

реждения, осуществляющего государственный санитарный надзор). Решение по медицинскому профессиональному отбору работников является компетенцией врачей-специалистов, а требования к исходному состоянию здоровья претендентов на занятие должности должны быть тем более «жесткими», чем выше степень алергоопасности нп конкретных рабочих местах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Классификация и перечень алергоопасных для человека промышленных веществ, основные меры профилактики: руководство Р11-11-11 РБ 02 / В. В. Шевляков [и др.] // Сборник офиц. документов по медицине труда и произв. санитарии. — Минск: ПЧУП «Бизнесофсет», 2003. — Ч. XI. — С. 94–126.
2. Критерии гигиенической оценки степени алергоопасности производственной среды : инструкция 2.2.5.11-11-24-2003 / постановление Глав. гос. сан. врача РБ от 21.11.03 г. № 142 // Сборник офиц. документов по медицине труда и произв. санитарии. — Минск: ПЧУП «Бизнесофсет», 2004. — Вып. XIII. — С. 106–121.
3. Шевляков, В. В. Алергоопасность производственной среды и риск формирования профессиональных алергических заболеваний, их профилактика / В. В. Шевляков // Охрана труда. — 2007. — № 10. — С. 61–67, 82–84.

УДК 616.895.8-036.22(476)

ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ШИЗОФРЕНИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Шилова О. В.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Статистическая информация о здоровье населения является основой подготовки решений по совершенствованию политики, выбору приоритетов, определению стратегии развития системы охраны здоровья в стране. Особую актуальность представляет повышение возможностей государственной статистики по обеспечению полноты и достоверности информации, а также сопоставимости статистической информации как внутри страны, так и в сравнительно-международном аспекте.

Изучению эпидемиологии психических расстройств в последние десятилетия посвящено множество работ во всем мире. Это связано с увеличением их числа, что вызвано усложнением социальной и экономической ситуации, значительным бременем данных расстройств для системы здравоохранения и общества в целом. Большое значение имеет снижение трудоспособности, качества жизни пациентов и членов их семей, а также роль психических расстройств в утяжелении течения соматических заболеваний. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, по системе DALY (количество лет с поправкой на качество жизни), психические расстройства занимают лидирующую позицию [1, 5].

Шизофрения является хроническим психическим расстройством с началом в молодом возрасте, приводящая к серьезным нарушениям мышления, восприятия, эмоций и поведения в целом. Хотя доля пациентов с шизофренией среди всей патологии невелика, суммарное бремя значительно превышает другую патологию. Это связано с прогрессирующим течением, прогнозируемым снижением трудоспособности и высокой потребностью в медицинской помощи и реабилитации [2]. Структура расходов государства включает как прямые затраты на оказание медицинской помощи (стационарное лечение, диспансерное наблюдение, медикаменты), так и косвенные. К ним обычно относят потери от недополученного валового внутреннего продукта вследствие временной и стойкой нетрудоспособности. При этом, как правило, не учитываются затраты немедицинских ведомств (социального обеспечения и пенитенциарной системы) и бремени семей как экономического, так и эмоционального.

Оптимизация организационно-методологических подходов оказания помощи невозможна без достоверных статистических данных об эпидемиологических характеристиках контингента, динамики и прогноза, учитывая высокую долю стационарного лечения в нынешних условиях и тенденцию к стационарзамещающим технологиям. Остается также высокой потребностью в совершенствовании системы реабилитации.

Согласно мировым эпидемиологическим исследованиям, количество пациентов составляет от 0,2 до 0,7 % населения и не зависит от географических, экономических, экологических характеристик региона. Выявленные различия касались доступности медицинской помощи, количества и подготовленности врачей-психиатров, а также культуральных и религиозных особенностей, влияющих на обращаемость населения. В ряде исследований показано, что не столько количество психиатров, сколько информированность населения и особенности стигматизации психических расстройств в регионе влияли на обращаемость [3].

По данным обзора большого количества эпидемиологических исследований, проведенного F. Jacobi и соавт. за 2000–2004 гг., болезненность психотическими расстройствами составляла 26 случаев за 1 год и 45 случаев за всю жизнь на 1000 населения в возрасте 18–65 лет (принимая во внимание любой психотический синдром) [4, 5]. Психотические синдромы в этом исследовании включали шизофрению, шизоаффективные и бредовые расстройства, а также психотическую симптоматику в рамках депрессивных и биполярных расстройств. Первичная заболеваемость, если следовать узким понятиям шизофрении, находилась в диапазоне между 0,7 и 1,4 случая на 10 тыс. населения. Заболеваемость психотическими расстройствами составила от 1,6 до 4,2 случая на 10 тыс. населения ежегодно. Эти показатели аналогичны результатам, полученным в некоторых других работах: 1,7 случая на 10 тыс. в год только для шизофрении (по МКБ-10) и 1,9 на 10 тыс. в год при использовании более широкого понятия болезни, включавшего также и параноидные расстройства [2].

Доступная статистическая информация о пациентах с психическими расстройствами (в том числе с шизофренией) касается первичной заболеваемости, заболеваемости и инвалидности. Так, в 2013 и 2014 гг. по Республике Беларусь было выявлено 521 и 549 случаев шизофрении (соответственно, 5,5 и 5,8 на 100 тыс. человек). Если, как принято в Европейских исследованиях суммировать все психотические неорганические расстройства (в сумму мы не включали острые, преходящие и неорганические психозы), то первичная заболеваемость составит, соответственно 1269 и 1232 человека, или 13,5 и 13,1 на 100 тыс. населения [5]. Имеющиеся различия могут быть объяснены особенностями диагностики и сроками установления диагноза «шизофрения» после первого психоза, зашифрованного как «острое психотическое расстройство».

В 2013 и 2014 гг. заболеваемость шизофренией составила, соответственно, 23011 и 22617 человек (243,1 и 238,7 на 100 тыс. населения). В широком понятии (психотические расстройства) — соответственно, 30917 и 30744 пациентов, или 326,7 и 324,4 на 100 тыс. человек. Если привести показатели к виду, пригодному для сравнения (возраст пациентов от 18 до 65 лет), то заболеваемость шизофренией составила 296,6 и 292,3 на 100 тыс. человек в 2013 и 2014 годах соответственно. В широком смысле психотических расстройств показатели следующие: 390 и 387,1 на 100 тыс. населения [5]. Таким образом, она значительно ниже диапазона показателей, полученных в результате международных исследований (45 случаев на 1000 населения, или 4500 на 100 тыс. населения).

Согласно статистической отчетности, имеются данные о контингенте пациентов, состоящих на диспансерном учете по целой группе заболеваний, кроме шизофрении, в группу включены шизоаффективные психозы, шизотипическое расстройство, аффективные психозы с неконгруэнтным бредом. Контингент составляет на конец 2014 г. 21392 человека. Сняты с наблюдения в связи со стойким улучшением 385 пациентов. Пролечены стационарно только с шизофренией 12360 пациентов, со всеми перечисленными психотическими расстройствами — 15019 человек [5].

Показатель заболеваемости определяется как количество пациентов, обратившихся по поводу данного заболевания в данном году плюс снятые с учета в связи со стойким улучшением (медицинская карта передается в архив), со смертью или помещением в специализированное учреждение социального обслуживания (интернат). Снятие с учета свидетельствует не только об улучшении течения заболевания в виде отсутствия продуктивной симптоматики (галлюцинаций, бреда), но и о снижении потребности в медицинской помощи. При этом часто остается высокой потребность в реабилитации и социальной помощи, снижается качество жизни, растет бремя семей.

Таким образом, статистическое и организационно-методическое обеспечение эпидемиологии шизофрении в Республике Беларусь не позволяет определить точное количество пациентов с данной патологией в стране. Проблемное поле эпидемиологии шизофрении заключается в отсутствии учета пациентов, не состоящих на активном диспансерном учете и в группе консультативного наблюдения. Вне поля зрения оказываются пациенты с шизофреническим дефектом: с нарушениями эмоций, мышления и поведения. Это социально дезадаптированные, одинокие или полностью зависящие от родственников люди с высокой потребностью в медико-социальной помощи. Вне официальной медицинской статистики оказываются также подопечные учреждений социального обслуживания и опеки, хотя медицинская помощь им (в том числе стационарная) периодически оказывается. Результатом является недооценка медицинской и социальной значимости проблемы, а также сложности планирования, организации и прогнозирования перспектив в оказании медицинской помощи данному контингенту и его реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000–2010 гг.) / И. А. Митихина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. — 2011. — № 6. — С. 4–14.
2. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders / Wulf Roessler [et al.] // European Neuropsychopharmacology. — 2005. — Vol. 15. — P. 399–409. — Режим доступа: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/roessler-schizophrenia-europe-2005.pdf>. — Дата доступа 05.09.2016
3. Bernice, A. Комплексный взгляд: лицом к лицу с вопросами, как и почему люди решают обратиться или не обратиться за психиатрической помощью / World Psychiatry (на русском) / A. Bernice Pescosolido // Sigrun Olafsdottir. — 2013. — № 3. — P. 261–263. — Режим доступа: <http://psychiatr.ru/magazine/wpa/38/718>. — Дата доступа: 31.08.2016.
4. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS) / F. Jacobi [et al.] // Psychological Medicine. — 2004. — Vol. 34. — P. 1–15. — Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15099415>. — Дата доступа: 05.09.2016.
5. Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь 2014 г.: информ.-стат. сб. / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья / сост.: А. И. Старцев [и др.]. — Минск: Профессиональные издания, 2015. — 122 с.

УДК 614.2:613.84

ВРАЧИ: ОТНОШЕНИЕ К КУРЕНИЮ И ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА БОРЬБУ С КУРЕНИЕМ

*Щавелева М. В.¹, Вязьмин А. М.¹, Шваб Л. В.¹,
Романова А. П.¹, Шпаковская Е. В.¹, Кузнецов Я. О.²*

¹Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

²Учреждение здравоохранения

«5-я городская клиническая поликлиника»

г. Минск, Республика Беларусь

На сегодняшний день бремя хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ) становится все большей угрозой социально-экономическому развитию страны. Опыт организации деятельности систем здравоохранения многих государств свидетельствует, что в течение длительного времени была недооценена роль факторов риска (ФР) развития НИЗ. Сегодня аксиомой является положение о том, что вмешательства на популяционном уровне должны быть сосредоточены на трех основных направлениях: борьба с курением, профилактика злоупотребления алкоголем, улучшение рациона питания и физическая активность [1]. В приведенном списке борьба с курением занимает первое место. Вместе с тем приходится констатировать, что даже известные политические лидеры [2, 3] относятся к ряду направлений этой работы скептически. Неудивительно, что доля «регулярных курильщиков» во многих странах остается высокой, а потребление табака представляет серьезную проблему для здравоохранения. Республика Беларусь не является исключением. По данным «страновой оценки» [1], по доле «регулярных курильщиков» среди муж-