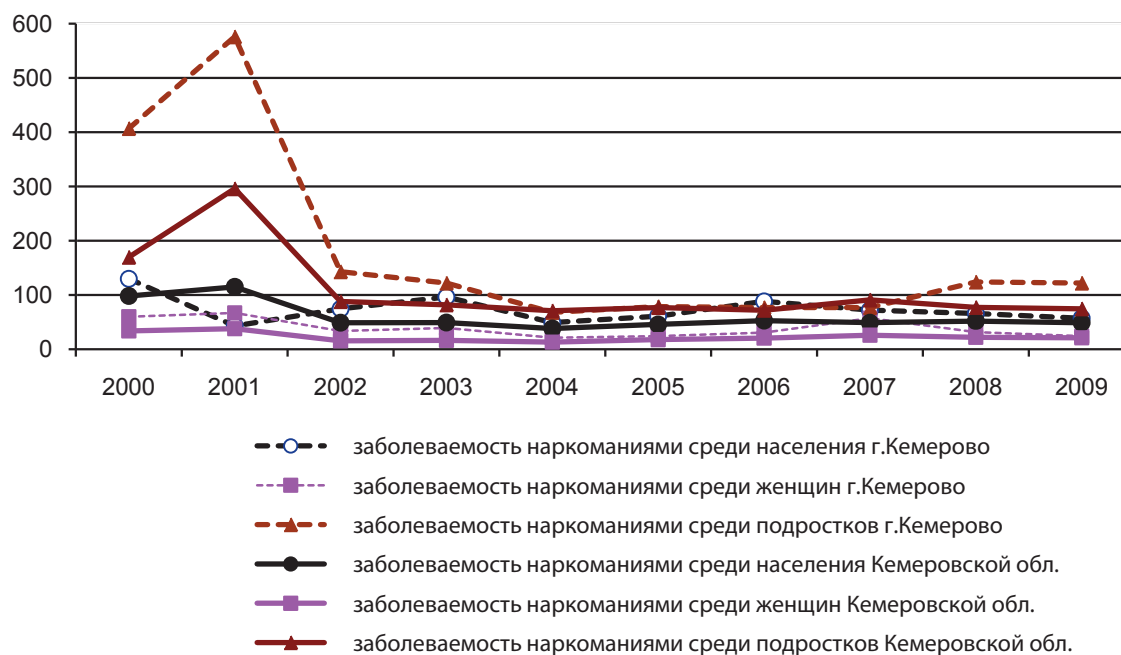


Рис. 66. Заболеваемость наркоманиями среди населения Кемерова и Кемеровской области в 2000-2009 гг. (на 100 тысяч населения)

уровня 2001 г. (54,0 в Кемерове и 27,0 на 100 тысяч подросткового населения в Кемеровской области) (рис. 66).

В динамике заболеваемости токсикоманиями среди подростков также отмечается скачок показателей в 2003-2004 гг. и 2007 г. (до 88,0 на 100 тысяч населения) с последующей тенденцией к снижению до 11,0 на 100 тысяч населения в Кемеровской области в 2009 г. Среди остального населения показатели распространенности токсикоманий незначительны.

Таким образом, анализ динамики распространенности алкоголизма, алкогольных психозов, наркоманий и токсикоманий в Кемеровской области за период «нулевых» годов (2000-2009 гг.) по данным годовых отчетов наркологической службы Кемеровской области и сводным данным по регионам СФО выявил следующее.

Распространенность алкоголизма в Кемеровской области в первом десятилетии 21-го века снижается: количество учтенных больных алкоголизмом с 2004 г. медленно уменьшается, достигая в 2009 г. наименьшей за десятилетний период цифры — 1130,8 на 100 тысяч населения (для сравнения: в СФО — 1431,5, РФ — 1524,3 на 100 тысяч населения соответственно).

Заболеваемость алкоголизмом среди населения Кемерова и Кемеровской области также обнаруживает тенденцию к снижению, кроме заболеваемости алкоголизмом женщин в Кемерове, где этот показатель в 2009 г. повысился, что нашло подтверждение и в росте показателя заболеваемости алкогольными психозами среди женщин.

Распространенность наркоманий в Кемеровской области демонстрирует стабильно высокие показатели на протяжении всего десятилетия (2000-2009 гг.), превышающие таковые показатели по РФ не менее чем в 2 раза (513,7 и 252,1 на 100 тысяч населения соответственно). В 2006-2009 гг. устанавливается уровень плато, кроме ситуации среди подросткового населения Кемерова — в 2009 г. происходит рост заболеваемости наркоманиями и алкоголизмом среди подростков. Среди этой категории населения остается высокой распространенность токсикоманий.

Содержание

Введение	3
Глава 1. Исторические, климатогеографические, социально-экономические характеристики Кемеровской области. Психиатрическая служба	7
1.1. Климатогеографические и социально-экономические характеристики Кемеровской области	7
1.2. Психиатрическая служба Кузбасса	17
Глава 2. Распространенность психических расстройств, шизофрении на административных территориях Кемеровской области	24
2.1. Первичная заболеваемость психическими расстройствами и шизофренией	25
2.2. Общая заболеваемость психическими расстройствами и шизофренией	34
Глава 3. Распространенность непсихотических психических расстройств и умственной отсталости на территории Кемеровской области	44
3.1. Эпидемиология непсихотических психических расстройств	44
3.2. Динамика показателей распространенности умственной отсталости среди населения Кемеровской области	56
Глава 4. Психическое здоровье детей и подростков Кемеровской области	67
Глава 5. Наркологическая ситуация в Кемеровской области	91

Научное издание

Валентин Яковлевич Семке, Николай Александрович Бохан,
Любовь Демьяновна Рахмазова, Наталья Анатольевна Васильева,
Александр Витальевич Гычев, Аркадий Валентинович Семке,
Анна Исаевна Мандель, Алексей Александрович Агарков,
Вадим Эдуардович Новиков, Вероника Альбертовна Сорокина,
Нина Васильевна Багрий, Андрей Анатольевич Лопатин,
Александр Михайлович Селедцов, Наталья Петровна Кокорина,
Артем Владимирович Максименко

АТЛАС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Технические редакторы:
И. А. Зеленская, М. Е. Кононова

Подписано в печать 21.02.2011 г.

Формат 60х84 ¹/₈.
Бумага мелованая. Печать офсетная.
Гарнитура «Bookman Old Style»
Печ. л. 12,5; усл. печ. л. 11,63 ; уч.-изд. л. 5,65.
Тираж 500. Заказ № 912.

Издательство «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1
тел.: (3822) 40-71-24, тел./факс: (3822) 40-79-55
E-mail: mail@if.tomsk.ru