

школьников 8 классов имеют высокий уровень школьной тревожности, 25 % опрошенных — общей и связанной с межличностными отношениями. 16 % — самооценочной тревожности.

У 54,5 % школьников 9 классов был выявлен высокий уровень школьной тревожности, у 33,5 % — общей, у 26 % — связанной с межличностными отношениями. У 7 % — самооценочной тревожности. Следует отметить, что у девочек по сравнению с мальчиками более высокие показатели по всем типам тревожности.

60,5 % школьников 19 классов имеют высокий уровень школьной тревожности. 32,5 % — общей, 35 % — связанной с межличностными отношениями и 9,5 % — самооценочной тревожности.

Подчеркнем, что по мере перехода из средних в старшие классы увеличивается количество школьников, имеющих высокий уровень общей тревожности.

3. При оценке уровня тревожности учащихся 5–7 классов по методике Филлипса было выявлено, что 32 % из них испытывают общую тревожность в школе. У школьников 5 классов она встречается чаще (38 %). По мере обучения снижается переживание социального стресса. 33 % школьников испытывает фрустрацию потребности в достижении успеха, переживание которой обостряется в 8 классе (подростковый возраст). 38 % учащихся испытывают страх самовыражения, 40 % — страх в ситуации проверки знаний и страх не соответствовать ожиданиям окружающих, причем наибольший удельный вес таких переживаний приходится на учеников 5 классов (50 %). 25 % школьников имеют низкую физиологическую сопротивляемость стрессу. 34 % — проблемы и страхи в отношениях с учителями.

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают, что проблема повышенной тревожности школьников остается по-прежнему актуальной. Причинами этого негативного эмоционального состояния становятся не только индивидуально-типические характеристики (пол, возраст, особенности личности и т. д.), но и особенности внешней ситуации, ближайшее окружение учащихся. В связи с этим дальнейшая работа специалистов со школьниками, имеющими повышенный уровень тревожности, должна носить дифференцированный и в то же время комплексный характер. Дифференцированный подход обеспечивает эффективность психокоррекционной работы с учащимися (учет возраста, источни-

ков и содержания тревожности), а комплексный — раскрывает необходимость совместных усилий взрослых, имеющих отношение к ребенку (родителей, педагогов, психологов, администрации школы и др.) по созданию условий, способствующих эмоциональному развитию учащихся и сохранению их соматического и психологического здоровья.

Имеется ряд рекомендаций, существенно снижающих тревожность школьника:

1. Способствовать достижению реального успеха ребенком в какой-либо деятельности (рисование, игра, помощь по дому и др.). Ребенка нужно меньше ругать и больше хвалить, причем не сравнивая его с другими, а только с ним самим, оценивая улучшение его собственных результатов («сегодня нарисовал лучше, чем вчера»; «быстрее убрал игрушки» и т. д.).

2. Организовать шадящий оценочный режим в той области, в которой успехи ребенка невелики. Например, если он медленно одевается, не нужно постоянно фиксировать на этом его внимание. Однако, если появился хотя бы малейший успех, обязательно нужно его отметить.

3. Поддерживать благоприятную эмоциональную обстановку и дома, и в школе. Теплые эмоциональные отношения, доверительный контакт со взрослыми тоже могут способствовать снижению общей тревожности ребенка.

4. Способствовать формированию благоприятного микроклимата в школьном коллективе. Уделять внимание «непопулярным» школьникам, развивать их положительные качества и помочь в преодолении сложностей личностного и межличностного характера.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Андреева, И. Н. Ситуативная и личностная тревожность подростка [Электронный ресурс]. — 2012. — Режим доступа: <http://www.easyschool.ru>. — Дата доступа: 15.02.2013
2. Дорошкевич, М. П. Неврозы и невротические состояния у детей и подростков: учеб. пособие / М. П. Дорошкевич, В. В. Калужный. — Минск: Беларусь, 2004. — 223 с.
3. Дербенев, Д. П. Психическое здоровье городских подростков и факторы, вызывающие его нарушения / Д. П. Дербенев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 1997. — № 3. — С. 15–17.
4. Цейтлина, Е. Г. Школьная тревожность [Электронный ресурс]. — Санкт-Петербург, 2012. — Режим доступа: <http://www.vsedeti.ru>. — Дата доступа: 15.02.2013
5. Рогов, Е. И. Настольная книга практического психолога: учеб. пособие / Е. И. Рогов. — В 2 кн. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ВЛАДОС, 1999. — Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. — 384 с.
6. Шкала личностной тревожности (А. М. Прихожан) // Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред.-сост. И. Б. Дерманова. — СПб., 2002. — С. 64–71.

Поступила 02.07.2013

УДК 616.89:614.212:314.144

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ НАБЛЮДЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

¹О. В. Шилова, ²Е. В. Френкель

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельская областная клиническая психиатрическая больница

Цель: изучение клинико-эпидемиологических характеристик пациентов, страдающих психическими расстройствами и состоящими на диспансерном учете на одном из участков диспансерного отделения Гомельской областной клинической психиатрической больницы.

Материал и методы. Сплошным методом было проведено исследование основных клинко-демографических показателей пациентов, состоящих на диспансерном учете на одном из участков диспансерного отделения У «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница».

Результаты. Около половины пациентов, состоящих на диспансерном учете в психиатрическом диспансере, наблюдаются по поводу шизофрении. В трудоспособном возрасте заболели и были поставлены на диспансерный учет 58 % пациентов, причем риск быть поставленным на учет у мужчин выше в возрасте до 30 лет, у женщин — после 30 лет. Часть пациентов, состоящих на учете (10,45 %), не имеют образования, более 85 % — не работают. Почти половина (42,6 %) пациентов со стойкой утратой трудоспособности — это больные шизофренией.

Ключевые слова. Психическое расстройство, распространенность, диспансерный учет.

CLINICAL DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDER OBSERVATION IN A PSYCHIATRIC CLINIC

¹O. V. Shilova, ²E. V. Frenkel

¹Gomel State Medical University

²Gomel Regional Clinical Psychiatric Hospital

Aim: to study the clinical and epidemiological characteristics of patients suffering from mental disorders and being under medical supervision at the Dispensary Ward of the Gomel Regional Clinical Psychiatric Hospital.

Material and methods. The main clinical and epidemiological data of the patients under medical supervision at the Dispensary Ward of the Gomel Regional Clinical Psychiatric Hospital were studied using the continuous method.

Results. About half of the patients under the psychiatric supervision suffered from schizophrenia. Of them, 58 % patients were first registered at the able-bodied age, men under 30 and women over 30 had a higher risk of being put on the record. The part of the patients (10,45 %) were uneducated, more than 85 % patients were unemployed. Almost half (42,6 %) of the patients with permanent disability suffered from schizophrenia.

Key words: psychiatric disorders, prevalence, clinical account.

Введение

Психическое здоровье населения является значимой составляющей общественного здоровья. Оно напрямую влияет на качество жизни, социальную активность, производительность труда. Как известно, одним из важнейших показателей оценки состояния общественного здоровья является распространенность заболеваний (болезненность, или общая заболеваемость). Ее уровень зависит от различных факторов: от экономических и экологических условий до качества диагностического и лечебного процесса. Распространенность психических расстройств зависит как от самого состояния психического здоровья в популяции, так и от организации службы, доступности помощи, а применительно к психиатрической помощи — и от ее «популярности», то есть способности заболевших граждан преодолевать страх стигматизации и возможных социальных ограничений [1, 2].

Планирование работы психиатрической службы, а также совершенствование принципов ее функционирования должно основываться на результатах клинко-статистических и клинко-эпидемиологических исследований, что обуславливает необходимость корректных знаний о количественных, структурных и динамических показателях.

Медицинская помощь пациентам с психическими расстройствами — специализированный вид медицинской помощи, имеющий ряд особенностей. Невозможность проведения сплошного эпидемиологического исследования дик-

туется Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании от 7 января 2012 г [3]. Первичное психиатрическое освидетельствование, необходимое для исключения или подтверждения диагноза психического расстройства, должно проводиться добровольно, с согласия гражданина (детей до 12 лет — с согласия родителей или опекунов). Исключение составляют случаи принудительного освидетельствования в ситуациях, обозначенных Законом как показания, и которое представляет собой достаточно сложную процедуру с привлечением прокурора или требующее судебного заседания.

Исследования по распространенности психических расстройств в целом содержат приблизительные данные и основаны на анализе обращаемости. С этим, видимо, и связан разброс показателей в разных странах и в разное время [1, 2, 4, 6]. По данным ряда авторов, в конце XIX в. этот показатель был равен 0,05–0,2 % населения, в первой половине XX в. — уже 3–6 % населения, а во второй его половине (обобщая данные разных исследователей) — 13–20 % и более. Однако утверждение, что за 100 лет количество больных психическими расстройствами увеличилось на порядок и более, не является корректным, тем более что увеличение непропорциональное: в значительной степени оно произошло за счет увеличения доли непсихотических и аффективных расстройств [6].

На демографические показатели, касающиеся пациентов с психическими расстройствами,

влияет большое количество факторов. Во-первых, большой вклад вносят изменения, произошедшие в самой психиатрической службе за последнее столетие. Улучшились возможности оказания медицинской помощи (выросло число психиатрических учреждений, врачей-психиатров и т. п.), и увеличилось, соответственно, число обращающихся за ней. Во-вторых, постепенно (хотя и достаточно медленно) меняется отношение к психиатрии и пациентам психиатрического профиля, что способствует увеличению обращаемости. И наконец, изменились представления о самой психической патологии, они значительно расширились за счет включения расстройств, которые ранее таковыми не считались или диагностировались и лечились врачами других специальностей. Так, если распространенность шизофрении практически не изменилась, то представления о распространенности аффективных расстройств (прежде всего, депрессивных) как в популяции условно здоровых, так и у соматически больных претерпели существенные изменения в сторону их увеличения. Считается, что около 5 % здоровых людей и не менее 50 % пациентов с соматическими заболеваниями соответствуют критериям депрессивного эпизода, который ухудшает качество жизни и усугубляет соматическое неблагополучие. Относительно новым является контингент пациентов с посттравматическим расстройством, возникшим после катастроф различного происхождения, и другими связанными со сложными стрессами заболеваниями [1, 4].

Более точные клинико-эпидемиологические данные обычно касаются лишь определенных категорий больных: проходивших стационарное лечение, находящихся на диспансерном учете, проживающих в домах-интернатах для психонриков, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу [5, 6, 7].

Пациенты диспансерной группы наблюдения в психиатрии — сложная и потенциально наиболее уязвимая в социальном плане группа. Это связано как с инвалидизирующим влиянием самих психических расстройств, так и с сопутствующими социальными проблемами в виде сложностей трудоустройства, одиноким проживанием и бедностью.

До настоящего времени отсутствует подробная количественная, качественная динамика, а также клинико-эпидемиологическая характеристика данного контингента психически больных. Тем более что изменяющаяся социально-экономическая ситуация, демографические изменения, методы внебольничного психиатрического наблюдения меняют контингент лиц, страдающих психическими расстройствами, и предъявляют новые требования по улучшению их качества жизни [4, 6].

Цель

Изучение клинико-эпидемиологических характеристик пациентов, страдающих психическими расстройствами и состоящими на диспансерном учете на одном из участков диспансерного отделения Гомельской областной клинической психиатрической больницы.

Материал и методы

Сплошным методом нами было проведено исследование основных клинических и демографических показателей пациентов, состоящих на диспансерном учете на одном из участков диспансерного отделения У «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», что отражает состояние проблемы в популяции жителей города. Сбор данных происходил на основе анализа медицинских карт амбулаторного больного (учетн. форма 003/У-07). Всего было изучено 306 амбулаторных карт. Учитывались диагноз больного согласно МКБ-10, наличие группы инвалидности, возраст постановки на учет, уровень образования, семейное положение, проживание (одинокое или с родственниками), наличие работы и соответствие места работы полученному образованию. Обработка данных производилась при помощи параметрической дескриптивной статистики из пакета «Statistica», 6.0.

Результаты и обсуждение

Под динамическим наблюдением на диспансерном учете на данном участке состоит 306 человек. По данным Статистического управления по Гомельской области, на момент проведения исследования на данном участке проживало 48,344 человека, из них 7,346 — младше трудоспособного возраста. Таким образом, болезненность населения за исключением лиц младше трудоспособного возраста составила 7,46 на 1000 человек, что соответствует усредненным европейским показателям. Возраст пациентов — от 19 до 92 лет. Средний возраст составил 51 год. Согласно амбулаторным картам, на учете состояло 153 (50 %) мужчины и 153 (50 %) женщины.

По нозологическим группам пациенты распределились следующим образом С диагнозами из рубрики «Органические, в том числе симптоматические, психические расстройства» — 76 (24,8 %) человек, из них 33 (10,8 %) мужчины, 43 (14,0 %) — женщины. Это пациенты с деменциями пожилого возраста и психическими расстройствами вследствие поражения головного мозга (ЧМТ, эпилепсия, инфаркты и другие).

С диагнозом из рубрики F2 «Шизофрения и близкие к ней расстройства» (шизоаффективные, бредовые) на учете состояло 139 (45,4 %) человек, мужчин — 65 (21,2 %) женщин — 74 (24,2 %). Это самая многочисленная группа пациентов диспансерного наблюдения.

Больные с диагнозами рубрик F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные рас-

стройства» и F5 «Расстройства, связанные с нарушениями физиологических функций» на диспансерном учете не состояли. Эти пациенты наблюдаются в лечебно-консультативной группе, не предполагающей регулярного медицинского наблюдения.

Пациентов с диагнозом рубрики F6 «Расстройство зрелой личности» было 6 (2,0 %) человек: 4 (1,3 %) мужчин и 2 (0,6 %) женщины. Как свидетельствуют литературные данные, распространенность такого расстройства значительно больше, однако далеко не все попадают в поле зрения психиатров и еще меньше — подлежат диспансерному наблюдению. Как

правило, это пациенты с диссоциальным расстройством личности с тяжелыми нарушениями поведения или с другими коморбидными психическими расстройствами.

Группа больных с диагнозами рубрики F7 «Умственная отсталость» была представлена 42 (13,8 %) мужчинами и 25 (8,2 %) женщинами, всего 67 (22,0 %) человек. Среди наблюдавшихся было 6 человек (2,0 с сочетанной психической патологией). Эта коморбидность связывала органическое поражение головного мозга, зависимость от психоактивных веществ, шизофрению и умственную отсталость (таблица 1).

Таблица 1 — Структура психических расстройств

Диагноз	Количество (чел., %)		
	муж.	жен.	общ.
1 F00 «Органические расстройства»	33(10,8)	43(14,0)	76 (24,8)
2 F10 «Психические расстройства вследствие зависимости от ПАВ»	0	1(0,3)	1 (0,3)
3 F20 «Шизофрения»	65(21,2)	74(24,2)	139 (45,4)
4 F30 «Аффективные расстройства настроения»	6 (2,0)	5 (1,7)	11 (3,7)
5 F60 «Расстройства зрелой личности»	4(1,3)	2(0,6)	6 (1,9)
6 F70 «Умственная отсталость»	42(13,8)	25(8,2)	67 (22,0)
7 F20+70	1(0,3)	0	1 (0,3)
8 F70+F0	0	3 (1,0)	3 (1,0)
9 F20+F10	1 (0,3)	0	1 (0,3)
10 F00+F20	1 (0,3)	0	1 (0,3)
ВСЕГО:	153 (50)	153 (50)	306 (100)

Анализ возраста больных при постановке их на диспансерный учет показал: до 15 лет — 66 (21,6 %) человек, от 16 до 18 — 24 (7,9 %), 19–30 лет — 66 (21,6 %) человек, от 31 до 60 лет — 112 (36,6 %) и после 60 лет — 38 (12,4 %) человек. Причем, доля мужчин превалирует в возрасте до 15 лет (13,7 % мужчины и 7,8 % женщин, $p < 0,01$), в возрасте от 16 до 18 лет (4,6 % мужчин и 3,3 % женщин), а также в возрасте от 19 до 30 лет (11,4 % мужчин и 10,1 % женщин). В возрасте от 31 и старше 60 лет на учет поставлено больше женщин: от 31 до 60 лет (16,7 % мужчин и 19,9 % женщин, $p < 0,05$) и старше 60 (3,6 % муж-

чин и 8,8 % женщин, $p < 0,01$). Таким образом, возраст постановки на учет для женщин достоверно выше, чем у мужчин.

Исследовалось также семейное положение пациентов. Выяснилось, что 153 пациента (50 % от всех состоящих на учете) не состоят в браке, из них 86 (28,1 %) мужчин и 67 (21,9 %) женщин. Состоят в браке 66 (21,6 %) пациентов, в том числе 39 (12,8 %) мужчин и 27 (8,8 %) женщин, в разводе — 61 (19,9 %) человек, а именно: 26 (8,5 %) мужчин и 35 (11,4 %) женщин. Также среди исследованных оказалось 2 (0,7 %) вдовца и 24 (7,8 %) вдовы, в целом 26 (8,5 %) человек (рисунок 1).

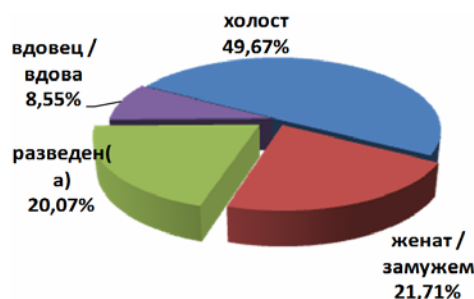


Рисунок 1 — Семейное положение пациентов

При этом значительная часть пациентов проживает с родственниками — 186 (60,8 %) человек, из них 88 (28,8 %) мужчин, 98 (32,0 %) женщин. С семьей проживают 68 (22,2 %) человек: из них мужчин — 40 (13,0 %), женщин — 28 (9,2 %).

Самостоятельно проживает 51 (16,7 %) пациент, из них 24 (7,8 %) мужчины и 27 (8,8 %) женщин.

При анализе уровня образования пациентами, было установлено, что 32 человека (10,5 %) не учились. В данной группе преобладали па-

циенты с диагнозами рубрики «Умственная отсталость» — 21 (65,6 %) человек. С диагнозом рубрики «Органические психические расстройства» было 6 (18,8 %) человек, с диагнозом шизофрения — 4 (12,5 %) человека, с расстройством личности — 1 человек.

Вспомогательную школу окончили 46 (15,0 %) пациентов, из них с умственной отсталостью 36 (78,3 %) человек, 5 (11 %) человек с диагнозами рубрики «Органические психические расстройства» и 5 человек с диагнозом «Шизофрения».

Среднее образование получили 82 пациента (27 % от общего количества), из них 50 (61 %) человек стоят на учете с диагнозом «Шизофрения». С диагнозами рубрики «Органические психические расстройства» среднее образование имеют 22 (27 %) человека, по несколько человек — с расстройством личности и расстройством настроения.

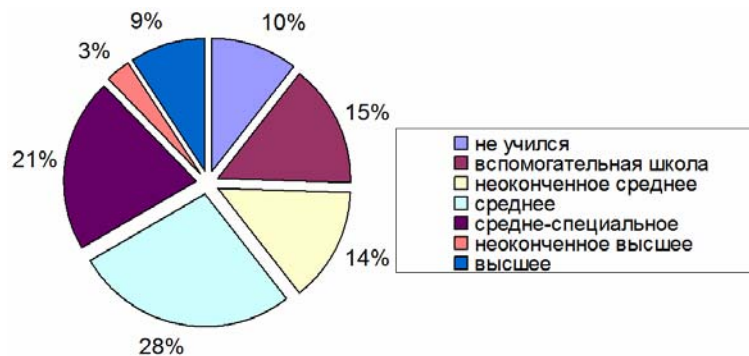


Рисунок 2 — Структура образования пациентов, состоящих на учете

Группа инвалидности установлена 242 (79,6 %) пациентам. С первой группой инвалидности было 66 человек (21,7 % — от общего количества, 27,3 % — от имеющих инвалидность), из них 23 (35 %) больных с диагнозом рубрики «Органические психические расстройства», с умственной отсталостью — 31 (47 %) человек, с шизофренией — 11 (17 %) пациентов.

Вторая группа инвалидности была у 147 человек, что составляет 48,4 % от общего количества пациентов и 60,7 % — от имеющих группу инвалидности. Из них с диагнозом «Шизофрения» вторая группа установлена 83 (27,3 %) пациентам, с диагнозами рубрики «Органические психические расстройства» — 29 (9,5 %) человек, с умственной отсталостью — 27 пациентов (8,8 %).

Третья группа инвалидности была установлена 29 пациентам (9,5 % от общего количества), из них 31 % — с диагнозом шизофрения (9 человек). Органические психические расстройства стали причиной инвалидности третьей группы у 10 (35,5 %) пациентов, 7 человек наблюдались с диагнозом «Умственная отсталость», 2 пациента — с расстройством настроения (рисунок 3).

Неоконченное высшее и высшее образование имеют 37 (12,1 %) пациентов, из них с диагнозами рубрики «Органические психические расстройства» — 13 (35 %) человек, с диагнозом «Шизофрения» — 21 (56,6 %), с расстройством настроения — 2 (7 %) человека и 1 пациент — с расстройством личности.

Высшее образование имели 28 (9,1 %) пациентов. Наибольшая доля пациентов — 43 % (12 человек) состоит на учете с диагнозом «Шизофрения». Еще 40 % — пациенты с органическими психическими расстройствами, в том числе заболеваниями пожилого возраста. Остальные имеют расстройства настроения (биполярные аффективные и рекуррентные депрессивные расстройства).

Структура образования пациентов отражена на рисунке 2.

Уровень социальной адаптации пациентов учитывался по наличию работы и характеру трудоустройства.

По результатам исследования установлено, что 261 человек, что составляет 85,3 %, не работают. Из них основную часть составляют пациенты с диагнозом «Шизофрения» — 120 человек (46 %), с диагнозами рубрики «Органические психические расстройства» — 66 пациентов (25,3 %) и с умственной отсталостью не работают 56 человек, что составляет 21,5 %. Работают не по специальности 17 пациентов (5,5 %), из них 8 человек (47,1 %) наблюдаются с диагнозом «Шизофрения». У 28 человек (9 %) работа не соответствует уровню образования. Из данной группы пациентов большинство (11 человек, 39,3 %) состоит на учете с диагнозом «Шизофрения», 14 человек (50 %) имеют диагноз рубрики «Органические психические расстройства».

Среди состоящих на учете с диагнозом «Шизофрения», у 68 (49 %) пациентов среднее и неоконченное среднее образование, у 44 (32 %) — средне-специальное, у 21 (15 %) пациента — неоконченное высшее и высшее. Из них 120 человек (86 %) не работают, из 19 работающих 8 трудятся не по специальности.

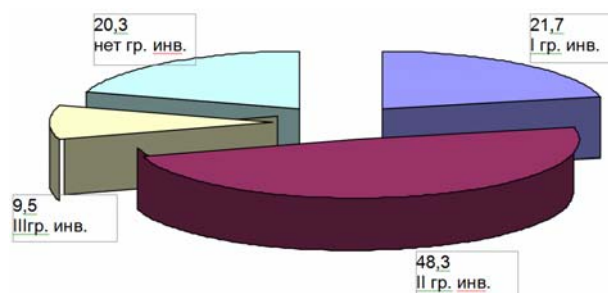


Рисунок 3 — Структура нетрудоспособности пациентов

Выводы

Среди пациентов, состоящих на диспансерном учете в психиатрическом диспансере, около половины (45,4 %) имеют диагноз «Шизофрения», значимых гендерных отличий не наблюдается. В трудоспособном возрасте заболели и были поставлены на диспансерный учет 58 % пациентов, причем риск быть поставленным на учет у мужчин выше в возрасте до 30 лет, у женщин — после 30 лет.

Часть пациентов (10,5 %), состоящих на учете, не имеют образования, еще 15 % окончили вспомогательную школу. Это преимущественно пациенты с умственной отсталостью и органическими психическими расстройствами. Высшее и неоконченное высшее образование имеют 12,1 % пациентов, состоящих на диспансерном учете, из них 56,8 % — больные шизофренией.

Более 85 % пациентов не работают. Около 80 % пациентов, состоящих на учете, имеют группу инвалидности, причем 21,7 % — инвалиды первой группы. Почти половина (42,6 %) пациентов — со стойкой утратой трудоспособности, — это больные шизофренией, они же чаще других больных не работают или работают не по специальности и не в соответствии с уровнем образования.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки комплекса психолого-социальных мер по реабилитации, улучшению качества жизни данной категории пациентов и их адаптации к социальным условиям.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гурьянова, Т. В. Социально-демографические особенности психически больных, госпитализируемых в психиатрический стационар в разные периоды развития общества / Сб. научн. трудов: Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии. — Орехово-Зуево, 2006. — С. 91–95.
2. Жариков, Н. М. Факторы, влияющие на состояние и динамику психического здоровья населения // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова / Н. М. Жариков, А. Е. Иванова, А. С. Юриков. — М., 1996. — Т. 96, № 3. — С. 79–87.
3. Закон РБ «Об оказании психиатрической помощи» от 07.01.2012 г. №349-3.
4. Greenley, J. R. Social factors, mental illness, and psychiatric care: Recent advances from a sociological perspective / J. R. Greenley // Hosp. Commun. Psychiat. — 1994. — Vol. 36, № 9. — P. 990–992.
5. Quality of life and mental health services / J. Oliver [et al.] // London-New York, 1996. — 310 p.
6. Некрасов, М. А. Медико-социальная и демографическая характеристика внебольничного контингента психически больных Орловской области (по результатам анкетирования) / М. А. Некрасов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2008. — № 3. — С. 22–24.
7. Клинико-эпидемиологический анализ психических расстройств в общей медицине (по материалам программы «СИНТЕЗ») / А. В. Андрющенко [и др.] // В сб. Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». — М.: Российское общество психиатров, 2009. — С. 4.

Поступила 07.10.2013

УДК 616.1(476.2) «2001/2011»

**ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА г. ГОМЕЛЯ ЗА 11 ЛЕТ (2001–2011 гг.)**

Я. И. Будник

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: изучение тенденций заболеваемости болезнями системы кровообращения населения трудоспособного возраста г. Гомеля с 2001 по 2011 гг.

Материал и методы. В работе использованы информационные материалы Гомельского областного управления государственной статистики, Минздрава РБ. Статистический анализ результатов исследования проводился на РС с использованием программы «Microsoft Excel», 2011.

Результаты. Изучены особенности отклонений в уровнях и структуре заболеваемости болезнями системы кровообращения, регистрируемой в лечебно-профилактических учреждениях. Установлено, что в последнее десятилетие в г. Гомеле отмечается рост заболеваемости болезнями системы кровообращения у лиц трудоспособного возраста. Рост числа больных с БСК в г. Гомеле с 2004 по 2011 гг. происходил на фоне уменьшения численности населения трудоспособного возраста и увеличения лиц старше трудоспособного возраста.