

УДК: 616.895.8-008.

Н. А. Корнетов¹, В. А. Вербенко², В. В. Строевский²
КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, СТРАДАЮЩИМ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО
СПЕКТРА НА ПРИМЕРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ
(РОССИЯ) И АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ (УКРАИНА)

¹Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации
и профессиональной переподготовки специалистов
Сибирского государственного медицинского университета. Россия.

²Кафедра психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом общей и медицинской психологии
Государственного учреждения «Крымский государственный медицинский университет
им. С. И. Георгиевского»

Ключевые слова: Психиатрия, депрессивное расстройство, суицид, первичная медицинская сеть

Депрессивное расстройство является одним из ведущих лидеров в мире по распространенности, длительности, тяжести болезни и суицидальной активности. Депрессия также ухудшает общее самочувствие,

затрудняет выполнение повседневных обязанностей и социально-трудовую деятельность в значительно большей степени, чем хронические соматические заболевания. Депрессия осложняет их течение и снижает продолжительность и качество жизни. Диагностический опыт стран Восточной Европы и постсоветского пространства показал генетическую связь между депрессиями и суицидами в период пролонгированных социально-стрессовых событий, при коренных изменениях общественной жизни. Сложившаяся практика социальной помощи населению является ведомственной и функционально не связанной. Отсутствует преемственность и система регламентированных взаимоотношений между психолого-педагогической, медико-генетической, психотерапевтической, акушерско-гинекологической, правовой и другими видами помощи в рамках города и области [1]. Так, например, в 1990 г депрессия была четвертой самой общей причиной потери количества лет жизни с учетом инвалидности в мире, и предполагается, что к 2020 г. она станет второй самой общей причиной. В 1994 г. было определено, что в промышленно развитых странах приблизительно 1,5 миллионов лет жизни с учетом инвалидности теряются каждый год в результате депрессии. В развивающемся мире потери в результате инвалидности еще более обычны [2].

Следует уточнить некоторые понятия связанные с новыми расчетами смертности и нарушениями функциональных возможностей (инвалидизации). Помимо наиболее полных и последовательных наборов для расчетов заболеваемости и смертности по возрасту, полу, региону, которые когда-либо были подготовлены, при расчете ГББ был также введен новый метрический показатель – годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALY). Таким образом, в формулу расчета были включены количество лет жизни с поправкой на инвалидность DALY – с тем, чтобы в количественном выражении можно было определить бремя болезни [3; 4]. Если детализировать сущность методологии DALY, то она выступает в качестве количественной возможности, позволяющей на основе объединения информации о воздействии преждевременной смертности и инвалидности, а также нефатальных исходов определять существующие между ними разрывы. Один DALY сопоставим с одним потерянным годом здоровой жизни. Бремя болезни является показателем разрыва между состоянием здоровья в настоящее время в идеальной ситуации, при которой каждый доживает до преклонного возраста без болезней и инвалидности. Вопросы, касающиеся более детального рассмотрения DALY можно представить следующим образом: DALY для определенного заболевания представляет собой сумму лет жизни, потерянных в связи с преждевременной смертностью (YLL) в одной группе населения, и лет жизни потерянных в связи с инвалидностью (YLD) для отдельных случаев каждого состояния [5]. Распространенность ДР во всем мире охватывает 350 миллионов человек [6]. Депрессия отличается от обычных изменений настроения и кратковременных эмоциональных реакций

на проблемы в повседневной жизни. Депрессия может стать серьезным нарушением здоровья, особенно если она затягивается и принимает умеренную или тяжелую форму. ДР вызывает значительные страдания человека, обуславливает его низкий уровень функционирования на работе, в школе и в семье. В худших случаях она часто может приводить к самоубийству. Ежегодно происходит 1 миллион случаев смерти в результате самоубийств [7].

Несмотря на то, что известны эффективные виды лечения депрессии, такое лечение получают менее половины страдающих от нее людей в мире, (в некоторых странах менее 10%). Препятствия на пути получения эффективного лечения включают отсутствие ресурсов, нехватку подготовленных провайдеров медицинской помощи и социальную стигматизацию, связанную с психическими расстройствами [8].

Еще одним препятствием является неточная оценка. Даже в некоторых странах с высоким уровнем дохода людям, страдающим депрессией, не всегда определяется правильный диагноз, в то время как другим людям, не имеющим этого расстройства, иногда выносятся ошибочный диагноз, и назначаются антидепрессанты.

Бремя депрессии и других нарушений психического здоровья растет в глобальных масштабах. В мае 2012 года Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, в которой призвала к принятию комплексных, скоординированных ответных мер на психические расстройства на национальном уровне [9].

Кроме субъективного страдания, испытываемого людьми с депрессией, существенным воздействием является влияние на социальное и профессиональное функционирование, физическое здоровье и смертность. В частности, воздействие ДР на физическое здоровье влияет на течение и исходы таких серьезных хронических инвалидизирующих болезней, как болезни сердца, диабет и рак. В первичной медицинской службе ДР широко распространены и на их долю обычно приходится более 10% пациентов, хотя они недостаточно диагностируются и подвергаются незначительной терапии, вопреки крайне необходимой терапии адекватными дозами антидепрессантов. Врачи первичного звена должны быть осведомлены об общих факторах риска депрессивного расстройства, таких как пол, невротизация, психосоциальные стрессовые события, знать обстоятельства, формирующие негативный опыт детства. В учреждениях первичной медицинской помощи, депрессивную симптоматику следует рассматривать у пациентов наряду с несколькими медицинскими проблемами. К ним, прежде всего, относятся необъяснимые физические, часто множественные симптомы, хронические боли различного разнообразия или частое использование медицинских услуг. Программы, направленные на улучшение и последующее наблюдение депрессивного пациента с использованием современных безопасных антидепрессантов и дальнейшим наблюдением признано экономически эффективными [10; 11]. В случае низкого выявления и лечения ДР или необоснованных запретов главными терапевтами или главными врачами

поликлиник проводить терапию в лечебно-профилактических учреждениях, возрастает количество временной нетрудоспособности за счет депрессивного расстройства, существенно уменьшается способность человека эффективно работать, часто происходит увольнение персонала или падает уровень дохода в семье, теряется квалификация. На популяционном уровне, при низкой выявляемости и лечении депрессии, растет безработица, алкоголизм, наркотизация, ухудшение любого соматического заболевания, нарастает смертность и количество суицидов [12].

Более широкие социальные эффекты включают большую зависимость от социального обеспечения и пособий с неизбежным влиянием на самоуважение и веру в себя. Выражено ухудшение социального приспособления, включая уменьшение способности общаться в течение болезни. Нарушенные личные отношения в течение депрессивного эпизода часто продолжают и после него, распространяясь на более длительные периоды времени и изменения в социальном функционировании, особенно у тех, кто имеет рецидивирующее расстройство. Стигма, связанная с проблемами психического здоровья вообще [13] и ее специфическое влияние на общественное представление в частности, может обусловить нежелание людей с депрессией искать помощи [14].

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось совместно Крымским республиканским учреждением «Клиническая психиатрическая больница №1», кафедрой психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом общей и медицинской психологии Государственного учреждения «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» и кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Сибирского государственного медицинского университета. В ходе исследования были использованы официальные данные по смертности от суицидов в период с 2004 по 2010 года в Автономной Республике Крым и Томской области. В качестве основного метода был использован сравнительный анализ.

Результаты и обсуждение. Как было сказано выше, депрессия имеет прямую связь с суицидами, что косвенно отображает ситуацию по заболеваемости в целом. В работе приводятся в сравнении данные о распространённости суицидов в Томской области (Россия) и Автономной Республике Крым (Украина), их динамика в период с 2004 по 2010. Проведён сравнительный анализ смертности от суицидов (на 100, 000), согласно официальным данным этих регионов. Результаты представлены на рис. 1.

Из рис. 1 видно, что уровень суицидальной активности в Крымской Автономии в период с 2004 по 2010 остаётся относительно постоянным, в то время как в Томской области наблюдается стойкая тенденция к снижению этого показателя, что обусловлено рядом причин. Кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации и профессиональной

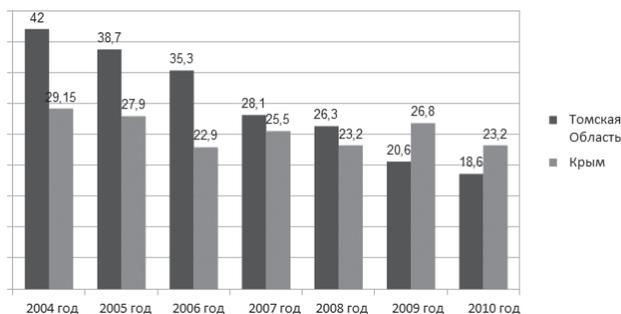


Рис. 1. Сравнительный анализ смертности от суицидов (на 100 тыс.) в Томской области (Россия) и Автономной Республике Крым (Украина)

переподготовки специалистов (г. Томск, Россия) во главе с профессором, д. м. н. Николаем Алексеевичем Корнетовым были разработаны образовательные модули – Educational Program Modules on Depressive disorders (Russian Version), которые заключались в обучении диагностики, тактики ведения и терапии депрессивных расстройств врачей различных специальностей первичной сети. Общая программа включала в себя разнообразные формы обучения. Она известна в Сибирском регионе под названием «распознавание депрессий» (РАДЕП), английский вариант: Recognition of Depression (REDEP). Среди форм обучения следует выделить интердисциплинарные конференции с супервизией ведущих экспертов Всемирной Психиатрической Ассоциации, тренинги диагностических навыков, круглые столы с неврологами, кардиологами и гастроэнтерологами и др.; образовательные курсы с социальными работниками, психологами, психиатрами. Основная реализация программы заключалась в том, что на протяжении 9 лет сотрудниками кафедры проводились три раза в году в течение месяца тематические курсы в Томском регионе. В результате мониторинга уровня смертности в результате суицида (MRS) в Томске было отмечено плавное и нарастающее снижение этого показателя: в 2004 г. – 42 на 100 тыс.; в 2005г. – 38,7; в 2006г. – 35,3; в 2007 г. – 28,1; в 2008 г. – 26,3; в 2009 г. – 20,6; в 2010 г. – 18,6 на 100 тыс. соответственно.

Выводы.

1. В данной работе проведено теоретическое обобщение материала по вопросам распространённости депрессивного расстройства и смертности в результате суицида.
2. В сравнении выявлены существенные различия показателей смертности в результате суицида в период с 2004 по 2010 гг. в Автономной Республике Крым и Томской области.
3. Полученные данные отображают необходимость проведения обучающей программы для врачей первичной медицинской сети в Крымской Автономии по опыту коллег из Томска, с целью понижения уровня смертности в результате суицида.

Литература:

1. World Bank. World Development Report. Investing in health. / Oxford University Press. – 1993. – P. 66-67.
2. Murrey C. J. L., Progress and directions in refining the global burden

- of disease approach: a response to Williams / Murrey C. J. L., Lopez A. D. *Health Economics*. 2000. – N9. – P. 69
3. Murrey C. J. L., *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factor in 1990 and projected to 2020.* / Murrey C. J. L. Murrey C. J. L. Lopez A. D. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol.1.). –1996. – P. 139-143.
 4. Murrey C. J. L. *Global Health Statistic.* Cambridge, / Murrey C. J. L., Lopez A. D. MA, Harvard School of Public Health on behalf of World Health Organization and World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series Vol. II). –1996. – P. 66-73.
 5. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn, revised. / American Psychiatric Association, Washington, DC. – 1987
 6. Александровский Ю. А. *Пограничные психические расстройства: лекции для врачей. 4 издание.* / М.: ГЕОТАР - медиа – 2007. – С. 720.
 7. Lam R. W. *Depression.* / Lam R.W., Mok H. Oxford University Press. 2008. – P. 116.
 8. Bajorec T, Stockman T. *Psychiatry: pocket tutor*/Bajorec T, Stockman T. London:JP Medical. – 2012. – P. 258.
 9. Sartorius N. *Fighting stigma: theory and practice* / World Psychiatry. – 2002. – Vol.1. - №1. – P. 26-27.
 10. *World Psychiatry Organisation. Informational brochure 2012.* – №369 (October). – 2012. – P. 25
 11. Cassano P., Fava M. *Depression and public health: an overview* / Cassano P., Fava M.J. *Psychosom. Res.* 2002 – Vol. 53. №4 – P. 849 - 857.
 12. Lespérance F. *Depression in patients with cardiac disease: a practical review* / Lespérance F, Frasura-Smith N. J. *Psychosom. Res.* 2000. – Vol. 48. – N4-5. – P. 379-391.
 13. Корнетов Н. А. *Международные стандарты диагностики и лечения депрессивных расстройств в общей медицинской практике / Фармакотерапия в неврологии и психиатрии (лекции для врачей).* М.: «Здоровье человека». – 2002. – С. 117-128.
 14. Bridges K. *Somatic presentation of depressive illness in primary care* / Bridges K, Goldberg. D. *Jour. Roal. Coll. Gen Pract Occas Pap.* 1987. – Sep; №36. – P. 9-11.

CLINICAL AND SOCIAL ASPECTS OF MENTAL HEALTH CARE IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS (THE PSYCHIATRIC SERVICES IN TOMSK REGION (RUSSIA) AND CRIMEA (UKRAINE)).

N. A. KORNETOV, V. A. VERBENKO, V. V. STROEVSKY

A depressive disorder is wide spread disease with severe burden and high suicide risk. Depression also affects general health, makes it difficult to perform daily activities, influence social and working life much greater than a chronic physical diseases. Depression makes difficult the disease's course and reduces the length and quality of life. The Eastern Europe and the former Soviet Union diagnostic experience showed a genetic link between depression and suicide in the period of prolonged social stress events under radical society changes. The existing practice of social assistance is the departmental and not functional. The continuous and the regulated relationship system between psychological, educational, medical and genetic, psychological, obstetric, legal and other forms of assistance under the city and region is absent.

Material and methods. The study was conducted jointly by the Crimean Republic institution «Clinical Psychiatric Hospital № 1», the Department of Psychiatry, Psychotherapy, Drug treatment with a course of General and Medical Psychology of the State Institution «Crimean State Medical University named after S.I.Georgievsky» and the Department of Psychiatry, Addiction and Psychotherapy Department of Professional Development and Retraining of the Siberian State Medical University. The study used an official data on mortality from suicide through the period from 2004 to 2010 in the Crimean Autonomous Republic and the Tomsk region. The comparative analysis was used as the main method.

Results and discussion. As mentioned above, the depression has a direct relationship with suicides, what indirectly reflects the situation on the disease in general. This study presents a comparison of the prevalence of suicide in Tomsk (Russia) and the Crimean Autonomous Republic (Ukraine), their dynamics in the period from 2004 to 2010. A comparative analysis of mortality from suicide (100. 000), according to official data of these regions was made. Department of Psychiatry, Addiction and Psychotherapy Department of Professional Development and Retraining (Tomsk, Russia), headed by Professor N. A. Kornetov, have designed Educational Program Modules on Depressive disorders (Russian Version), which included the training of diagnostic and therapeutic tactics in depressive disorders for doctors of various specialties in primary care. The total program included different study forms. It was known in the Siberian region as Recognition of Depression (REDEP). The interdisciplinary conferences with prominent World Psychiatry Association supervision experts, trainings of diagnostic skills, round tables with neurologists, cardiologists, gastroenterologists etc, should be highlighted among the forms of training. Educational courses with social workers, psychologists, psychiatrists. The main implementation of the program was the fact that we have conducted thematic courses on depression in urban population of Tomsk region. three times a year during the month for over 9 years. The monitoring of the mortality ratio of suicides (MRS) in Tomsk region showed gradual declining in this indicator: 2004-42/100.000; 2005-38.7; 2006-35.3; 2007-28.1; 2008-26.3; 2009-20.6; 2010-18/6 / 100.000.

Conclusions

1. A theoretical synthesis of the material on the prevalence of depressive disorders and mortality from suicide was done in this study.
2. The significant differences in mortality rates from suicide between 2004 and 2010 in the Crimean Autonomous Republic and the Tomsk region were revealed in comparison
3. The data show the need for a primary care physicians training program in the Crimean Autonomy, according to the experience of colleagues from Tomsk, in order to reduce the death rate from suicide.

Keywords: Psychiatry, depressive disorder, suicide, primary care

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ РОБОТИ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ ТОМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА АВТОНОМНОЇ РЕСПУБЛІКИ КРИМ У СФЕРІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ.

В. А. ВЕРБЕНКО, С. М. ДИМІШІЦ, О. М. КОРНЕТОВ, В. В. СТРОВСЬКИЙ

Депресивний розлад є одним з провідних лідерів у поширеності, високого тягаря хвороби, і суїцидів. Депресія також погіршує загальне самопочуття, ускладнює виконання повсякденних обов'язків і соціально-трудова діяльність у значно більшому ступені, ніж хронічні соматичні захворювання. Депресія ускладнює їх перебіг і знижує тривалість і якість життя. Діагностичний досвід країн Східної Європи та пострадянського простору показав генетичний зв'язок між депресіями і суїцидами в період пролонгованих соціально-стресових подій, при докорінних змінах суспільного життя. Сформована практика соціальної допомоги населенню є відомчою і функціонально не пов'язано. Відсутня наступність і система регламентованих взаємин між психолого-педагогічною, медико-генетичною, психотерапевтичною, акушерсько-гінекологічною, правовою та іншими видами допомоги в рамках міста та області.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилось спільно з Кримською республіканською установою «Клінічна психіатрична лікарня № 1», кафедрою психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної і медичної психології Державної установи «Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського» та кафедрою психіатрії, наркології і психотерапії факультету підвищення кваліфікації та професійної перепідготовки фахівців Сибірського державного медичного університету. У ході дослідження були використані офіційні дані по смертності від суїцидів у період з 2004 до 2010 року в Автономній Республіці Крим і Томської області. У якості основного методу був використаний порівняльний аналіз.

Результати та обговорення. Як було сказано вище, депресія має прямий зв'язок із суїцидами, що побічно відображає ситуацію захворюваності в цілому. У роботі наводяться порівняно дані про поширеність суїцидів у Томській області (Росія) та Автономній Республіці Крим (Україна), їх динаміка в період з 2004 до 2010. Проведено порівняльний аналіз смертності від суїцидів (на 100, 000), згідно з офіційними даними цих регіонів.

Отримані дані показали, що тенденція до зниження смертності від суїцидів в Кримській Автономії в період з 2004 по 2010 не так яскраво виражена, як в Томській області, що зумовлено рядом причин. Кафедрою психіатрії, наркології і психотерапії факультету підвищення кваліфікації та професійної перепідготовки фахівців (м. Томськ, Росія) на чолі з професором, д. м. н. М. А. Корнетовим були розроблені освітні модулі - Educational Program Modules on Depressive disorders (Russian Version), які полягали у навчанні діагностики, тактики ведення та терапії депресивних розладів лікарів різних спеціальностей первинної мережі. Загальна програма включала в себе різноманітні форми навчання. Вона відома в Сибірському регіоні під назвою Recognition of Depression (REDEP). Серед форм навчання слід виділити Інтердисциплінарні конференції з супервізією провідних експертів Всесвітньої психіатричної асоціації, тренінги діагностичних навичок, круглі столи з неврологами, кардіологами і гастроентерологами та ін; навчальні курси з соціальними працівниками, психологами, психіатрами. Основна реалізація програми полягала в тому, що протягом 9 років співробітниками кафедри проводилися три рази на рік упродовж місяця тематичні курси в Томському регіоні. У результаті моніторингу рівня смертності в результаті суїциду (MRS) у Томську було відзначено плавне і наростаюче зниження цього показника: 2004-22,5 / 100000; 2005-22,3; 2006-18,5; 2007-12,4; 2008 - 9,6; 2009-7,2; 2010-3,8 / 100000.

Висновки.

1. У даній роботі проведено теоретичне узагальнення матеріалу з питань поширеності депресивного розладу і смертності в результаті суїциду.
2. У порівнянні виявлені істотні відмінності показників смертності в результаті суїциду з 2004 до 2010 рр. в Автономній Республіці Крим і Томської області.
3. Отримані дані відображають необхідність проведення навчальної програми для лікарів первинної медичної мережі в Кримській Автономії з досвіду колег з Томська, з метою зниження рівня смертності в результаті суїциду.

Ключові слова: Психіатрія, депресивний розлади, суїцид, первинна медична мережа