

поступлений больных шизофренией в III пятилетнем периоде, с 1985 г. по 1989 г. (35,2 %), снизилась в 1,2 раза в сравнении с предыдущим пятилетием (44,1 %) ($p < 0,001$). Отмеченная тенденция к уменьшению частоты больных шизофренией наблюдалась и в IV и V пятилетних периодах, с 1990 г. по 1999 г., где ее частота составляла 26,3 и 28,7 % случаев, что соответственно в 1,7 и 1,6 раза меньше в сравнении со средней ее величиной (45,2 %) в I и II пятилетних интервалах, с 1975 г. по 1984 г. ($p < 0,001$).

Снижение частоты больных шизофренией среди поступающих в дневной стационар в 15-летний период (с 1985 г. по 1999 г.) обусловлено повышением количества поступивших пациентов с невротическими, аффективными и соматоформными расстройствами, связанными с социально-экономической нестабильностью и снижением материального уровня населения в период перед распадом СССР и в первое 10-летие независимости Украины.

В VI и VII пятилетних периодах, составляющих последнее 10-летие, с 2000 г. по 2009 г., частота шизофрении среди различных заболеваний у поступающих на лечение в дневной стационар пациентов не отличалась и соответственно составляла 44,6 % и 46,3 %. Отмеченные величины в 1,6 раза превышали частоту шизофрении в структуре V пятилетнего периода (1995—1999 гг.) — 28,7 % ($p < 0,001$). Ее частота соответствовала показателям в I и II пятилетних интервалах (45,4 и 44,9 %), приходящихся на первое 10-летие работы дневного стационара.

Таким образом, анализ поступлений больных шизофренией на лечение в дневной стационар в течение 35 лет (с 1975 г. по 2009 г.), обнаружил снижение ее частоты в 15-летний период, с 1985 г. по 1999 г., что обусловлено увеличением частоты невротических, аффективных и соматоформных расстройств. В последнее десятилетие (2000—2009 гг.) частота больных шизофренией достигла уровня первого 10-летия работы дневного стационара, с 1975 г. по 1984 г.

УДК 616.89-008.441.44-036.8:711.437:711.13(477)

Юрвева Л. Н.*, Зинченко Е. Н.***, Юрвев А. Е.*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины*
(г. Днепропетровск),

Министерство здравоохранения Украины** (г. Киев)

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Нами была проанализирована динамика городских и сельских самоубийств в Украине за двадцатилетний период (1991—2010 гг.). Преобладание сельских суицидов над городскими было стабильным на протяжении всего изучаемого периода времени. Причем, соотношение суицидов среди сельского населения к суицидам среди городского населения имеет тенденцию к увеличению. В 1990 году оно составило 1,4:1; в 2008 году — 1,7:1, в 2010 году — 1,8:1.

Анализ суицидологической ситуации среди городского и сельского населения Украины за 2010 год выявил, что сельские жители в 1,8 раза чаще совершают самоубийства, чем городские. Причем, мужчины, проживающие в сельской местности гораздо чаще совершают самоубийства, чем женщины. Соотношение завершенных суицидов у мужчин и женщин в сельских районах в 2010 году составило 6,7:1 (в городах — 4,8:1, а в среднем по Украине 6,1:1). Среди факторов, потенцирующих суицидальный риск, первостепенное значение имеет злоупотребление алкоголем и его суррогатами.

Для анализа регионального и гендерного уровня смертности в результате суицидов среди городского и сельского населения нами были вычислены средние показатели частоты суицидов в восточных, западных, центральных и южных регионах Украины за 2000—2010 годы, отраженные в таблице.

Региональное и гендерное распределение
городских и сельских суицидов в Украине
(среднее за 2000—2010 гг., на 100 тыс. населения)

Регионы	Мужчины			Женщины			Город муж/ жен	Село муж/ жен
	Город	Село	Село/ город	Город	Село	Село/ город		
Восточная Украина	44,3	77,9	1,8	8,9	13,0	1,5	5,0	6,0
Западная Украина	19,5	26,6	1,4	3,3	3,3	1,0	5,9	8,0
Центральная Украина	32,7	67,3	1,9	5,8	10,0	1,5	5,6	6,8
Южная Украина	42,3	62,0	1,5	8,9	9,9	1,1	4,8	6,3
Украина	35,4	56,2	1,6	7,0	8,7	1,2	5,0	6,5

При анализе данных таблицы обращает на себя внимание преобладание сельских суицидов, как в популяции мужчин, так и в популяции женщин, во всех регионах Украины. Максимальное соотношение сельских и городских суицидов отмечается в Центральной и Восточной Украине как у мужчин так и женщин. минимальное — в Западной Украине. Следует отметить, что среди женщин, проживающих в Западной и Южной Украине, различия не существенны.

В целом, соотношение мужских суицидов к женским в селе выше, чем в городе (6,5:1 и 5,0:1 соответственно). Максимальная разница этого показателя зафиксирована в Западной Украине (8,0:1), минимальная — в Южном (4,8:1 для города) и в Восточном (6,0:1 для села) регионах Украины.

Полученные данные указывают на необходимость разработки региональных дифференцированных профилактических программ, направленных на предотвращение суицидального поведения среди населения.

УДК 616.89-008.454.441.44-071.2-084:61:168.3

Юрвева Л. Н., Шевченко Ю. Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины
(г. Днепропетровск)

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КОНТЕКСТЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Аффективные расстройства являются наиболее суицидоопасными среди всех психических и поведенческих расстройств. Их высокий суицидальный потенциал обусловлен тем, что в структуре подавляющего большинства аффективных расстройств присутствует депрессия. С целью разработки современных профилактических программ для этих пациентов нами была проанализирована база данных, которая содержит в себе данные доказательной медицины, направленные на фармакотерапевтическую и психотерапевтическую коррекцию депрессивных расстройств.

Согласно современным стандартам, выделяют следующие уровни доказательности.

- Уровень I (A) — к этому уровню доказательности относят данные полученные в результате крупных, рандомизированных, двойных слепых, плацебоконтролируемых исследований.
- Уровень II (B) — данные небольших рандомизированных и контролируемых исследований.
- Уровень III (C) — результаты исследования случай — контроль, или когортные исследования (иногда их относят к уровню II).
- Уровень IV (D) — сведения, содержащиеся в отчётах экспертных групп или консенсусах специалистов (иногда их относят к уровню III).

В результате проведенного анализа было выявлено, что при фармакотерапии у пациентов с депрессивным расстройством препаратами первой линии являются антидепрессанты (уровень доказательности A), и электросудорожная терапия (ЭСТ). Доказано, что с целью профилактики суицидального поведения у пациентов с депрессивными расстройствами лечение нужно проводить в острой фазе до достижения ремиссии (уровень доказательности A). Доказана необходимость применения антидепрессантов в течение 12-ти месяцев (при первичном эпизоде). В случае рецидива — более длительно (уровень доказательности B).

При выборе антидепрессантов доказано значение следующих факторов:

- Тип депрессии (психотический или непсихотический) (уровень доказательности A)
- Прошлая результативность применения препарата (уровень доказательности C)
- Переносимость данного препарата (уровень доказательности A)
- Безопасность препарата (уровень доказательности A)
- Потенциальные побочные эффекты (уровень доказательности A)
- Лекарственное взаимодействие (уровень доказательности A)
- Хорошая приверженность терапии («комплаенс») (уровень доказательности B).

В контексте доказательной медицины установлена высокая результативность когнитивно-бихевиоральной и диалектической бихевиоральной терапии (уровень доказательности A).