

клинико-психопатологический и статистический методы.

Результаты и обсуждение.

Средняя продолжительность психоза составила $9,1 \pm 9$ дней. Психотическое состояние длилось несколько часов у 16,7% пациентов, от 1 до 3 дней – у 8,3%, от 4 до 12 дней у 50% и от 13 до 30 дней у 25% больных.

В 44,4% случаев клиническая картина была представлена бредовой симптоматикой, включавшей идеи значения, отношения и преследования. При этом у 33,3% пациентов бредовые идеи сочетались с нарушением ассоциативного процесса в виде непроизвольного наплыва мыслей, но без ощущения постороннего воздействия. В 22,2% случаев отмечалась галлюцинаторная симптоматика с преобладанием истинных вербальных и зрительных обманов восприятия. У одного пациента выявлены истинные тактильные галлюцинации. В 33,4% наблюдений клиническая картина характеризовалась выраженным полиморфизмом, галлюцинаторные и бредовые феномены в одних случаях отмечались одновременно, в других сменяли друг друга в течение приступа. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика сочеталась с нарушениями идеаторного процесса в виде ускорения, обрывов и наплывов мыслей. У всех больных психотическое состояние дебютировало нарастанием тревожно-депрессивного (61,1%) или маниакального аффекта (38,9%).

Выводы: в предварительном плане можно говорить о преобладании нарушений мышления (бред, нарушения ассоциативного процесса с явлениями ментизма) над расстройствами восприятия. Полученные результаты демонстрируют выраженную неоднородность клинической картины, требующую дальнейшего изучения синдромальной структуры этих расстройств, а также закономерностей динамического взаимодействия аффективных и психотических симптомов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

М.А. Березовская

Красноярский ГМУ им В. Ф. Войно-Ясенецкого

E-mail автора: mberezovska@mail.ru

Изменяющиеся условия жизни, уровень социально-экономического развития, средовые, культурные и этнические особенности, миграционные процессы, экология среды – все эти факторы создают предпосылки для постоянного динамического и неоднозначного изменения эпидемиологии шизофрении, особенностей течения данного заболевания в разных регионах и в разное время.

Цель работы: проанализировать эпидемиологические показатели шизофрении на территории Красноярского края.

Материалы и методы.

Регионом проведения клинико-эпидемиологических исследований является Красноярский край. Эпидемиологические показатели получены при анализе ежегодных отчетов, данных официальной статистики о состоянии психиатрической помощи и психического здоровья населения Красноярского края за период с 2002 по 2009 год.

Красноярский край занимает площадь 2339,7 тыс. кв. км, в его структуру входит 68 административно-территориальных единиц. За последние 20 лет численность населения Края снизилась на 8,67%. При общем снижении численности населения Красноярского края все эпидемиологические показатели, отражающие распространенность шизофрении, остаются на высоком уровне и даже имеют тенденцию к некоторому увеличению. Следовательно, изучение всего спектра проблем, связанных с шизофренией, является своевременным и актуальным.

Результаты и обсуждение.

В структуре заболеваемости психическими расстройствами в Красноярском крае в 2009 г. доля шизофрении составила 3,07% от всех психических расстройств, что свидетельствует о некотором уменьшении доли данного заболевания в общей структуре психических расстройств по сравнению с предыдущим периодом (2007 г. – 3,5%).

При этом анализ динамики показателей заболеваемости и заболеваемости шизофренией по Красноярскому краю в последние годы показал их постепенный и неуклонный рост. Так, болезненность увеличилась с 31,7 в 2002 г. до 35,2 в 2009 году на 10000 населения. Соответственно заболеваемость в эти же годы увеличилась с 1,3 до 1,7 на 10000 населения с тенденцией к увеличению числа пациентов как впервые выявленных, так и состоящих на диспансерном учете. Это объясняется, в первую очередь, лучшей выявляемостью больных в связи с совершенствованием системы внебольничной психиатрической помощи.

Кроме того, на изменение указанных показателей влияют социально-экономические факторы. В результате резкого сокращения числа рабочих мест, снижения уровня жизни, возрастания социальной напряженности в крае сложилась неблагоприятная обстановка, которая, с одной стороны, является провоцирующим фактором для развития эндогенных психических заболеваний, с другой – способствует социальной и психической декомпенсации у лиц с латентным, относительно благоприятным течением шизофренического процесса, что вынуждает их обращаться за помощью к психиатрам.

Возможно, статистические данные не отражают истинной картины распространенности шизофрении в популяции, так как в отдельных районах

края разброс эпидемиологических показателей очень велик. Например, по данным 2009 года, показатель болезненности в Новоселовском районе составил 17,9, в Шарыповском – 44,8. Заболеваемость в Дивногорске 4,8, в Новоселовском районе и Сосновоборске – 0,7 на 10000 населения. Вероятно, такое несоответствие статистических данных связано с вопросом о границах шизофрении и ее диагностических критериях.

Имеются данные, что люди, проживающие в больших городах, в большей степени подвержены риску заболевания шизофренией, чем сельские жители. Некоторые авторы связывают этот факт с более частыми и значимыми стрессовыми ситуациями, которым подвергаются жители мегаполисов. В Красноярском крае последние годы отмечается постепенное уменьшение и практически полное стирание различий в показателях заболеваемости шизофренией среди жителей города и села. Сравнительные показатели заболеваемости шизофренией среди городских и сельских жителей Красноярского края (на 10000 населения) равны соответственно 2,7 – 1,4 в 2002 г. и 1,6 – 1,5 в 2009 году.

В крае высок процент регоспитализации больных шизофренией (25,9% в 2009 г.), который более чем в 1,5 раза превышает российский показатель (14,0%). В некоторых городах края он еще выше: в Норильске – 39,9%, в Лесосибирске – 31,9%, в Минусинске – 47,2%. При 25-процентном значении регоспитализации больных шизофренией в общей популяции пациентов, находящихся на учете в психоневрологическом диспансере, они обуславливают до 89% всех госпитализаций в течение года. Такой высокий уровень повторного стационарирования больных в течение года некоторые авторы рассматривают как следствие недостатков в области вторичной и третичной профилактики данного заболевания. Основными причинами повторных госпитализаций являются частые обострения болезни, особенности структуры формирующегося дефекта в виде психопатоподобной симптоматики, приводящие к выраженным нарушениям поведения. Большое значение имеет слабая приверженность к терапии, характерная для пациентов данного профиля.

Таким образом, анализ клинко - эпидемиологической ситуации в крае показывает высокие показатели болезненности, заболеваемости, распространенности шизофрении, высокий процент регоспитализации, встречающийся в 25,9% случаев стационарного лечения больных. Эти данные свидетельствуют об актуальности проблемы шизофрении в крае и необходимости разработки новых методов в комплексном проведении лечебно-реабилитационных мероприятий, развития внебольничных форм оказания психиатрической помощи, расширения объема медико-социальной реабилитации психически больных, освещения вопросов психогигиены и психопрофилактики.

МЕТОДЫ НЕЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

С.А. Божко, Ю.А. Бекетов,
С.А. Шевцов, А.В. Гресс

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, г. Москва

E-mail авторов: Dr.simon@mailfrom.ru

Актуальность изучения, своевременной диагностики и адекватной терапии психических расстройств невротического уровня обуславливается как высокой распространенностью таких расстройств, так и недостаточной разработанностью проблемы в целом.

Целью исследования явился сравнительный анализ эффективности лечения пограничных психических расстройств депрессивного спектра методом психотерапии в сочетании с рефлексотерапией (акупунктурой) и фитотерапией.

Основной задачей исследования явилась оценка клинической эффективности используемых комплексов методов у изучаемого контингента больных, что подразумевало не только избавление пациента от симптомов заболевания, но и устранение причин этих симптомов.

Критериями включения в исследование явились: репродуктивный возраст больных и наличие в структуре психопатологического состояния депрессии невротического уровня, которое развилось в связи с острой или хронической психотравмирующей ситуацией. Критериями исключения из материала исследования являлись: наличие у больных депрессии невротического уровня эндогенного и соматогенного происхождения, неврозоподобных расстройств в рамках органического поражения ЦНС. Также в исследование не включали пациентов с любой клинически значимой соматической патологией.

В соответствии с целью и задачами исследования было проведено клиническое - психологическое, катамнестическое и статистическое исследование. В методы исследования входил набор стандартных тестов: шкала оценки Гамильтона (HDRS - 21 пункт), шкала общего клинического впечатления (CGI), опросник САН. Критериями эффективности для итоговой оценки результатов лечения являлось 50% снижение показателей HDRS показатели “улучшение” или “выраженное улучшение” по CGI, повышение показателей шкалы САН. Оценка производилась до начала лечения, на 14, 21 и 35 день терапии.

Контингент тематических пациентов составили пациенты в возрасте от 18 до 40 лет с депрессивными расстройствами невротического уровня (197 человека, из них 82,2% женщин и 17,8% муж-