

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

УДК 614.258.1-682(575.25)

На правах рукописи

АКПЫШАРОВ НУРЛАНБЕК ТОКТОСУНОВИЧ 

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
(НА ПРИМЕРЕ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ)**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание учёной степени

кандидат медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор,

Мамбетов Марат Авалович

Бишкек – 2024

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
(НА ПРИМЕРЕ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ)**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание учёной степени

кандидат медицинских наук

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	3-4
ВВЕДЕНИЕ	5-9
ГЛАВА 1 ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)	10-34
1.1 Психическое здоровье как неотъемлемая часть здоровья и благополучия населения.....	10-12
1.2 Современные тенденции психических и расстройств поведения.....	12-18
1.3 Психическое здоровье в период пандемии COVID-19 и чрезвычайных ситуациях.....	18-23
1.4 Кадровые ресурсы в области психиатрии.....	23-27
1.5 Стратегии по улучшению психического здоровья.....	27-34
ГЛАВА 2 МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	35-39
2.1 Методология исследования.....	35-38
2.2 Методы исследования.....	38-39
ГЛАВА 3 ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОШСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ	40-105
3.1 Тенденции заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в Кыргызской Республике.....	40-52
3.2 Динамика первичной заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств в Ошской области.....	52-66
3.3. Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами по нозологиям в Ошской области	66-78
3.4 Прогноз первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами	78-80

3.5. Инвалидность при психических и поведенческих расстройствах по Ошской области.....	80-91
3.6 Динамика диспансеризации и консультаций пациентов с психическими и поведенческими расстройствами	92-96
3.7 Оценка деятельности Ошского областного центра психиатрии и наркологии.....	97-105
ГЛАВА 4 ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ	106-133
4.1 Медико-социальная характеристика пациентов с коронавирусной инфекцией.....	106-111
4.2 Оценка влияния COVID-19 на психическое здоровье	111-117
4.3 Психическое здоровье населения в период коронавирусной инфекции	118-125
4.4 Особенности образа жизни, психическое здоровье и COVID-19.....	126-133
ГЛАВА 5 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (НА ПРИМЕРЕ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ).....	134-147
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	148-148
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	149-149
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	150-170
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	171-184

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертации. В последние годы отмечается высокий уровень психических расстройств не только в мире, но и в Кыргызской Республике, обусловленных социально-экономическими преобразованиями и снижением эффективности деятельности психиатрической службы [Н. Г. Незнанов и соавт., 2018; Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики, 2019].

Поэтому, целью Национальной программы «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы» явилось укрепление психического здоровья, предотвращение психических расстройств, обеспечение доступной медицинской помощи [Охрана психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы, 2018]. Психическое здоровье населения является важнейшим элементом общественного здоровья и тесно связано с экономическим и социальным благополучием нации [Н. В. Семенова и соавт., 2013, 2022; ВОЗ, 2022].

Необходимость реформы службы психического здоровья во многом обусловлена неудовлетворительным качеством оказываемой помощи, снижением доступности к услугам в области психического здоровья и их получении, что привлекает особое внимание к этой проблеме и требует поиска новых путей решения [Д. Ю. Вельтищев и соавт., 2012; В. С. Скрипов и соавт., 2021; Бебчук М. А. и соавт., 2021; M. G. Harris et al., 2015; C. S. Lopes, 2016].

COVID-19 одна из самых тяжелых кризисов общества и здравоохранения, неблагоприятная по последствиям для психического здоровья населения [Островский Д. И. и соавт., 2020; М. Р. Сулайманова, 2020; Dua L. et al., 2020].

Каждый год в мире свыше 264 млн. человек страдают депрессией; люди с тяжелыми психическими расстройствами умирают на 10-20 лет раньше, чем население в целом; в странах с низким и средним уровнем дохода от 76% до 85% людей страдают психическими расстройствами; мировая экономика

теряет более 1 трлн. долларов в год из-за депрессивных состояний трудоспособных граждан. В период пандемии массовая изоляция населения спровоцировала волну психологического напряжения. Уровень стресса оказался высоким не только у сидящих дома здоровых граждан, но и у тех, кто получал лечение в стационарах, их близких и родственников [Е. И. Аксенова, 2021].

В некоторых научных исследованиях указывается увеличение количества психических расстройств, обусловленных неопределенностью, непредсказуемостью заболевания, большим потоком информации в средствах массовой информации, социальной изоляцией и отмечается важность оказания психиатрической помощи во время пандемий [Н. Xiao et al., 2020, А. Н. Алехин и соавт., 2020].

Чрезвычайно актуальным для современной психиатрии является научное обоснование совершенствования деятельности региональной психиатрической службы, направленной на внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи населению и формирование системы обеспечения качества проводимых медико-социальных мероприятий [Т. В. Довженко и соавт., 2016; Л. В. Шукиль и соавт., 2016; Р. А. Расулов, 2017].

Таким образом, научное обоснование совершенствования деятельности службы психического здоровья, направленное на реальное внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи населению, является актуальным, что предопределило данное исследование.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Диссертационная работа является инициативной.

Цель исследования: на основе комплексного исследования разработать научно-обоснованные мероприятия по совершенствованию системы оказания психиатрической помощи в Ошской области Кыргызской Республики.

Задачи исследования:

1. Провести анализ динамики первичной заболеваемости, распространенности, инвалидности и прогноз первичной заболеваемости психических и поведенческих расстройств по Ошской области.
2. Изучить психическое здоровье населения и определить факторы риска развития психических и поведенческих расстройств в период пандемии COVID-19 на основе социологического исследования.
3. Оценить кадровый потенциал и показатели деятельности Ошского областного центра психиатрии и наркологии.
4. Разработать пути совершенствования системы оказания психиатрической помощи на региональном уровне (на примере Ошской области), направленные на улучшение качества медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

Научная новизна полученных результатов.

1. Впервые на региональном уровне выявлены тенденции первичной заболеваемости, распространенности и инвалидности психических и поведенческих расстройств по нозологиям в Ошской области и рассчитан прогноз первичной заболеваемости на основе уравнения линейной регрессии.
2. Получены данные о негативном влиянии коронавирусной инфекции на *психическое здоровье* пациентов, обратившихся в обсерватории г. Ош в период пандемии COVID-19. Впервые выявлены факторы риска развития психических и поведенческих расстройств на основе многофакторного анализа.
3. Впервые установлена низкая доступность психиатрической помощи в районах Ошской области, оказываемой в амбулаторных условиях, обусловленная отсутствием врачей психиатров, и как следствие, высоким коэффициентом совместительства.
4. Разработаны пути совершенствования системы оказания психиатрической помощи на региональном уровне (на примере Ошской области), направленные на повышение доступности и улучшение качества медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

Практическая значимость полученных результатов. Полученные в результате проведенного исследования данные об основных тенденциях динамики распространенности психических расстройств, потребности населения региона в врачах психиатрах и психологах, должны быть использованы при планировании оказания психиатрической помощи. Разработанные научно-обоснованные мероприятия позволят повысить качество и доступность специализированной медицинской помощи, а также улучшить показатели психического здоровья населения региона.

Полученные теоретические и практические результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры общественного здравоохранения Ошского государственного университета (акт внедрения от 10.10.2022 года) и практическую деятельность Ошского областного Центра психиатрии и наркологии (акт внедрения от 14.06.2022 года).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Выявленные существенные различия в тенденции первичной заболеваемости, распространенности и инвалидности при психических и поведенческих расстройствах в Ошской области свидетельствуют об ухудшении основных показателей, характеризующих состояние психического здоровья населения региона. Прогноз первичной заболеваемости на основе линейной регрессии позволил определить низкий фактический уровень заболеваемости, характеризующим низкую обращаемость населения с психическими заболеваниями.

2. Негативное влияние коронавирусной инфекции на психическое здоровье проявилось тревогой, страхом, сниженным настроением, общим стрессом, нарушением сна. Основными факторами риска развития психических заболеваний являются стрессы, конфликты в семье, чрезвычайные ситуации.

3. Низкая доступность психиатрической помощи в районах Ошской области обусловлена отсутствием врачей психиатров и психологов, высоким коэффициентом совместительства.

4. Совершенствование системы оказания психиатрической помощи на региональном уровне, направленное на улучшение качества медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, включает функционирование выездных консультативно-диагностических психиатрических бригад, служб психического здоровья по месту жительства, служб реабилитации по месту жительства и службы поддержки на дому.

Апробации результатов диссертации. Результаты исследования обсуждены и доложены на: Международной научной конференции «Инновации в сфере медицинской науки и образования», г. Ош, 27 мая 2022 года (Ош, 2022), Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых конференции «Инновации в сфере медицинской науки и образования», г. Чолпон-Ата, 25 июня 2023 года (Чолпон-Ата, 2023), Международной научно-практической конференции «Ценностные основания интеграционных процессов в Евразии», г. Москва, 28-29 марта 2024 года (Москва, 2024), XIII Международной конкурс научно-исследовательских работ Всероссийского общества научных исследований, г. Москва, 31 июля 2024 года (Москва, 2024).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 7 научных статей, из них 6 – в журналах, индексируемых системой РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 150 страницах, состоит из введения, обзора литературы, методологии и методов исследования, 3 глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций. Диссертация иллюстрирована 34 таблицами, 5 рисунками. Библиографический указатель включает 187 источников, в том числе 106 иностранных.

ГЛАВА 1

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

1.1 Психическое здоровье как неотъемлемая часть здоровья и благополучия населения

Психическое здоровье является неотъемлемой частью здоровья и благополучия, что отражено в приведенном в Уставе Всемирной организации здравоохранения определении здоровья: «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [42].

Психическое здоровье — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества. Психическое здоровье имеет важнейшее значение для коллективной и индивидуальной способности в качестве разумных существ мыслить, проявлять эмоции, общаться друг с другом, зарабатывать себе на пропитание и получать удовольствие от жизни. Учитывая этот факт, укрепление, защита и восстановление психического здоровья могут восприниматься индивидуумами, сообществами и содружествами во всем мире как действия, имеющие жизненно важное значение [66, 74, 80, 114, 157].

Все 194 государства-члена ВОЗ присоединились к Комплексному плану действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг., обязавшись достичь глобальных целей, призванных изменить положение дел в области психического здоровья. Улучшения, достигнутые за последнее десятилетие в отдельных областях, свидетельствуют о том, что изменения возможны. Они, однако, происходят недостаточно быстро, и охрана психического здоровья остается недофинансируемой и игнорируемой областью, в которой две трети скудных государственных расходов на психиатрическую помощь выделяются специализированным психиатрическим больницам, а не общинным службам охраны психического здоровья, способным оптимально обслуживать население. Охрана психического здоровья десятилетиями входила в число самых неблагоприятных звеньев общественного здравоохранения, получая лишь малую долю объективно необходимого ей внимания и ресурсов [42, 115].

Состояние психического здоровья населения является одной из важнейших медико-социальных проблем. Охрана психического здоровья является приоритетным направлением при разработке государственных программ. В Программе Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения на 2018-2030 годы поставлена цель - укрепление психического здоровья, предотвращение психических расстройств, обеспечение доступной медицинской помощи и развитие системы оказания отзывчивых, комплексных услуг по охране психического здоровья на местном уровне, ускорение выздоровления, соблюдение прав человека и снижение смертности, заболеваемости и инвалидности лиц с психическими расстройствами [72].

Вопросы охраны психического здоровья населения также нашли свое отражение в Целях в области устойчивого развития до 2030 года, одной из целей которой является обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте [99].

На психическое здоровье, как и на другие аспекты здоровья, может оказывать влияние ряд социально-экономических факторов, которые необходимо учитывать на основе комплексных стратегий укрепления здоровья,

профилактики, лечения и выздоровления в рамках целостного правительственного подхода.

Детерминанты психического здоровья и психических расстройств включают в себя не только индивидуальные атрибуты, такие как, например, способность овладеть своими собственными мыслями, эмоциями, поведением и взаимодействием с другими людьми, но также социальные, культурные, экономические, политические и экологические факторы, например такие, как национальная политика, социальная защита, уровень жизни, условия работы и социальная поддержка окружающих. Невзгоды, переживаемые в юном возрасте, являются доказанным и предупреждаемым фактором риска психических расстройств [42, 167, 178].

1.2 Современные тенденции психических и поведенческих расстройств

Психические и поведенческие расстройства являются актуальной проблемой в системе здравоохранения и относятся к категории социально значимых заболеваний. Социальная значимость определяется высокими значениями показателей заболеваемости, в том числе с временной и стойкой утратой трудоспособности, большими финансовыми затратами на оказание медицинской помощи и выплатами социальных пособий указанной категории пациентов. Всемирная организация здравоохранения отмечает, что бремя психических расстройств в современных условиях имеет тенденцию к росту и влечет за собой серьезные социальные, правозащитные и экономические последствия во всех странах мира [6, 21, 35, 50, 88, 105, 130].

Глобальная распространенность расстройства поведения составляет приблизительно 5%, и оно является одной из наиболее распространенных причин обращения в службы психического здоровья [116]. Один из каждых 8 человек в мире страдает психическим расстройством [156].

Увеличение заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения показано во многих научных работах [20, 26, 86, 88, 98, 107, 127].

Так, Mohammadi M. и соавт. (2021) отмечают, что исследованиях, в которых использовались инструменты скрининга, показали более высокие показатели распространенности расстройства поведения, чем в исследованиях, в которых использовались диагностические инструменты [159].

Во всем мире стандартизированные по возрасту показатели распространенности (Age-standardized prevalence rates - ASPR) расстройства поведения немного увеличились с 1990 по 2019 год с расчетным годовым процентным изменением (Estimated annual percentage change - EAPC) на уровне 0,147. У мужчин бремя было выше, чем у женщин, но у женщин с течением времени наблюдался больший прирост ASPR, чем у мужчин. Бремя расстройств поведения продолжает расти во всем мире, особенно в странах Северной Америки с высоким уровнем дохода, Восточной Азии и Южной Азии, и ему следует уделять больше внимания [174].

На основе эпидемиологического исследования Макушкина Е. В. и соавт. (2019) за период 2000-2018 гг. на фоне снижения численности детского и подросткового населения выявлены достаточно высокие показатели заболеваемости психическими расстройствами в этих возрастных группах, превышающие показатели заболеваемости взрослого населения в Российской Федерации, а также рост детской заболеваемости психотическими расстройствами [50].

В 2019 г. во всем мире психическими расстройствами страдали почти 1 млрд. человек, в том числе 14% подростков. Более одного процента случаев смерти произошли в результате самоубийств, при этом 58% суицидов были совершены лицами в возрасте до 50 лет. Психические расстройства – ведущая причина нетрудоспособности, на долю которых приходится одна шестая общего числа лет, утрачиваемых в результате инвалидности. Смерть людей с тяжелыми психическими заболеваниями наступает в среднем на 10–20 лет

раньше, чем в общей массе населения, в основном из-за развития поддающихся профилактике физических заболеваний. Ведущими причинами депрессии являются сексуальное насилие в детском возрасте и издевательства над детьми. К глобальным системным угрозам психическому здоровью относятся социально-экономическое неравенство, чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, войны и климатический кризис [10].

В настоящее время имеются убедительные доказательства того, что риск развития любого психического заболевания неразрывно связан с нашими жизненными обстоятельствами [183], а это означает, что более высокое бремя психиатрической заболеваемости на уровне населения непропорционально ощущается теми, кто находится ближе к периферии наших обществ. Поскольку плохое психическое здоровье может быть невидимой рукой, которая подавляет жизненные шансы, включая как продолжительность нашей жизни [181], так и качество прожитых лет [131], улучшение психического здоровья населения путем разработки эффективных профилактических стратегий, которые воздействуют на изменяемые социальные факторы риска, следует рассматривать как центральный вопрос социальной справедливости [17, 126].

Одним из наиболее негативных последствий становится формирование внутренней стигмы (самостигматизации). Этот феномен представляет собой последовательный процесс, когда при установлении диагноза психического расстройства общественные стереотипы и предрассудки становятся для индивида особенно релевантны и заметны, воспринимаясь как собственная личностная характеристика. Затем возникает их эмоциональное одобрение, приводящее к снижению самооценки, и формируется поведенческий ответ в виде дистанцирования и социальной изоляции индивида. Это, в свою очередь, провоцирует избегание обращения и отказы от психиатрической помощи и далее - повторные обострения, госпитализации, снижение качества жизни. Так формируется «порочный круг», усугубляющий переживание самостигматизации. В результате, стигма представляет собой серьезный вызов для общественного здравоохранения [48].

Динамика показателей заболеваемости определяется демографическими, социально-экономическими, территориальными факторами и эффективностью психиатрической помощи [19, 45, 172].

В целом, глобальное начало первого психического расстройства происходит до 14 лет у одной трети людей, в возрасте 18 лет почти у половины (48,4%) и до 25 лет у половины (62,5%), с пиковым/медианным возрастом начала 14,5/18 лет для всех психических расстройств. Однако наблюдается значительная изменчивость в глобальном возрасте начала и пиковом возрасте для психических расстройств. Эти результаты могут информировать о сроках и распределении ресурсов в отношении раннего вмешательства и профилактических подходов [108].

Рост показателей общей и первичной заболеваемости психических расстройств отмечается среди населения в возрасте от 60 лет и старше по всем федеральным округам, с преобладанием психотических расстройств и органического поражения головного мозга [19].

Психические расстройства входят в число наиболее существенных причин смерти во всем мире. В общей сложности 67,3% смертей среди людей с психическими расстройствами были вызваны естественными причинами, 17,5% - неестественными причинами, а остальные - другими или неизвестными причинами. Медиана лет потенциально потерянной жизни составила 10 лет (n = 24 исследования). 14,3% смертей во всем мире, или приблизительно 8 миллионов смертей в год, связаны с психическими расстройствами [181].

Проведение литературного обзора показало, что психические расстройства связаны с преждевременной смертностью [8, 26, 85]. Растет число исследований, изучающих продолжительность жизни и годы потенциально потерянной жизни (YPLL) для количественной оценки влияния болезни на выживаемость людей с психическими расстройствами.

Объединенная ожидаемая продолжительность жизни для психических расстройств составила 63,85 года, а объединенная YPLL составила 14,66 года. Анализы, стратифицированные по расстройствам, показали, что расстройства,

связанные с употреблением психоактивных веществ, имели самую короткую продолжительность жизни (57,07 года), в то время как невротические расстройства имели самую длинную продолжительность жизни (69,51 года). Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, показали наибольшую YPLL (20,38 лет), за которыми следуют расстройства пищевого поведения (16,64 года), расстройства шизофренического спектра (15,37 года) и расстройства личности (15,35 года). YPLL, приписываемые естественной и неестественной смерти при психических расстройствах, составили 4,38 года и 8,11 года; самоубийство: 8,31 года, соответственно [153].

Шизофрения поражает приблизительно 24 миллиона человек или 1 из 300 человек (0,32%) во всем мире. Это не так распространено, как многие другие психические расстройства. Начало чаще всего приходится на конец подросткового возраста и двадцатые годы, и начало, как правило, происходит раньше у мужчин, чем у женщин [100, 169]. По оценкам, 4,9% людей, страдающих шизофренией, умирают в результате самоубийства, что намного выше, чем среди населения в целом, при этом самый высокий риск наблюдается на ранних стадиях заболевания [163]. Примерно у половины людей с шизофренией наблюдаются сопутствующие психические и/или поведенческие расстройства здоровья [152].

Тревожные расстройства, включая паническое расстройство с агорафобией или без нее, генерализованное тревожное расстройство, социальное тревожное расстройство, специфические фобии и расстройство тревожности разлуки, являются наиболее распространенными психическими расстройствами и связаны с огромными расходами на здравоохранение и высоким бременем болезней. Согласно крупным популяционным опросам, до 33,7% населения страдают тревожным расстройством в течение жизни [112, 128].

В 2019 году 301 млн. человек жили с тревожным расстройством, включая 58 млн. детей и подростков [109]. Тревожные расстройства характеризуются чрезмерным страхом и беспокойством и связанными с ними поведенческими

нарушениями. Симптомы достаточно серьезны, чтобы привести к значительному дистрессу или значительному ухудшению функционирования. Существует несколько различных видов тревожных расстройств, таких как: генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, социальное тревожное расстройство, тревожное расстройство, вызванное разлукой и другие [113, 129, 147].

В 2019 году 280 млн. человек жили с депрессией, в том числе 23 млн. детей и подростков [147]. Частота встречаемости депрессивных расстройств у больных шизофренией варьирует от 9,1 и до 100 %, средняя частота — 41,6 %. Их частота переменна и зависит от региона проживания и этнической принадлежности. Отмечается, что депрессивные расстройства у пациентов с шизофренией чаще регистрируются среди жителей Ближнего Востока (72,7%), России (61,8%) и Европы (39,6%), реже - среди жителей Юго-Восточной Азии (32%) и Тихоокеанского региона (37,3%). К странам с наибольшей частотой встречаемости депрессивных расстройств при шизофренией относятся: США, Германия, Китай; а к странам с наименьшей частотой - Дания, Израиль, ЮАР. Также хочется отметить, что наибольшее число проведенных исследований было в странах Европы, США и Российской Федерации. В целом, в мире, частота встречаемости депрессивных расстройств при шизофренией у мужчин выше, чем у женщин, хотя не во всех регионах мира гендерные различия достигали статистической значимости [58, 122, 146].

Показатели распространенности умственной отсталости в мире по данным официальной медицинской отчетности колеблются в широком диапазоне: от 3,04 до 24,6 и выше на тысячу населения. По данным Всемирной организации здравоохранения, а также ряда отечественных и зарубежных авторов, показатели распространенности умственной отсталости в популяции колеблются в пределах от 1 до 3% населения. В последние годы распространенность умственной отсталости среди населения Российской Федерации составляет чуть более 0,6% [97]. По данным Чернова П. Д. и соавт., показатель первичной заболеваемости в РФ снизился с 22,7 на 100 тыс.

населения в 2016 г. до 20,6 на 100 тыс. населения в 2018 г. где темп убыли за последние три года составил 9,1% [36]. В структуре общей заболеваемости психическими расстройствами пожилых людей в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации в 2018 г. доля умственной отсталости составляет 2,9 %. Среди всех пациентов с умственной отсталостью удельный вес лиц пожилого возраста колеблется от 1,9 до 7,6% [83]. Кроме того, лица с психическими расстройствами сталкиваются с повышенным уровнем заболеваемости другими нозологиями [165, 180] и более высоким риском преждевременной смертности [181].

Всемирная организация здравоохранения оценивает, что от 35% до 50% людей с серьезными проблемами психического здоровья в развитых странах и 76–85% в развивающихся странах не получают лечения [115, 158].

1.3 Психическое здоровье в период пандемии COVID-19 и чрезвычайных ситуациях

Проблемы психического здоровья не новы, однако пандемия COVID-19 быстро спровоцировала углубление кризиса. В 2019 году, до начала пандемии, каждый пятый взрослый житель Соединенных Штатов страдал каким-либо психическим заболеванием – чаще всего депрессией или тревожным расстройством; кроме того, ожидалось, что с проблемой психического здоровья в течение своей жизни столкнутся половина американцев [154]. Сегодня эти цифры значительно выше, и некоторые исследования показывают, что до 80 процентов американцев испытывают тревожные чувства, депрессию, уныние или одиночество [67, 123].

В 2020 году число людей, живущих с тревожными и депрессивными расстройствами, значительно возросло из-за пандемии COVID-19, в результате пандемии распространение депрессии и тревожных состояний во всем мире возросло на 25-27% [56, 150].

Чрезвычайные ситуации - это локальные войны, вооруженные конфликты, техногенные аварии, природные катастрофы. В республике имеются около 14 тыс. зон и опасных участков, источников стихийных бедствий. Примерно 75,0% населения Кыргызской Республики, проживают в зонах возможных очагов землетрясений, силой более 9 баллов [72]. За период с 2006 по 2015 годы произошло 2719 чрезвычайных ситуаций. Из них наибольшее количество катаклизмов природного характера. При этом количество жертв за указанный период составило 1136 человек.

Рост социальных и природных катаклизмов, с одной стороны, и невозможность использовать имеющиеся навыки поведения в экстремальных ситуациях, с другой стороны, во многом определило рост психической травматизации населения, что не может не отражаться негативно на психическом здоровье населения. В ходе оказания медицинской психиатрической помощи населению выявилось отсутствие эффективной интегрированной психосоциальной помощи, способной адекватно реагировать на потребности населения в условиях чрезвычайных ситуаций. Не предусмотрено предоставление базовой психологической помощи персоналу, оказывающему помощь в районах стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций.

Бремя пандемии можно разделить на два типа: психоэмоциональное и психоневрологическое. Психоневрологическое бремя пандемии COVID-19 - это повреждения центральной нервной системы, спровоцированные нейротоксичным вирусом SARS-CoV-2, под психоэмоциональным бременем — психоэмоциональные расстройства, вызванные самим вирусом и/ или мерами по его сдерживанию. Учитывая, что психоэмоциональное состояние — это комплекс изменений, происходящих в теле и психике, включающий также поведенческие реакции на ситуацию, мы будем изучать проявления нарушения психики на трех уровнях: физиологическом, психическом и поведенческом. Рассмотрим их подробнее.

Первый уровень — физиологический, не только «классические» телесные реакции на стрессовую ситуацию (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, уровня сахара в крови, нарушение аппетита, нарушение сна, головная боль, боли в теле, эндокринные нарушения и др.), но и психоневрологические нарушения, возникшие вследствие воздействия вируса SARS CoV-2, т. к. они проявляются именно на уровне физиологии и влияют на психическое благополучие.

Поражения центральной нервной системы чаще наблюдаются в группе «тяжелых» пациентов. Так, по данным ретроспективного исследования в г. Ухане, 36% госпитализированных пациентов имели симптомы расстройства центральной нервной системы, в группе «тяжелых» — 45% [162]. Rogers J.P. et al. (2020) были получены доказательства наличия у пациентов отделения интенсивной терапии делирия (65%) и возбуждения (69%). У каждого пятого реанимационного пациента было диагностировано измененное сознание (впоследствии все они погибли) [166].

Проведенное группой ученых под руководством А. Varatharaj (2020) исследование «тяжелых» госпитализированных ковид-положительных пациентов в Великобритании выявило, что у трети госпитализированных был выявлен измененный психический статус (из них 23% - с неуточненной энцефалопатией, 18% - с энцефалитом, остальные 59% - с нервно-психическими расстройствами). Подавляющему большинству последних (92%) диагноз (психоз, нейрокогнитивный синдром, аффективное расстройство) был поставлен впервые [161].

Острые психоневрологические реакции организма на нейротоксичный вирус COVID-19 зачастую приводят к тяжелым осложнениям (постковидные инсульты, инфаркты, энцефалопатии и др.), соматогенным психическим и невротическим расстройствам, утрате трудоспособности и даже гибели пациента, а значит, отражают и расширяют спектр бремени болезни.

На психическом уровне наблюдается дебют или рецидив панических, тревожных, депрессивных расстройств, расстройства адаптации, возникают симптомы посттравматического стрессового расстройства.

Поведенческий уровень связан с ростом случаев домашнего насилия, различных аддикций, суицидального и защитного поведения, изменением пищевых привычек и др. Важным моментом является предотвратимость большинства негативных последствий.

Первые случаи заболевания инфекцией, названной Corona Virus Disease 2019 (COVID - 19) были зарегистрированы и описаны в декабре 2019 года в китайском городе Ухань, а в январе 2020 года заболеваемость в Китае достигла уровня эпидемии [9, 68, 177]. 11 марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила о пандемии. К тому же исследования свидетельствует о том, что значительное число людей в период введения карантинных мер имеют недиагностированные заболевания, в т.ч. и психиатрического спектра [119].

По данным ВОЗ на 4 июня 2020 года количество зараженных во всем мире достигло 628777 1 случаев, зарегистрировано 379941 смертельных исходов. В России заболеваемость составила 441 1 08 случаев, а летальность - 5384 человек [92].

В ответ на чрезвычайную ситуацию, вызванную неконтролируемым и быстрым распространением коронавирусной инфекции, были введены карантинные меры, включающие ряд стратегий, направленных на борьбу с пандемией: ограничение передвижений, запрет на скопление людей, отмена публичных мероприятий, самоизоляция [60], обязательное ношение индивидуальных средств защиты, разрешение на передвижение только до ближайших магазинов и места работы, блокирование населенных пунктов и т.д. Эти вынужденные меры, сами по себе являясь стрессовыми, привели к нарушению привычного жизненного уклада и лишили возможности справляться со стрессом рекреационными способами, что привело к различным психосоциальным последствиям [9, 12, 13, 182].

По оценкам экспертов, в период пандемии в режиме самоизоляции и карантине находилось около 3,4 млрд. человек – 43% населения Земли [15, 111].

Неясная, невидимая угроза ранее неизвестного вируса в сочетании с невозможностью предпринять понятные активные действия усиливает страх и тревогу, может спровоцировать дебют или рецидив тревожного, депрессивного, обсессивно-компульсивного и другого психического расстройства, патологические зависимости и суицид. Некоторые авторы говорят даже о риске массовых психозов. Запуску психозов при переживании страха и дистресса большой группой способствуют механизмы подражаемости и внушаемости, в обычном состоянии необходимые для эффективной регуляции социального поведения [54]. Соловьева Н. В. и соавт. (2020), говоря о психических расстройствах, спровоцированных пандемией, вводит понятие «коронавирусный синдром», который затронет до 10% населения, вовлеченного в пандемию. По ее мнению, ситуация и ее последствия схожи с теми, что наблюдались в России в период перестройки, т. к. причинами психических нарушений являются не конкретная локализованная во времени травма, а длительные невротизирующие переживания, выходящие за рамки обычного опыта, изменение социальных связей и жизненных планов, нестабильность и неопределенность будущего, а также большое количество неконструктивной тревожной информации в СМИ [90].

Самоизоляция, карантин, пандемия - это вынужденные меры, которые значительно ухудшают условия и привычный образ жизни. В сложившейся ситуации для человека естественны реакции утраты (отрицание, злость, торг, депрессия, принятие): нам становятся недоступными - прежний уровень жизни, свобода перемещений, иллюзия безопасности вокруг [15, 176, 179].

Впервые данные изменения были отчетливо обнаружены у граждан Китая, когда множество лиц одновременно обратились за помощью с эмоциональными проблемами в виде беспомощности, выраженного страха, постоянно тревоги и подавленности, а также, чувством вины. Поэтому вопрос

поддержания психического здоровья граждан стал важной проблемой, и ограничительные меры проводились параллельно с развертывание психиатрической и психологической помощи в режиме online. Только за первый год пандемии распространенность депрессии и тревожных расстройства выросла более чем на 25% [10, 185].

Общими психологическими реакциями на пандемию COVID-19, исходя из современных представлений о работе психики, является частота симптомов тревоги и депрессии в среднем от 16 до 28%, нарушения сна и в 8% случаев сопровождается выраженным стрессом. Некоторые индивидуальные переменные уменьшают выраженность симптоматики. Тогда как некоторые группы, могут обладать более высоким риском развития или обострения психических расстройств [6, 7, 65]. Пандемия явилась мощным стрессовым фактором и ограничительные меры в связи с карантином, имеют негативные последствия для психического здоровья населения [110, 160, 164]. Проблема психического состояния людей в условиях пандемии значима для определения направлений психологической помощи в практической работе психологов и людей помогающих профессий [44].

1.4 Кадровые ресурсы в области психиатрии

Планирование кадровых ресурсов здравоохранения является важнейшим компонентом успешной организационной и системной трансформации [148, 143]. Кадровые ресурсы являются основой любой системы здравоохранения и имеют решающее значение для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Многие страны сталкиваются с серьезными проблемами, связанными с кадровыми ресурсами здравоохранения, такими как острая нехватка кадров, неоптимальная профессиональная структура кадров, неравномерное географическое распределение медико-санитарных работников и недостатки в том, что касается их квалификации, мотивации и эффективности работы. Применяя новаторский подход, ВОЗ разработала концептуальную

модель рынка труда в сфере здравоохранения для анализа этого рынка и использования в качестве инструмента для разработки обоснованных рекомендаций в отношении политики. Эта концептуальная модель лежит в основе Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г., и ее значение было подчеркнуто Комиссией высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста (2016 г.).

Знания, навыки, мотивация медико-санитарных работников и их отношение к своей работе имеют решающее значение для оказания медико-санитарных услуг тем, кто в них нуждается, и способствуют достижению более высоких показателей здоровья и благосостояния населения. Тем не менее, кадровые ресурсы часто оказываются самым слабым звеном системы здравоохранения. Анализ рынка труда необходим для того, чтобы лучше понять те факторы, которыми обусловлены нехватка или избыток рабочей силы, профессиональная структура кадров, их неравномерное географическое распределение и недостаточная эффективность, а также для того, чтобы разрабатывать эффективную политику для решения проблем, связанных с кадровыми ресурсами [81].

К специалистам с высшим медицинским образованием, оказывающим психиатрическую помощь населению, относятся врачи-психиатры, а также врачи-психотерапевты. К кадрам психиатрической службы, не имеющим медицинского образования, относятся медицинские психологи и специалисты по социальной работе, социальные работники, оказывающие помощь лицам с психическими заболеваниями [55].

К специалистам с высшим медицинским образованием относятся врачи-психиатры, в т.ч. детские и подростковые психиатры, сексологи и судебно-психиатрические эксперты, и врачи-психотерапевты [95].

В настоящее время наблюдается 40-60-кратный дефицит психиатров и еще меньше психологов, психиатрических социальных работников и психиатрических медсестер [84, 89, 132, 145].

По данным Масякина А. В. (2019) отмечается увеличение общего числа посещений врачей-психиатров, работающих по участковому принципу, включая посещения на дому, в расчете на 1 врача-психиатра, что говорит о положительной динамике и расширении объемов амбулаторной помощи. Однако о необходимости дальнейших преобразований говорит превышение рекомендованных предельных значений коэффициента совместительства врачебного и другого медицинского персонала территориальных психиатрических объединений, свидетельствующее об избыточной нагрузке на медицинский персонал и снижении качества и доступности психиатрической помощи для населения [55].

На основании ст. 284 Трудового кодекса РФ максимальный коэффициент совместительства составляет 1,5. По данным В. Н. Кораблева, предельный коэффициент совместительства для врачей территориальных психиатрических объединений составляет 1,2, для среднего медицинского персонала - 1,4, для младшего медицинского персонала - 1,5 [43].

Рост количества и укомплектованности амбулаторных ставок в психиатрических учреждениях частично компенсирует снижение количества и укомплектованности ставок в психиатрических стационарах. Кадровый дефицит указывает на превышение коэффициентов совместительства в отдельных учреждениях [55].

Ястребов В. С и соавт. (2016) рекомендуют пересмотр условий труда отдельных категорий работающих граждан с сохранением работников психиатрических служб действующих льгот за вредные условия труда. В итоге это может повлечь за собой заметный отток работников психиатрических служб, изменение основных показателей деятельности психиатрических учреждений и соответствующее снижение качества оказываемой психиатрической помощи [57].

В стране отмечается дефицит кадровых ресурсов на всех уровнях оказания медицинской помощи. В 2015 году обеспеченность психиатрами составила 0,24 на 10 тыс. населения или 144 психиатра, в том числе, 8 детских. В службе

психического здоровья осуществляют деятельность 24 медицинских психолога, которые сосредоточены только в центрах психического здоровья. Особо нуждаются в специалистах (психиатры, психологи) отдаленные регионы. Так, по Джалал-Абадской области потребность в перечисленных категориях специалистов составляет 48, по Ошской области - 32, Иссык-Кульской области - 28 специалистов. Количество семейных врачей, прошедших хотя бы краткосрочные циклы обучения по проблемам психического здоровья, составляет лишь 28%.

На уровне первичной медико-санитарной помощи, ввиду отсутствия специалистов-психиатров или психотерапевтов, психологов, специализированную консультацию и помощь оказывают специалисты других специальностей (терапевты, гинекологи, неврологи и др.). Снижился престиж врача психиатра, молодые специалисты не имеют мотивации для выбора специальности "психиатрия". В 2016 году интернатуру и клиническую ординатуру окончили 1342 человека, из них специальность "врач психиатр" выбрали только 5 человек. Отмечается высокая потребность в повышении потенциала организаторов здравоохранения в управлении современными формами оказания услуг в области охраны психического здоровья. Отмечается большая текучесть медицинских кадров в системе здравоохранения, в том числе и специализированной психиатрической помощи.

В настоящее время подготовкой психологов и дефектологов занимаются различные организации образования, при этом система их подготовки развивается без учета потребностей в данных специалистах и соответствующей государственной бюджетной поддержки. Отмечается недостаточность кадровых ресурсов, обладающих современными практическими знаниями и навыками оказания социальных услуг в полустационарных условиях на местном уровне. Вопросы охраны психического здоровья не являются приоритетными в существующих программах повышения квалификации специалистов социальной защиты и социальных работников.

Система повышения квалификации, непрерывного обучения в области психического здоровья не учитывает потребности других секторов, оказывающих услуги нуждающимся и пользователям услуг охраны психического здоровья (соцзащита, правоохранительные, судебные органы, службы реагирования на чрезвычайные ситуации).

Задачи в сфере развития кадровых ресурсов:

- повышение мотивации и привлечение кадровых ресурсов в систему охраны психического здоровья с учетом оценки потребностей в специалистах;
- усовершенствование стандартов оказания медицинской помощи на всех уровнях организаций здравоохранения с учетом усиления роли среднего медицинского персонала и последующим их внедрением в программы на додипломном, последипломном и непрерывном уровнях обучения;
- интеграция и улучшение взаимодействия систем непрерывного образования специалистов других секторов, задействованных в охране психического здоровья.

Меры по реализации вышеназванных задач:

1. Внести изменения в систему подготовки и переподготовки специалистов различных секторов, задействованных в охране психического здоровья, с учетом изучения потребностей и использованием научно обоснованных подходов.
2. Разработать и внедрить стандарты, клинические руководства, протоколы для всех уровней организаций здравоохранения, среднего, высшего, до-, последипломного и непрерывного профессионального образования [72].

1.5 Стратегии по улучшению психического здоровья

Некоторые авторы показывают высокую востребованность и эффективность медико-социальной и психологической помощи в рамках расширения спектра услуг профилактической и реабилитационной направленности, что говорит об актуальности и целесообразности развития психиатрической помощи в этом направлении. Подобный опыт оптимизации,

при отсутствии дополнительных затрат на организационно-штатные изменения, позволяет реализовать задачи максимального приближения специализированной помощи к населению, преодоления стигматизации, раннего выявления и лечения психических расстройств, в том числе психосоматических нарушений, начальных форм шизофрении и других заболеваний [24].

Пациенты, получающие помощь в период пандемии, требуют настороженности в отношении психического здоровья, так как любой человек в этих условиях может оказаться жертвой внеколлективного массового деструктивного поведения и представлять угрозу для себя, других пациентов и медицинского персонала [55].

Интересным фактором является то, что все авторы отмечают необходимость тесного сотрудничества между психиатрами и специалистами из других отраслей медицины, а также с местными органами власти и работниками здравоохранения [54]. Шесть важных принципов для психиатра: информирование общественности об общих психологических последствиях пандемии; мотивирование населения к принятию стратегий профилактики заболеваний и укрепления здоровья; интеграция их услуг с доступной медицинской помощью; обучение стратегиям решения проблем, чтобы справиться с текущим кризисом; расширение прав и возможностей пациентов с COVID-19 и их попечителей; предоставление психиатрической помощи медицинским работникам. Что касается более конкретных терапевтических стратегий, предложения включают в себя создание групп специалистов, квалифицированных для решения эмоциональных расстройств [185]; обучение общинного медицинского персонала базовым аспектам охраны психического здоровья [120]; использование онлайн-опросов для оценки масштабов проблем психического здоровья; разработка онлайн-материалов для обучения психическому здоровью; предоставление онлайн-консультаций и услуг самопомощи [149]; консультации по телепсихиатрии; развитие синхронных

телемедицинских услуг для диагностических целей, а также для консультирования [77, 94, 171, 186]; и необходимость онлайн-услуг по охране психического здоровья доступными для людей из низших социально-экономических слоев [184]. Такие стратегии дают надежду на предоставление услуг по охране психического здоровья в легко доступной форме без какого-либо увеличения риска заражения. Однако они в решающей степени зависят от наличия квалифицированной рабочей силы и инфраструктуры, и неизвестно, в какой степени эти подходы будут приняты широкой общественностью [65].

Установлено, что в течение минувшего десятилетия значительно улучшилось понимание того, что необходимо делать в отношении бремени психических расстройств. ВОЗ поддерживает правительств в их стремлениях укрепить психическое здоровье населения, взаимодействует с государственными органами власти и некоммерческими организациями, координирует эту деятельность и планирует совместные действия.

Ликвидации пробелов в области психического здоровья состоит в том, чтобы укреплять психическое благополучие, предотвращать психические расстройства, обеспечивать медицинскую помощь, ускорять выздоровление, укреплять права человека и снижать смертность, заболеваемость. Эта программа направлена на решение четырех задач: укреплять эффективное лидерство и руководство в области охраны психического здоровья населения; обеспечивать на первичном уровне комплексную интегрированную и четко реагирующую на изменения медико-санитарную и социальную помощь; разрабатывать и осуществлять стратегии укрепления психического здоровья и мероприятия профилактики психических болезней; модернизировать информационные системы, пополнять фактические данные и проводить научные исследования в области психического здоровья населения [40].

Необходимо дальнейшее смягчение психоэмоционального бремени пандемии, так как последствия для психического здоровья будут проявляться дольше и достигнут своего пика позже, чем сама пандемия. По мере развития

экономических последствий изоляции стоит ожидать не только устойчивого дистресса, но и клинически значимого ухудшения психического здоровья у некоторых людей [158], но и появления хорошо описанных долгосрочных последствий экономического спада для психического здоровья, включая рост числа самоубийств.

Ведутся дискуссии о перспективах развития общественно-ориентированных форм помощи. Общественно-ориентированная психиатрия является более эффективной формой помощи по сравнению со стационарной, но лишь в том случае, когда развитие внебольничных видов опережает развитие стационарного звена. При этом отмечается, что, несомненно, позитивными сторонами проводимых изменений в психиатрии являются развитие эффективных служб внебольничной поддержки пациентов [96, 106].

Эти изменения должны происходить в направлении развития амбулаторных и полустационарных форм помощи, активного внедрения психиатрической помощи в общесоматическую сеть с тенденцией снижения количества стационарных коек, установления оптимальной зависимости размеров и структуры психиатрической сети от реальной потребности в помощи, особенностей демографического состава населения, материальной базы региона, маршрутизации потоков пациентов для оказания специализированной помощи в оптимальном объеме, соблюдения преемственности при оказании медицинской помощи. Чрезвычайно актуальным для современной психиатрии является научное обоснование совершенствования деятельности региональной психиатрической службы, направленной на внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи населению и формирование системы обеспечения качества проводимых медико-социальных мероприятий [22, 103].

Реструктуризация психиатрической службы реализуется согласно концепции общественно-ориентированной психиатрии, основанной на биопсихосоциальном подходе. По мнению большинства респондентов, развитие психосоциальной реабилитации и психотерапии, развитие

преимущества в оказании психиатрической помощи и технологий стационарозамещения, снижают уровень госпитализаций [38].

Наибольшую эффективность проводимых мероприятий доказал мультидисциплинарный подход, активно развивающийся во многих направлениях медицины и позволяющий учитывать, как биологические нарушения, так и социальное функционирование, обосновывать цели реабилитационных мероприятий и реализовывать оценку их эффективности [39].

Психосоциальная реабилитация стала неотъемлемой частью психиатрической помощи населению и превратилась в её важное научно-исследовательское и организационно-методическое направление. Эффективная психосоциальная реабилитация определена как процесс, который открывает людям с психическими расстройствами возможность достичь своего оптимального уровня самостоятельного функционирования в обществе. Такой подход подразумевает как повышение осведомленности и наличие опыта, необходимых для эффективной деятельности в заданной предметной области, так и способность окружающей социальной среды к изменению с тем, чтобы больные могли достичь того максимального качества жизни, которое возможно для людей с психическими расстройствами или нарушениями психической деятельности [47].

ВОЗ призывает поддерживать местные и глобальные усилия по выполнению к 2025 году задачи 3.4 ЦУР (сократить к 2030 г. на одну треть показатель преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и укреплять психическое здоровье и благополучие) [70].

В контексте национальных усилий по укреплению психического здоровья крайне важно не только защищать и поддерживать психическое благополучие всех людей, но и удовлетворять потребности людей с психическими расстройствами. Это должно быть сделано посредством психиатрической помощи на уровне сообщества, которая более доступна и приемлема, чем институциональная помощь, помогает предотвратить нарушения прав человека

и обеспечивает лучшие результаты восстановления для людей с психическими расстройствами [66, 78].

Некоторые исследования демонстрируют нуждаемость семей психически больных в поддержке специалистов психиатрического здравоохранения [49, 125, 168].

В целом, следует отметить, что несмотря на отличающиеся (иногда довольно значительно) подходы к проведению процесса деинституционализации (реформирования) в различных странах мира, можно выделить ряд существенных характеристик, определяющих качество оказания психиатрической помощи:

1. Сокращение числа психиатрических коек должно носить постепенный характер с параллельным активным развитием внебольничной психиатрической службы. При этом, чем ниже коечная обеспеченность, тем в большей степени должны быть развиты, доступны и приближены к населению интенсивные формы оказания помощи во внебольничных условиях, в частности, обеспечивающие ежедневную кризисную помощь в круглосуточном режиме (24 часа 7 дней в неделю), в том числе и на дому у пациентов.

2. Сокращение длительности госпитализации целесообразно осуществлять дифференцированно. В случаях развитой и приближенной к населению внебольничной службы для значительной части больных, длительность лечения может быть относительно непродолжительной.

3. Обеспечение преемственности между различными этапами оказания психиатрической помощи: больница – дневной стационар – амбулаторная служба.

4. Психиатрическая служба в условиях деинституционализации должна предоставлять спектр максимально приближенных к месту жительства пациентов различных внебольничных форм психиатрической помощи.

5. Необходимо использование всех ресурсов вне психиатрической службы, в которых нуждаются психиатрические пациенты, включая ресурсы общего здравоохранения, социальных служб, службы труда и занятости и др.

Существенное значение имеет развитие организаций потребителей психиатрической помощи и их родственников, а также работа со средствами массовой информации, в том числе для уменьшения стигматизации и самостигматизации пациентов и психиатрической службы в целом.

6. Критериями качества проводимой деинституционализации среди других критериев качества оказания психиатрической помощи являются динамика повторности и длительности госпитализаций, количество недобровольных госпитализаций (их рост указывает на недостатки работы внебольничной службы), динамика числа суицидов психически больных и совершенных ими противоправных действий [101].

Для повышения качества психиатрической помощи предлагается увеличение финансирования психиатрической службы, создание различных организационных моделей, внедрение новых медицинских и информационных технологий [155].

Приоритетным направлением в дальнейшем развитии психиатрической помощи должны быть определены наиболее эффективные и менее затратные формы оказания, межведомственное взаимодействие и интеграция психиатрической службы с другими звеньями регионального здравоохранения и социальной защиты [1].

Резюме. Состояние психического здоровья населения является одной из важнейших медико-социальных проблем. Охрана психического здоровья является приоритетным направлением при разработке государственных программ во многих странах и в том числе в Кыргызской Республике. Вопросы охраны психического здоровья населения также нашли свое отражение в Целях в области устойчивого развития до 2030 года, одной из целей которой является обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте [99].

Социальная значимость психических расстройств и расстройств поведения определяется высокими значениями показателей заболеваемости, в том числе с временной и стойкой утратой трудоспособности, большими

финансовыми затратами на оказание медицинской помощи и выплатами социальных пособий указанной категории пациентов.

Всемирная организация здравоохранения отмечает, что бремя психических расстройств в современных условиях имеет тенденцию к росту и влечет за собой серьезные социальные, правозащитные и экономические последствия во всех странах мира.

Глобальная распространенность расстройства поведения составляет приблизительно 5%, и оно является одной из наиболее распространенных причин обращения в службы психического здоровья. Увеличение заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения показано во многих научных работах.

К глобальным системным угрозам психическому здоровью относятся социально-экономическое неравенство, чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, войны и климатический кризис. Наблюдается 40-60-кратный дефицит психиатров и еще меньше психологов, психиатрических социальных работников и психиатрических медсестер.

Авторы отмечают необходимость тесного сотрудничества между психиатрами и специалистами из других отраслей медицины, а также с местными органами власти и работниками здравоохранения.

Проведенный литературный обзор показал актуальность системы оказания психиатрической помощи, направленной на внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи населению и формирование системы обеспечения качества медицинской помощи.

ГЛАВА 2

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось с 2015 года по 2021 годы.

Объект исследования: больные с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Предмет исследования: система оказания психиатрической помощи.

2.1 Методология исследования

Ошский областной центр психического здоровья, а с 2022 года Ошский областной центр психиатрии и наркологии оказывает стационарную, амбулаторную психолого-психиатрическую помощь населению Южных областей Кыргызской Республики и г. Ош, а также консультативно-методическую помощь 10 районным психиатрическим кабинетам Ошской и Баткенской области.

В Ошском областном центре психиатрии и наркологии функционируют:

- 240 стационарных коек,
- 6 стационарных отделений, в т.ч. 10 детских,
- со II квартала 2016 года функционируют 20 коек дневного стационара.

Стационарная помощь остается доминирующей, в отделениях находятся в основном больные с хроническими психическими расстройствами.

Из-за отсутствия социальной поддержки, материальной поддержки родных, снижение родственных связей, несвоевременной поддерживающей терапии большинство больных многократно поступают для стационарного лечения.

План и программа исследования представлена в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1 – План и программа исследования

№ п п	Задача исследования	Объект, предмет и материал исследования.	Метод исследования.
1	Проанализировать динамику первичной заболеваемости, распространенности, инвалидности при психических расстройствах и расстройствах поведения по Ошской, прогноз первичной заболеваемости за период с 2017 по 2021 годы.	Объект исследования: население Кыргызской Республики, Ошской области и г. Ош. Предмет исследования: заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения. Материал исследования: статистические данные Центра электронного здравоохранения с 2015 по 2021 годы, Ошского областного центра психиатрии и наркологии с 2017 по 2021 годы.	Ретроспективный. Статистический
2	Изучить психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19 на основе социологического исследования.	Объект исследования: население Ошской области и г. Ош. Предмет исследования: психическое здоровье 385 пациентов, обратившихся с различными жалобами психологического характера в обсерватории г. Ош Кыргызской Республики, расположенные в санатории «Барчын», общежитиях № 5 и 7 Ошского государственного университета, общежитии № 16 профлиция, медицинском центре «Барчын», в период пандемии COVID-19. Материал исследования: амбулаторные карты (n=385); специально разработанная анкета (n=385).	Анкетирование. Статистический. Аналитический.
3	Оценить кадровый потенциал и показатели деятельности Ошского областного центра психиатрии и наркологии.	Объект исследования: врачи психиатры, Ошский областной центр психиатрии и наркологии. Предмет исследования: обеспеченность врачами психиатрами, показатели деятельности Ошского областного центра психиатрии и наркологии за период с 2017-2021 гг. (число развернутых коек (на 10 000 населения), число поступивших больных, койко-дни, работа койки, оборот койки, среднее пребывание больного, повторная госпитализация). Материал исследования: статистические данные Ошского областного центра психиатрии и наркологии с 2017 по 2021 годы.	Статистический. Аналитический.
4	Разработать пути совершенствования системы оказания психиатрической помощи на региональном уровне (на примере Ошской области).	Объект исследования: система оказания психиатрической помощи. Предмет исследования: совершенствование системы оказания психиатрической помощи на региональном уровне	Аналитический.

На первом этапе проанализированы и показаны тенденции основных показателей, характеризующих психиатрическую помощь по статистическим данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР [28, 29, 30, 31, 32, 33, 34] и организационно-методического кабинета Ошского областного центра психиатрии и наркологии в динамике с 2017 по 2021 годы:

- первичная заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения населения по районам Ошской области и г. Ош, нозологиям;

- распространенность психических расстройств и расстройств поведения по Ошской области и г. Ош на 100 000 населения;

- распространенность психических расстройств и расстройств поведения по обращаемости населения по Ошской области и г. Ош на 100 000 населения.

- частота диспансерных пациентов, состоящих на амбулаторно-поликлиническом учете, по Ошской области и г. Ош на 100 000 пациентов;

- первичная заболеваемость и проведенные консультации по Ошской области и г. Ош на 100 000 населения: учтенная заболеваемость и консультации;

- инвалидность при психических расстройствах и расстройствах поведения по Ошской области и г. Ош на 100 000 населения.

Проведен расчет прогноза первичной заболеваемости психических расстройств и расстройств поведения по Ошской области и г. Ош с помощью регрессионного анализа.

С помощью уравнения линейной регрессии определяли прогнозную заболеваемость в изучаемые годы по формуле:

$$y = M_y + R_y \times (x - M_x) \quad (2.1.1)$$

где y – искомая величина (прогнозная заболеваемость);

x – численность населения;

$R_{\frac{y}{x}}$ – коэффициент регрессии заболеваемости от численности населения;

M_y – среднее значение численности населения;

M_x – среднее значение заболеваемости.

Рассмотрены показатели деятельности Ошского областного центра психиатрии и наркологии за период с 2017-2021 гг.: число развернутых коек (на 10 000 населения); число поступивших больных; койко-дни; работа койки; оборот койки; среднее пребывание больного; повторная госпитализация (%).

Проанализированы кадровые ресурсы по обеспеченности населения врачами психиатрами по районам Ошской области, подготовка специалистов в клинической ординатуре по специальности «Психиатрия» в Ошском государственном университете.

С целью оценки влияния COVID-19 на психическое здоровье населения Ошской области проведено анкетирование 385 пациентов, обратившихся с различными жалобами психологического характера в обсерватории г. Ош Кыргызской Республики, расположенные в санатории «Барчын», общежитиях № 5 и 7 Ошского государственного университета, общежитии № 16 профлицея, медицинском центре «Барчын», в период пандемии COVID-19, по специально разработанной анкете [Приложение 1].

2.2 Методы исследования

Методы исследования: социологический, аналитический, статистический.

При обработке материалов исследования производилось вычисление показателей относительной величины (интенсивный, экстенсивный, показатель правдоподобия, показатель наглядности), средней величины. Достоверность различий между группами определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента (t – критерия достоверности или доверительного коэффициента), ошибки репрезентативности ($\pm m$), вычисление « r » - критерия достоверности безошибочного прогноза $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ (95,0%, 99,0%, 99,9%). В

работе применялся метод вычисления динамических рядов (абсолютный прирост, темп прироста). Наличие корреляционной взаимосвязи сравниваемых показателей определялось путем вычисления коэффициента корреляции « r_{xy} », вычислялся коэффициент детерминации (R , %). При расчете прогноза заболеваемости использован регрессионный анализ (средняя величина, средне-квадратическое отклонение, коэффициент корреляции, коэффициент регрессии, уравнение линейной регрессии, шкала линейной регрессии).

Весь объем информации обработан на персональном компьютере с использованием программы приложения Microsoft- Statistica 6,0 и программы Microsoft Excel.

ГЛАВА 3

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОШСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

3.1 Тенденции заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в Кыргызской Республике

Психические и поведенческие расстройства входят в число самых острых проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: каждый год они затрагивают 25% всего населения. Перед Европейским регионом ВОЗ стоят многообразные вызовы, касающиеся, как психического благополучия населения, так и оказания качественной помощи населению с проблемами психического здоровья [25]. При прогнозируемом до 2025 года росте общей численности населения и сохранении тренда демографического старения, можно ожидать роста уровня общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами и сохранения уровня инвалидности вследствие психических заболеваний [46]. В исследованиях, проведенных Бокчубаевым Э. Т. и соавт. (2017) в период 2009-2011 годы был выявлен рост уровня первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения Ошской области на 13,7%. Значительное повышение заболеваемости в 2010-2011 годы, по-видимому, было связано со случившимся в данном году политическим событием на межнациональной почве, что непременно повлияло на психическую устойчивость жителей области [79]. Поэтому актуальным является изучение тенденций заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами для определения мероприятий по совершенствованию психиатрической помощи населению.

В Кыргызской Республике в целом с 2015-2018 годы и 2020 году отмечалась динамика снижения показателя учтенной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами на -5,4%, -2,0%, -13,7% и -31,8% по темпу убыли (таблица 3.1.1).

Таблица 3.1.1 – Учтенная и консультативная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами в Кыргызской Республике на 100 000 населения в динамике

№ пп	Показатель	Годы						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Учтенная								
1	Всего, абс. число	2761	2661	2659	2337	2675	1859	2278
	показатель	46,3	43,8	42,9	37,0	41,4	28,2	34,0
	абс. прирост/ убыль	-	-2,5	-0,9	-5,9	+4,4	-13,2	+5,8
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-5,4	-2,0	-13,7	+11,9	-31,8	+20,5
2	Взрослые, абс. число	1718	1548	1565	1309	1215	905	1262
	показатель	45,5	40,3	40,0	32,9	30,0	22,1	30,3
	абс. прирост/ убыль	-	-5,2	-0,3	-7,1	-2,9	-7,9	+8,2
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-11,4	-0,7	-17,7	-8,8	-26,3	+37,1
Учтенная и консультативная								
1	Всего, абс. число	9590	10356	11622	10779	10812	8712	9787
	показатель	161,0	170,3	187,5	170,5	167,4	132,3	148,7
	абс. прирост/ убыль	-	+9,3	+17,2	-17,0	-3,1	-35,1	+16,4
	Темп прироста/ убыли (%)	-	+5,7	+10,1	-9,0	-1,8	-20,9	+12,3
2	Взрослые, абс. число	7547	8190	9433	8642	7851	6431	7686
	показатель	200,0	213,2	241,2	217,3	194,4	157,0	184,8
	абс. прирост/ убыль	-	+13,2	+28,0	-23,9	-22,9	-37,4	+27,8
	темп прироста/ убыли (%)	-	+6,6	+13,1	-9,9	-10,5	-19,2	+17,7

Лишь в 2019 году наблюдался прирост на +11,9% и 2021 году на +20,5%.

Для заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди взрослого населения характерна тенденция убыли во все годы (-11,4%, -0,7%, -17,7%, -8,8%, -26,3%, соответственно), за исключением значительного прироста в 2021 году на +37,1%.

Анализ заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, включающей учтенную и консультативную, в целом по республике показал рост в 2016- 2017 и 2021 годы на +5,7, +10,1% и +12,3%, незначительное снижение в 2018-2020 годы на -9,0%, -1,8%, -20,9%, соответственно. Среди взрослого населения наблюдалась аналогичная тенденция прироста в 2016-2017 и 2021 годы на +6,6%, +13,1%, +17,7%, соответственно, и убыли в 2018- 2020 годы на -9,9%, -10,5%, -19,2%, соответственно.

В республике в период с 2015 по 2018 годы на взрослое население пришлось 62,2%, 58,1%, 58,8%, 56,0%, 45,4%, 48,6% и 55,4% психических и поведенческих расстройств, в среднем 54,9%. Высокий удельный вес числа психических расстройств, включающей учтенную и консультативную, из общего числа психических заболеваний также приходился на взрослое население (78,7%, 79,0%, 81,1%, 80,1%, 72,6%, 73,8%, 78,5%, соответственно), в среднем 77,7% [51].

По Кыргызской Республике в 2015-2021 годы установлена волнообразная динамика показателя учтенной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами детей до 14 лет с приростом в 2016 году на +3,4%, 2018 году наибольшим приростом на +33,5%, 2021 году на +5,4%, при этом убылью в 2017 году на -2,5%, 2018 году на -14,8%, максимальной убылью в 2020 году на -34,2% (таблица 3.1.2). В свою очередь наблюдался высокий прирост заболеваний подростков 15-17 лет в 2018-2019 годы на +48,2% и 59,9%, соответственно, и на +7,8% в 2016 году. Снижение заболеваемости в 2017 году на -14,2%, резкое и стабильное снижение в 2020-2021 годы на -46,0% и -0,8%, соответственно. Учтенная и консультативная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами детей до 14 лет снижалась в

основном во все годы соответственно на -4,0% в 2017 году, -6,5% в 2018 году, -28,3% в 2020 году и на -2,7% в 2021 году.

Таблица 3.1.2 – Учетная и консультативная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами детей до 14 лет и подростков 15-17 лет в Кыргызской Республике на 100 000 населения в динамике

№ п п	Показатель	Годы						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Учетная								
1	Дети до 14 лет, абс. число	918	981	983	863	1187	801	860
	показатель	48,9	50,6	49,3	42,0	56,1	36,9	38,9
	абс. прирост/ убыль	-	+1,7	-1,3	-7,3	+14,1	-19,2	+2,0
	темп прироста/ убыли (%)	-	+3,4	-2,5	-14,8	+33,5	-34,2	+5,4
2	Подростки 15-17 лет, абс. число	125	132	111	165	273	153	156
	показатель	41,0	44,2	37,9	56,2	89,9	48,5	48,1
	абс. прирост/ убыль	-	+3,2	-6,3	+18,3	+33,7	-41,4	-0,4
	темп прироста/ убыли (%)	-	+7,8	-14,2	+48,2	+59,9	-46,0	-0,8
Учетная и консультативная								
1	Дети до 14 лет, абс. число	1652	1842	1819	1749	2472	1817	1800
	показатель	87,9	95,0	91,2	85,2	116,8	83,7	81,4
	абс. прирост/ убыль	-	+7,1	-3,8	-6,0	+31,6	-33,1	-2,3
	темп прироста/ убыли (%)	-	+8,0	-4,0	-6,5	+37,0	-28,3	-2,7
2	Подростки 15-17 лет, абс. число	391	324	370	388	489	464	301
	показатель	128,2	108,5	126,4	132,1	161,0	147,2	92,8
	абс. прирост/ убыль	-	-19,7	+17,9	+5,7	+28,9	-13,8	-54,4
	темп прироста/ убыли (%)	-	-15,3	+16,5	+4,5	+21,8	-8,5	-36,9

Только в 2016 году прирост был на +8,0% и высокий темп прироста в 2019 году на +37,0%. Снижение в 2016 году учтенной и консультативной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами подростков 15-17 лет на -15,3%, сменилось тенденцией увеличения в 2017-2019 годы на +16,5%, +4,5%, +21,8%, и вновь снижения 2020-2021 годы на -8,5% и -36,9%, соответственно.

Таким образом, по Кыргызской Республике учтенная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами детей до 14 лет имела тенденцию прироста в 2016, 2019 и 2021 годы на +3,4%, +33,5%, +5,4%, подростков 15-17 лет в 2016, 2018, 2019 годы на +7,8%, +48,2%, +59,9%, соответственно. Прирост учтенной и консультативной заболеваемости детей до 14 лет установлен в 2016, 2020 году на +8,0%, +37,0%, подростков 15-17 лет в 2017-2019 годы на +16,5%, +4,5%, +21,8%. Необходимо обратить внимание на то, что самые высокие показатели выявлены при всех видах заболеваемости в 2019 году и самая большая убыль наблюдалась в 2020 году (кроме подростков, у которых максимальное снижение было в 2021 году на -36,9%).

Для населения Ошской области характерна в целом тенденция снижения заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами (таблица 3.1.3) с 2015 по 2020 годы на -10,5%, -2,4%, -11,8%, -6,0%, -18,0% по темпу убыли, соответственно, прирост наблюдался только в 2021 году на +0,8%. Снижение заболеваемости отмечалось и среди взрослого населения в 2016 году на -12,3%, 2017 году на -6,5%, 2019 году на -38,7%, 2020 году на -23,2% и увеличение в 2018 году на +4,5% и 2021 году на +7,6%. Учтенная и консультативная заболеваемость увеличились в 2016 и 2021 году на +7,7% и +8,1%, в остальные годы снизилась на -7,0%, -6,6%, -2,2%, -18,0%, соответственно. Среди взрослого населения ситуация отличается приростом в динамике в 2016 году на +6,0% и 2018 году на +1,7%, снижением в 2017 году и 2019-2021 годы на -11,1%, -14,8%, -21,9%, -8,0%, соответственно. В Ошской области также в структуре лиц с психическими заболеваниями преобладает

взрослое население во все годы (71,5%, 70,2%, 67,1%, 79,5%, 51,6%, 48,3% и 51,7%, соответственно), в среднем – 62,8%.

Таблица 3.1.3 – Учетная и консультативная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами Ошской области на 100 000 населения

№ пп	Показатель	Годы						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Учетная								
1.	Всего, абс. число	506	463	462	415	349	333	342
	показатель	40,7	36,4	35,5	31,3	29,4	24,1	24,3
	абс. прирост/убыль	-	-4,3	-0,9	-4,2	-5,6	-5,3	+0,2
	темп прироста/убыли (%)	-	-10,5	-2,4	-11,8	-17,9	-18,0	+0,8
2.	Взрослые, абс. число	362	325	310	330	206	161	177
	показатель	48,5	42,5	39,7	41,5	25,4	19,5	21,0
	абс. прирост/убыль	-	-6,0	-2,8	+1,8	-16,1	-5,9	+1,5
	темп прироста/убыли (%)	-	-12,3	-6,5	-4,5	-38,7	-23,2	+7,6
Учетная и консультативная								
1.	Всего, абс. число	935	1031	979	934	931	778	714
	показатель	75,2	81,0	75,3	70,3	68,7	56,3	60,9
	абс. прирост/убыль	-	+5,8	-5,7	-5,0	-1,6	-12,4	+4,6
	темп прироста/убыли (%)	-	+7,7	-7,0	-6,6	-2,2	-18,0	+8,1
2.	Взрослые, абс. число	776	842	764	792	687	545	512
	показатель	103,9	110,2	97,9	99,6	84,8	66,2	60,9
	абс. прирост/убыль	-	+6,3	-12,3	+1,7	-14,8	-18,6	-5,33
	темп прироста/убыли (%)	-	+6,0	-11,1	+1,7	-14,8	-21,9	-8,0

Подобная картина выявлена и в числе психических расстройств, включающих учетную и консультативную (83,0%, 81,6%, 78,0%, 84,8%, 73,8%, 70,0% и 71,7%, соответственно), в среднем – 77,5%.

У детей до 14 лет по Ошской области учетная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами наиболее высокий темп

прироста был в 2019 году на +153,3%, +21,6% в 2017 году и +1,4% в 2021 году (таблица 3.1.4). Резкое снижение установлено в 2018 году на -52,9%, -15,7% в 2016 году и -14,0% в 2021 году.

Таблица 3.1.4 – Учетная и консультативная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами детей до 14 лет и подростков 15-17 лет Ошской области на 100 000 населения

№ пп	Показатель	Годы						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Учетная								
1.	Дети до 14 лет, абс. число	119	104	130	63	163	149	151
	показатель	28,0	23,6	28,7	13,5	34,2	29,4	30,8
	абс. прирост/убыль	-	-4,4	+5,1	-15,2	+20,7	-4,8	+1,4
	темп прироста/ убыли (%)	-	-15,7	+21,6	-52,9	+153,3	-14,0	+4,7
2.	Подростки 15-17 лет, абс. число	25	34	22	22	30	23	14
	показатель	34,9	49,4	32,8	32,7	43,3	32,0	19,0
	абс. прирост/убыль	-	+14,5	-16,6	-0,1	+10,6	-11,3	-13,0
	темп прироста/ убыли (%)	-	+41,5	-33,6	-0,3	+32,4	-26,1	-40,6
Учетная и консультативная								
1.	Дети до 14 лет, абс. число	125	132	166	94	187	185	170
	показатель	29,4	30,0	36,6	20,2	39,2	38,1	34,6
	абс. прирост/убыль	-	+0,6	+6,6	-16,4	+19,0	-1,1	-3,5
	темп прироста/ убыли (%)	-	+2,0	+22,0	-44,8	+94,0	-2,8	-9,1
2.	Подростки 15-17 лет, абс. число	34	57	49	8	57	48	32
	показатель	47,5	82,8	73,0	71,4	82,3	67,0	43,4
	абс. прирост/убыль	-	+35,3	-9,8	-1,6	+10,9	-15,3	-26,3
	темп прироста/ убыли (%)	-	+74,3	-11,8	-2,2	+15,2	-18,6	-35,2

Обращает на себя внимание тенденция высоких темпов прироста и убыли у подростков 15-17 лет. Темп прироста составил в 2016 году +41,5% и в 2019 году +32,4%. Темп убыли в 2017 году составил -33,6%, в 2020 году -26,1% и в 2021 году -40,6%. В 2017-2018 годы показатель был почти стабильным, поэтому убыль составила в 2018 году -0,3%.

Учтенная и консультативная заболеваемость детей до 14 лет в 2016 году увеличилась на +2,0%, в 2017 году на +22,0%, затем снижение в 2018 году на -44,8%, с дальнейшим резким приростом на +94,0% в 2019 году и убылью в 2020-2021 годы на -2,8% и -9,1%, соответственно. Для подростков была характерна тенденция увеличения в 2016 году на +74,3% и в 2019 году на +15,2%. В другие годы снижение составило соответственно по годам -11,8%, -2,2%, -18,6%, -35,2%.

Таким образом, по Ошской области за данный период установлено динамика снижения учтенной заболеваемости в целом и взрослого населения, лишь в 2021 году показатель увеличился на +0,8% и +7,6%, соответственно. Учтенная и консультативная помощь в целом снижалась, кроме 2016 и 2021 года (+7,7% и +8,1%, соответственно), а для взрослого населения была характерна волнообразная динамика, но с тенденцией снижения, прирост был в 2016 и 2018 годы на +6,0% и +1,7%, соответственно.

Высокий прирост учтенной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами детей до 14 лет установлен в 2017, 2019 и 2021 годы на +21,6%, +153,3%, +4,7%, подростков 15-17 лет в 2016 и 2019 годы на +41,5% и +32,4%, соответственно. Прирост учтенной и консультативной заболеваемости детей до 14 лет выявлен в 2016, 2017 и 2019 годы на +2,0%, +22,0% и +94,0%, подростков 15-17 лет в 2016 и 2019 годы на +74,3% и +15,2%, соответственно. Важно отметить самые высокие показатели при всех видах заболеваемости у детей в 2017 и 2019 годы, а подростков в 2016 и 2019 годы.

По Кыргызской Республике среди мужчин прирост заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами (учтенная, учтенная и консультативная) отмечался в 2016 году на +1,9%, в 2017 году на +15,7%, в 2021

году на +23,4%, убыль на -11,5%, -3,2%, -26,6% в 2018-2020 годы, соответственно (таблица 3.1.5) [51].

Таблица 3.1.5 – Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами на 100 000 населения по полу в Кыргызской Республике

№ п п	Пол	Годы						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Мужчины всего абс. число	4796	4994	5896	5326	5266	3938	4458
	показатель	162,6 ±1,6	165,8 ±1,6	191,9 ±1,7	169,8 ±1,6	164,3 ±1,6	120,5 ±1,3	148,7 ±1,4
	абс. прирост/ убыль	-	+3,2	+26,1	-22,1	-5,5	-43,8	+28,2
	темп прироста/ убыли (%)	-	+1,9	+15,7	-11,5	-3,2	-26,6	+23,4
2	Женщины всего абс. число	4794	5362	5726	5453	3411	4774	5329
	показатель	159,4 ±1,6*	174,8 ±1,6***	183,2 ±1,6***	171,1 ±1,6*	170,4 ±1,6**	144,0 ±1,4***	158,1 ±1,5***
	абс. прирост/ убыль	-	+15,4	+8,4	-12,1	-0,7	-26,4	+14,1
	темп прироста/ убыли (%)	-	+9,6	+4,8	-6,6	-0,4	-15,5	+9,8

Примечание – достоверность статистических показателей - * - $p > 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$.

Среди женщин аналогично рост заболеваемости наблюдался в 2016 году на +9,6%, 2017 году на +4,8%, 2021 году на +14,1%, убыль в 2018-2020 годы на -6,6%, -0,4% и -26,4%, соответственно. По годам достоверно чаще заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами встречалась у женщин, чем у мужчин в 2016 году ($174,8 \pm 0,2$ и $165,8 \pm 0,2$, соответственно), $p < 0,01$, 2018 году ($171,1 \pm 0,2$ и $169,8 \pm 0,2$, соответственно), $p > 0,05$, 2019 году ($170,4 \pm 0,2$ и $164,3 \pm 0,2$, соответственно), $p < 0,01$, 2020 году ($144,0 \pm 1,4$ и $120,5 \pm 1,3$, соответственно), $p < 0,001$, и 2021 году ($158,1 \pm 1,5$ и $148,7 \pm 1,4$,

соответственно), $p < 0,001$. В 2015 ($162,6 \pm 1,6$ и $159,4 \pm 1,6$, соответственно), $p < 0,001$, и 2017 годы ($191,9 \pm 0,2$ и $183,2 \pm 0,2$, соответственно), $p < 0,001$, достоверно больше среди мужского, чем женского населения [51].

В г. Ош заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами мужчин в динамике резко снизилась в 2016 году на -138,7%, 2017 году на -14,7%, 2019 году на -22,7%, 2020 году на -97,8% (таблица 3.1.6).

Таблица 3.1.6 – Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по полу в г. Ош (100 000 населения)

№ п п	Пол	Годы						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Мужчины всего абс. число	472	296	283	398	381	245	335
	показатель	358,6 $\pm 5,3$	219,9 $\pm 4,1$	205,2 $\pm 3,9$	279,5 $\pm 4,5$	256,8 $\pm 4,3$	159,0 $\pm 3,3$	210,2 $\pm 3,8$
	абс. прирост/ убыль	-	-138,7	-14,7	+74,3	-22,7	-97,8	+51,2
	темп прироста/ убыли (%)	-	-38,6	-6,6	+36,2	-8,1	-38,0	+32,2
2	Женщины всего абс. число	345	363	506	343	601	469	409
	показатель	244,0 $\pm 4,4^*$	251,6 $\pm 4,4^*$	343,1 $\pm 5,1^*$	226,0 $\pm 4,1^*$	381,2 $\pm 5,2^*$	287,2 $\pm 4,5^*$	249,2 $\pm 4,2^*$
	абс. прирост/ убыль	-	+7,6	+91,5	-117,1	+155,2	-94,0	-38,0
	темп прироста/ убыли (%)	-	+3,1	+36,3	-34,1	+68,6	-24,6	-13,2

Примечание – достоверность статистических показателей - * - $p < 0,001$.

Заболеваемость увеличилась в 2018 году на +36,2% и 2021 году на +32,2%. Среди женщин тенденция роста выявлена в 2016-2017 и 2019 годы на +3,1%, +2,3%, +36,3% и +68,6%, соответственно. Начиная с 2018 года убыль составила -34,1%, 2020 году -24,6% и 2021 году на -13,2%, соответственно.

Достоверно чаще психическими и поведенческими расстройствами страдали мужчины в 2015 году ($358,6 \pm 5,3$ и $244,0 \pm 4,4$, соответственно), $p < 0,001$ и 2018 году ($279,5 \pm 4,5$ и $226,0 \pm 4,1$, соответственно), $p < 0,001$. В 2016 году ($251,6 \pm 4,4$ и $219,9 \pm 4,1$, соответственно), $p < 0,001$, 2017 году ($343,1 \pm 5,1$ и $205,2 \pm 3,9$, соответственно), $p < 0,001$, 2019 годы ($381,2 \pm 5,2$ и $256,8 \pm 4,3$, соответственно), $p < 0,001$, 2020 году ($287,2 \pm 4,5$ и $159,0 \pm 3,3$, соответственно), $p < 0,001$, 2021 году ($249,2 \pm 4,2$ и $210,2 \pm 3,8$, соответственно), $p < 0,001$ заболеваемость была выше у женщин, чем у мужчин с высокой достоверностью.

В целом по г. Ош высокая частота заболеваемости с преобладанием в основном у женского населения. Среди мужского населения прирост отмечался в 2018 и 2021 году, женского в 2016-2017 и 2019 годы.

В Ошской области заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами (учтенная, учтенная и консультативная) мужчин в динамике увеличивалась в 2016 году на $+0,7\%$ и 2019 году на $+7,2\%$, снижалась в 2017 году на $-13,5\%$, 2018 году на $-14,1\%$, 2020 году на $-25,5\%$ и $-3,3\%$ в 2021 году (таблица 3.1.7). Среди женщин тенденция роста выявлена в 2017-2018 годы на $+19,4\%$, $+2,3\%$ и $+2,7\%$, соответственно. Начиная с 2019 года убыль составила $-12,2\%$, $-8,7\%$ и $-16,1\%$, соответственно.

Достоверно чаще психическими и поведенческими расстройствами страдали мужчины в 2015 ($93,9 \pm 0,4$ и $56,1 \pm 0,3$, $p < 0,001$), 2016 ($94,6 \pm 0,4$ и $67,0 \pm 0,3$, $p < 0,01$), 2017 ($81,8 \pm 0,3$ и $68,6 \pm 0,3$, $p < 0,001$), 2019 годы ($75,3 \pm 0,3$ и $61,9 \pm 0,3$, $p < 0,001$) и 2021 годы ($54,2 \pm 1,9$ и $47,4 \pm 1,8$, $p < 0,01$). В 2018 году заболеваемость была выше у женщин ($70,5 \pm 0,3$), чем у мужчин ($70,2 \pm 0,3$), при этом, не выявлено существенной разницы, $p > 0,05$. Аналогично было и в 2020 году ($56,5 \pm 2,0$ и $56,1 \pm 2,0$, $p > 0,05$).

В целом, в Ошской области заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами преобладала у мужского населения во все годы, кроме 2018 и 2020 годов. Прирост установлен среди мужского населения в 2016 и 2019 годы, женского в 2016-2018 годы.

Таблица 3.1.7 – Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по полу в Ошской области (100 000 населения)

№ пп	Пол	Годы						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Мужчины абс. число	589	608	537	471	516	392	385
	показатель	93,9± 2,7	94,6± 2,7	81,8± 2,5	70,2± 2,3	75,3± 2,3	56,1 ±2,0	54,2± 1,9
	абс. прирост/ убыль	-	+0,7	-12,8	-11,6	+5,1	-19,2	-1,9
	темп прироста/ убыли (%)	-	+0,7	-13,5	-14,1	+7,2	-25,5	-3,3
2	Женщины абс. число	346	423	442	463	415	386	329
	абс. прирост/ убыль	56,1± 2,1 ***	67,0± 2,2 **	68,6± 2,2 ***	70,5± 2,2 *	61,9± 2,1 ***	56,5 ±2,0 *	47,4± 1,8 **
	темп прироста/ убыли (%)	-	+10,9	+1,6	+1,9	-8,6	-5,4	-9,1
	абс. прирост/ убыль	-	+19,4	+2,3	+2,7	-12,2	-8,7	-16,1

Примечание – достоверность статистических показателей - * - $p > 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$.

Вывод. В Кыргызской Республике динамика роста учтенной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в целом наблюдалась в 2019 и 2021 годы на +11,9% и +20,5%, соответственно. Анализ заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, включающей учтенную и консультативную, в целом по республике показал рост в 2016-2017 и 2021 годы на +5,7, +10,1%, +12,3%, соответственно. Среди взрослого населения наблюдалась тенденция снижения учтенной заболеваемости, за исключением 2021 года (+37,1%), и увеличения учтенной и консультативной заболеваемости в 2016-2017 и 2021 годы на +6,6%, +13,1%, +17,7%, соответственно. По республике учтенная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами детей до 14 лет

имела тенденцию прироста в 2016, 2019 и 2021 годы на +3,4%, +33,5%, +5,4%, подростков 15-17 лет в 2016, 2018, 2019 годы на +7,8%, +48,2%, +59,9%, соответственно. Прирост учтенной и консультативной заболеваемости детей до 14 лет установлена в 2016, 2020 году на +8,0%, +37,0%, подростков 15-17 лет в 2017-2019 годы на +16,5%, +4,5%, +21,8%, соответственно. Необходимо обратить внимание на то, что самые высокие показатели выявлены при всех видах заболеваемости в 2019 году и самая большая убыль в 2020 году (кроме подростков, у которых максимальное снижение было в 2021 году на -36,9%). В целом по г. Ош высокая частота заболеваемости с преобладанием в основном у женского населения. Среди мужского населения прирост отмечался в 2018 и 2021 году, женского в 2016-2017 и 2019 годы. Для населения Ошской области характерна тенденция снижения заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами с 2015 по 2019 годы на -10,5%, -2,4%, -11,8% и -6,0% по темпу убыли, соответственно. Снижение наблюдалось среди взрослого населения в 2016 году на -12,3%, 2017 году на -6,5%, 2019 году на -38,7% и увеличение в 2018 году на +4,5%. Учтенная и консультативная заболеваемость увеличилась в 2016 году на +7,7%, в остальные снизилась на -7,0%, -6,6% и -2,2%, соответственно. Среди взрослого населения ситуация отличается ростом в динамике в 2016 году на +6,0% и 2018 году на +1,7%, снижением в 2017 и 2019 на -11,1% и -14,8%, соответственно. По республике в основном достоверно чаще наблюдалась заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами у женщин, чем у мужчин. Необходимо принятие мероприятий организационного характера по снижению роста заболеваемости среди населения.

3.2 Динамика первичной заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств в Ошской области

Заболеваемость один из основных критериев оценки общественного здоровья населения и системы здравоохранения. Оценка заболеваемости имеет

определяющее значение для выбора групп риска, разработки профилактических мер, планирования и использования кадровых и материальных ресурсов [87].

Психические и поведенческие расстройства – ведущая причина нетрудоспособности, на долю которых приходится одна шестая общего числа лет, утрачиваемых в результате инвалидности. Смерть людей с тяжелыми психическими заболеваниями наступает в среднем на 10–20 лет раньше, чем в общей массе населения, в основном из-за развития поддающихся профилактике физических заболеваний [10].

В настоящее время наблюдается рост первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в мире [37, 88, 117, 173]. Рост заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами связан с пандемией COVID-19, с введенными ограничениями, режимом самоизоляции и карантинном, оказавшими различные неблагоприятные влияния на здоровье населения, а также экономические и социальные последствия [41]. Страхи и неуверенность, тревога и стресс, связанные с COVID-19, вызваны изоляцией и введенными ограничениями, обострили проблемы психического здоровья населения [117]. Пандемия будет иметь более серьезные долгосрочные неблагоприятные последствия [174].

Необходимо анализировать заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами для своевременного проведения организационно-профилактических мероприятий с целью снижения уровня хронизации психических расстройств и инвалидизации населения. Оценка заболеваемости является важным инструментом стратегического инвестирования в систему общественного здравоохранения республики.

Проведен анализ динамики первичной заболеваемости психических заболеваний с 2017 по 2021 годы по Ошской области и г. Ош (таблица 3.2.1). Первичная заболеваемость по Ошской области имела тенденцию увеличения показателя в динамике в 2020 году ($30,6 \pm 1,4$) на +9,2%.

Таблица 3.2.1 – Динамика первичной заболеваемости и проведенных консультаций по Ошской области (на 100 000 населения)

№ пп	Показатель	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m
Ошская область											
1	Учтенная заболеваемость	462	35,5±1,6	415	31,2±1,5	380	28,0±1,4	422	30,6±1,4	358	25,3±1,3
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-12,1	-	-10,2	-	+9,2	-	-17,3
2	Консультации	688	47,4±1,9	519	43,4±1,8	532	45,4±1,9	1075	88,4±2,5	404	33,2±1,5
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-8,4	-	+4,6	-	+94,7	-	-62,4
г. Ош											
3	Учтенная заболеваемость	129	52,5±2,0	99	27,5±1,4	169	53,4±1,9	630	198,5±7,9	81	25,1±1,3
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-47,4	-	+94,1	-	+271,7	-	-87,3
4	Консультации	615	256,3±4,4	642	178,3±3,6	813	256,9±4,3	84	29,7±1,4	633	203,3±3,8
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-30,4	-	+44,0	-	-88,4	-	+584,5

Примечание: P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, n – абсолютное число.

В другие исследуемые годы показатель первичной заболеваемости незначительно снижался в 2018 ($31,2 \pm 1,5$) на -12,1%, в 2019 ($28,0 \pm 1,4$) на -10,2%, в 2021 годах ($25,3 \pm 1,3$) на -17,3%, $p > 0,05$ [5].

В целом, при высоком уровне первичной заболеваемости по Ошской области в динамике наблюдалось в основном его снижение, за исключением только 2020 года.

Ошским областным центром психиатрии и наркологии проведена консультативная помощь пациентам Ошской области с психическими заболеваниями с впервые установленным диагнозом. Большая часть консультаций проведена пациентам в 2019 ($45,9 \pm 1,9$) и в 2020 годах ($88,4 \pm 2,5$), $p > 0,01$, увеличение составило +4,6% и +94,7%, соответственно. В другие исследуемые годы при стабильном показателе в 2017 ($47,4 \pm 1,9$), в 2018 ($43,4 \pm 1,8$) и в 2021 годах ($33,2 \pm 1,5$), $p > 0,05$, выявлена динамика его снижения в 2018 на -8,4% и в 2021 годах на -62,4%, соответственно.

Таким образом, по Ошской области первичная заболеваемость снижалась в 2017, 2018, 2019 и 2021 годах, за исключением 2020 года, а консультативная помощь пациентам имела тенденцию незначительного увеличения в 2019 и 2020 годах и резком снижении проведения консультаций в 2021 году.

В исследуемые годы увеличение частоты первичной заболеваемости среди населения г. Ош отмечалось во все годы, за исключением 2021 года. Резкий рост выявлен в 2019 году – $53,4 \pm 1,9$ ($n=169$) и в 2020 году – $198,5 \pm 7,9$ ($n=630$), $p < 0,001$. В указанные годы значительно увеличился темп прироста на +94,1% и +271,7%, соответственно. Снижение числа первичной заболеваемости установлено в 2017 – $52,5 \pm 2,0$ ($n=129$), в 2018 – $27,5 \pm 1,4$ ($n=99$) и в 2021 годах – $25,1 \pm 1,3$ ($n=81$), $p > 0,05$. Тенденция отрицательного снижения показателя приходилась на 2018 и 2021 годы на -47,4% и -88,7%, соответственно.

По проведенным консультациям с впервые установленным диагнозом по г. Ош наблюдалось резкое их увеличение в 2021 году, когда показатель составил $203,3 \pm 3,8$ ($n=633$), в динамике увеличился на +584,5%. В 2019 году отмечалось также увеличение проводимых консультаций ($256,9 \pm 4,3$, $n=813$) на +44,0%,

$p > 0,05$. Резкое снижение числа консультативной помощи населению выявлено в 2020 году ($29,7 \pm 1,4$, $n=84$) на $-87,3\%$, и в 2018 году ($178,3 \pm 3,6$, $n=642$) на $-30,4\%$.

Таким образом, первичная заболеваемость в г. Ош имела тенденцию увеличения в 2019 и 2021 годы, тогда, как консультативная помощь, оказываемая врачами Ошского областного центра психиатрии и наркологии в основном резко возросла в 2021 году, что связано с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Рассмотрена распространенность психических заболеваний пациентов по Ошской области и г. Ош, обратившихся в Ошский областной центр психиатрии и наркологии (таблица 3.2.2). Распространенность психических заболеваний возрастала с 2017 по 2021 годы. В 2017 году обращаемость составляла $707,8 \pm 7,3$ ($n=9207$), в 2018 году $709,1 \pm 7,2$ ($n=9417$), в 2019 году $705,1 \pm 7,1$ ($n=9555$), в 2020 году $679,1 \pm 6,9$ ($n=9371$) и в 2021 году $665,6 \pm 7,3$ ($n=9340$), $p > 0,05$. Проведенный анализ обращаемости населения Ошской области с 2017 по 2021 годы показал, что в динамике выявлена тенденция увеличения только в 2018 и 2019 годах на $+0,1\%$ и $+0,5\%$, соответственно, при некотором снижении обращаемости в 2020 и 2021 годах на $-3,5\%$ и $-2,1\%$, соответственно. Пациентам, обратившимся в Ошский областной центр психиатрии и наркологии проведены консультации по поводу их заболевания. Отмечалась высокая частота их проведения врачами Центра в 2017 году – $102,3 \pm 2,8$ ($n=1150$), в 2018 году – $165,9 \pm 3,5$ ($n=2007$), в 2019 году – $714,9 \pm 7,2$ ($n=2211$), в 2020 году – $241,2 \pm 4,1$ ($n=2930$) и 2021 году – $198,5 \pm 3,7$ ($n=2438$), $p > 0,05$. При рассмотрении динамики частоты проведения консультаций обратившимся пациентам выявлен их резкий рост проведения в 2019 году на $+330,9\%$ и в 2018 году на $+62,1\%$. Тогда, как динамика снижения отмечалась в 2020 и 2021 годах на $-66,2\%$ и $-17,7\%$, соответственно.

Таким образом, необходимо отметить, что по Ошской области выявлена тенденция увеличения обращаемости и проведенных консультаций в 2018 и 2019 годах, снижение в 2020 и 2021 годах.

Таблица 3.2.2 – Динамика распространенности психических заболеваний и проведенных консультаций по Ошской области
(на 100 000 населения)

№ пп	Показатель	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m
Ошская область											
1	Распространенность	9207	707,8±7,3	9417	709,1±7,2	9555	705,1±7,1	9371	679,9±6,9	9340	665,6±6,8
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-	-	+0,1	-	+0,5	-	-3,5	-	-2,1
2	Консультации	1150	102,3±2,8	2007	165,9±3,5	2211	714,9±7,2	2930	241,2±4,1	2438	198,5±3,7
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-	-	+62,1	-	+330,9	-	-66,2	-	-17,7
г. Ош											
1	Распространенность	4329	1761,9±11,5	4387	1218,6±9,5	4479	1415,7±9,4	5184	1581,0±10,6	4480	1433,2±9,3
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-	-	-30,8	-	+16,1	-	+11,6	-	-9,3
2	Консультации	2527	1028,0±2,7	3335	926,4±2,6	3960	1251,6±9,5	4532	328,4±4,8	4532	1450,3±10,1
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-	-	-9,9	-	+35,1	-	-69,6	-	+73,7

Примечание: P±m – интенсивный показатель на 100 000 населения и ошибка репрезентативности, n – абсолютное число.

При анализе динамики распространенности психических заболеваний по г. Ош установлена их высокая распространенность в 2017 году – $1761,9 \pm 11,5$ ($n=4329$), в 2018 году – $1218,6 \pm 9,5$ ($n=4387$), в 2019 году - $1415,7 \pm 9,4$ ($n=4479$), в 2020 году - $1581,0 \pm 10,6$ ($n=5184$) и в 2021 году - $1433,2 \pm 9,3$ ($n=4479$), $p > 0,05$. При этом динамика увеличения распространенности заболеваний составила в 2019 году на +16,1% и в 2020 году на +11,6%. Снижение отмечалось в 2018 году на -30,8% и 2021 году на -9,3%.

Консультации пациентам, обратившихся в Центр психического здоровья, проводились с высокой частотой. В 2017 году показатель составил $1028,0 \pm 2,7$ ($n=2527$), в 2018 году – $926,4 \pm 2,6$ ($n=3335$), в 2019 году – $1251,6 \pm 9,5$ ($n=3960$), в 2020 году – $328,4 \pm 4,8$ ($n=4532$) и в 2021 году – $1450,3 \pm 10,1$ ($n=4532$), $p > 0,05$. В динамике с 2017 по 2021 годы увеличение проведения консультаций отмечалось в 2019 году на +35,1% и 2021 году на +73,7%. Снижение числа консультаций выявлено в 2018 году на -9,9% и в 2020 году на -69,6%.

Таким образом, распространенность психических заболеваний по г. Ош имела тенденцию увеличения в 2019 и 2020 годах, снижение отмечалось в 2018 и 2021 годах. Проведенные консультации пациентам резко возросли в 2019 и 2021 годах.

По г. Ош выявлена динамика незначительного снижения диспансерных пациентов во все исследуемые годы. В целом показатель диспансеризации по Ошской области ниже, чем по г. Ош, но в динамике выявлено незначительно увеличение диспансерных больных в 2019 году, а по г. Ош показатель оставался стабильным во все исследуемые годы.

Первичная заболеваемость по Ошской области снижалась в 2017, 2018, 2019 и 2021 годах, за исключением 2020 года, а консультативная помощь пациентам имела тенденцию незначительного увеличения в 2019 и 2020 годах и резком снижении проведения консультаций в 2021 году. В г. Ош первичная заболеваемость имела тенденцию увеличения в 2019 и 2021 годах, тогда, как консультативная помощь, оказываемая врачами Ошского областного центра психиатрии и наркологии в основном резко возросла в 2021 году, что связано с

распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19. По Ошской области выявлена тенденция увеличения обращаемости и проведенных консультаций в 2018 и 2019 годах, снижение в 2020 и 2021 годах. Распространенность психических заболеваний по г. Ош имела тенденцию увеличения в 2019 и 2020 годах, снижение отмечалось в 2018 и 2021 годах. Проведенные консультации пациентам резко возросли в 2019 и 2021 годах.

Полученные результаты позволяют отметить, что волнообразная динамика показателя первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами связана с низкой доступностью медицинской помощи, слабой обращаемостью в организации здравоохранения.

Для более углубленного анализа заболеваемости населения по психическим и поведенческим расстройствам, проведена оценка первичной заболеваемости и распространенности данного класса болезней по районам Ошской области с 2017 по 2021 годы по данным Ошского областного центра психиатрии и наркологии г. Ош (таблица 3.2.3). В целом с 2017 года показатель первичной заболеваемости по Ошской области снижался с $35,5 \pm 1,6$ ($n=462$) до $25,3 \pm 1,3$ ($n=358$) случаев в 2021 году. С 2018, 2019 и 2021 года заболеваемость незначительно снижалась на $-12,1\%$, $-10,2\%$, $-17,3\%$ в динамике, за исключением 2020 года отмечалась незначительное увеличение по темпу прироста на $+9,2\%$. Так, в 2018 году выявлено $31,2 \pm 1,5$ ($n=415$) случаев, 2019 году – $28,0 \pm 1,4$ ($n=380$), 2020 году – $30,6 \pm 1,4$ ($n=422$) и в 2021 году – $25,3 \pm 1,3$ ($n=358$), $p > 0,05$, на $-12,1\%$, $-10,2\%$ и $-17,3\%$ в динамике [5]. Высокий уровень первичной заболеваемости отмечался в Кара-Суйском районе Ошской области и находился на значительно высоком уровне. Так в 2018, 2019 и 2021 году темп убыли показателя составил $-26,2\%$, $-44,1\%$, $-34,2\%$. В 2020 году темп прироста показателя увеличился на $+63,7\%$. В 2017 году показатель первичной заболеваемости составлял $22,1 \pm 1,3$ случая ($n=287$), 2018 году – $16,3 \pm 1,1$ ($n=217$), $p < 0,001$, 2019 году снизился в 1,8 раза ($9,1 \pm 0,8$, $n=124$), $p < 0,001$, 2020 году возрос в 1,6 раз ($14,9 \pm 1,0$, $n=206$), $p < 0,001$, и в 2021 году опять снизился в 1,5 раза ($9,8 \pm 0,8$, $n=139$), $p < 0,001$.

Таблица 3.2.3 – Динамика первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по районам Ошской области на 100 000 населения (2017-2021 гг.)

№ п п	Район Ошской области	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m
1	Алайский	27	2,1±0,4	28	2,1±0,4	45	3,3±0,5	20	1,5±0,3	45	3,2±0,4
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	0	-	+57,1	-	-54,5	-	+113,3
2	Араванский	25	1,9±0,3	28	2,1±0,4	41	3,0±0,4	27	1,9±0,4	24	1,6±0,3
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	+10,5	-	+42,8	-	-36,6	-	-15,8
3	Кара-Кульджинский	21	1,6±0,3	26	2,0±0,3	30	2,2±0,4	20	1,5±0,3	25	1,8±0,3
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	+25,0	-	+10,0	-	-31,8	-	+20,0
4	Кара-Суйский	287	22,1±1,3	217	16,3±1,1	124	9,1±0,8	206	14,9±1,0	139	9,8±0,8
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-26,2	-	-44,1	-	+63,7	-	-34,2
5	Ноокатский	56	4,3±1,3	52	3,9±0,5	53	3,9±0,5	58	4,2±0,5	48	3,4±0,4
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-9,3	-	0	-	+7,7	-	-19,0
6	Узгенский	46	3,5±0,5	64	4,8±0,6	71	5,3±0,6	65	4,7±0,6	61	4,3±0,5
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	+37,1	-	+10,4	-	-11,3	-	-8,5
7	Чон-Алайский	-	-	-	-	16	1,2±0,2	26	1,9±0,3	16	1,2±0,2
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-	-	0	-	+58,3	-	-36,8
	Всего	462	35,5±1,6	415	31,2±1,5	380	28,0±1,4	422	30,6±1,4	358	25,3±1,3
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-12,1	-	-10,2	-	+9,2	-	-17,3

Примечание: n – число наблюдений; P±m – интенсивный показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, ошибка репрезентативности.

Снижение отмечалась в 2018, 2019 и 2021 годах на -26,2%, -44,1% и -34,2%, кроме 2020 года показатель увеличился на +63,7%.

Первичная заболеваемость в Ноокатском районе оставалась практически стабильной с 2017 по 2021 годы. Снижение показателя в динамике наблюдалась в 2018 году на -9,3%, в 2019 году отмечался нулевой прирост и в 2021 году на -19,0%, а в 2020 году темп прироста увеличился на +7,7%. В 2017 году выявлено $4,3 \pm 1,3$ случаев психических и поведенческих расстройств ($n=56$), 2018 году – $3,9 \pm 0,5$ ($n=52$), 2019 году – $3,9 \pm 0,5$ ($n=53$) без существенных различий в эти годы, $p > 0,05$. В 2020 году показатель незначительно повысился, составляя $4,2 \pm 0,5$ случаев ($n=58$) и в 2021 году опять снизился до $3,4 \pm 0,4$ случаев ($n=48$), $p > 0,05$, на -19,0% по темпу убыли.

В Узгенском районе уровень первичной заболеваемости в динамике в 2018 и 2019 году по темпу прироста составил +37,1% и +10,4%, а в 2020 и 2021 году был снижен на -11,3% и -8,5%. показатель первичной заболеваемости в 2017 году составил $3,5 \pm 0,5$ ($n=46$) случаев, в 2018 году повысился в 1,4 раза ($4,8 \pm 0,6$, $n=64$) на +37,1%, но существенных различий не выявлено, $p > 0,05$. В 2019 году частота психических заболеваний незначительно увеличилась до $5,3 \pm 0,6$ случаев ($n=71$), в 2020 и 2021 годы наблюдалось небольшое снижение ($4,7 \pm 0,6$, $n=65$ и $4,3 \pm 0,5$, $n=61$), $p > 0,05$, снижение в динамике на -8,5%.

В Алайском районе первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами в 2017 и 2018 годах составила по $2,1 \pm 0,4$ случаев ($n=27$ и $n=28$, соответственно), $p > 0,05$, при этом отмечался нулевой прирост в динамике. В 2019 году показатель возрос до $3,3 \pm 0,5$ ($n=45$) случаев, темп прироста увеличился на +57,1%, а в 2020 году снизился в 2,2 раза ($1,5 \pm 0,3$, $n=20$), $p < 0,001$, снижение на -54,5% и в 2021 году повысился в 2,1 раза составил $3,2 \pm 0,4$ случаев ($n=45$), $p < 0,001$ на +113,3%.

В Араванском районе показатель первичной заболеваемости по психическим и поведенческим расстройствам в 2017, 2018, 2020 и 2021 годы оставался стабильным, за исключением 2019 года. Так, в 2017 году первичная заболеваемость составила $1,9 \pm 0,3$ ($n=25$), 2018 – $2,1 \pm 0,4$ ($n=28$), темп прироста

увеличился на +10,5%, а в 2020 году снизилась – $1,9 \pm 0,4$ ($n=27$), на -36,6% и в 2021 году составила $1,6 \pm 0,3$ случаев ($n=24$), на -15,8% без существенных изменений по годам, $p > 0,05$, и только в 2019 году первичная заболеваемость несколько возросла до $3,0 \pm 0,4$ случаев ($n=41$), $p < 0,01$ на +42,8%.

В Кара-Кульджинском районе первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами находилась также на стабильном уровне с незначительными колебаниями, как в сторону незначительного его увеличения, так и снижения в исследуемые годы. Психические и поведенческие расстройства в 2017 году выявлены у $1,6 \pm 0,3$ пациентов ($n=21$), 2018 у $2,0 \pm 0,3$ ($n=26$), в динамике наблюдалось увеличение показателя на +25,0%, в 2019 у $2,2 \pm 0,4$ ($n=30$) на +10,0%, а в 2020 у $1,5 \pm 0,3$ ($n=20$) снижение показателя на -31,8% и 2021 годах у $1,8 \pm 0,3$ ($n=25$), $p > 0,05$, существенных различий по годам не установлено, но темп прироста значительно возрос на +20,0%.

В Чон-Алайском районе в 2017 и 2018 годах не было ни одного случая первичной заболеваемости по психическим и поведенческим расстройствам. Первичная заболеваемость в 2019 году составила $1,2 \pm 0,2$ случаев ($n=16$) при нулевом приросте показателя, 2020 году – $1,9 \pm 0,3$ случаев ($n=26$) увеличение на +58,3% в динамике и в 2021 году – $1,2 \pm 0,2$ случаев ($n=16$), $p > 0,05$, снижение на -36,8%.

Изучена распространенность психических и поведенческих расстройств у взрослых по районам Ошской области с 2017 по 2021 годы на 100 000 населения (таблица 3.2.4). В целом показатель распространенности психических заболеваний составил в 2017 году $707,8 \pm 7,3$ ($n=9207$), в 2018 - $709,1 \pm 7,2$ ($n=9417$), темп прироста +0,1%, в 2019 - $705,1 \pm 7,1$ ($n=9555$), снижение на -0,5%, в 2020 - $679,1 \pm 6,9$ ($n=9371$) на -3,6% и в 2021 годах - $665,6 \pm 6,8$ ($n=9340$) на -1,1%. Ведущее место по уровню распространенности психических и поведенческих расстройств занимает Кара-Суйский район. Распространенность психических заболеваний при высоких показателях наблюдалась тенденция некоторого снижения в 2018, 2019, 2020 и 2021 годах на -0,8%, -2,6%, -5,7% и -4,8% в динамике.

Таблица 3.2.4 – Динамика распространенности психических и поведенческих расстройств по районам Ошской области на 100 000 населения (2017-2021 гг.)

№ п п	Район Ошской области	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m
1	Алайский	581	44,6±1,8	596	44,9±1,8	625	45,7±1,8	636	45,7±1,8	669	47,3±1,8
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	+0,6	-	+1,7	-	0	-	+3,5
2	Араванский	1215	93,4±2,6	1202	90,5±2,6	1234	90,2±2,5	1228	88,2±2,5	1244	87,9±2,4
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-3,1	-	-0,3	-	-2,2	-	-0,3
3	Кара-Кульджинский	517	39,7±1,7	523	39,4±1,7	535	39,1±1,6	545	39,1±1,6	538	38,0±1,6
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-0,7	-	-0,7	-	0	-	-2,8
4	Карасуйский	3278	252,0±4,3	3317	249,8±4,3	3328	243,2±4,2	3190	229,2±4,0	3087	218,2±3,9
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-0,8	-	-2,6	-	-5,7	-	-4,8
5	Ноокатский	2127	163,6±3,5	2111	158,9±3,4	2118	154,8±3,3	2022	145,2±3,2	2038	144,1±3,1
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-2,8	-	-2,5	-	-6,2	-	-0,7
6	Узгенский	1489	114,5±2,9	1526	114,9±2,9	1557	113,8±2,8	1592	114,3±2,8	1606	113,5±2,8
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	+0,3	-	-0,9	-	+0,4	-	-0,7
7	Чон-Алайский	-	-	142	10,7±0,8	158	11,6±0,9	158	11,3±0,9	158	11,2±0,8
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	0	-	+8,4	-	-2,5	-	-0,8
8	Всего	9207	707,8±7,3	9417	709,1±7,2	9555	705,1±7,1	9371	679,1±6,9	9340	665,6±6,8
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	+0,1	-	-0,5	-	-3,6	-	-1,1

Примечание: n – число наблюдений; P±m – интенсивный показатель распространенности психических расстройств и расстройств поведения, ошибка репрезентативности.

В 2017 году показатель распространенности составил $252,0 \pm 4,3$ случаев ($n=3278$), в 2018 году – $249,8 \pm 4,3$ случаев ($n=3317$), $p > 0,05$, в 2019 году – $243,2 \pm 4,2$ случаев ($n=3328$), $p > 0,05$, в 2020 году обращаемость несколько снизилась и составила $229,2 \pm 4,0$ случаев ($n=3190$), а также снижение характерно и для 2021 года – $218,2 \pm 3,9$ случаев ($n=2038$), что связано с распространением новой коронавирусной инфекции.

Также достаточно высокий уровень распространенности психических и поведенческих расстройств установлен в Ноокатском районе. В 2017 году наблюдалось $163,6 \pm 3,5$ случаев заболеваний ($n=2127$), 2018 году – $158,9 \pm 3,4$ ($n=2111$), $p > 0,05$, при снижении заболеваемости на $-2,8\%$ в динамике, в 2019 году – $154,8 \pm 3,3$ случаев ($n=2118$), $p > 0,05$ на $-2,5\%$. С 2020 года отмечалось также некоторое снижение обращаемости населения ($145,2 \pm 3,2$, $n=2022$) на $-6,2\%$ и в 2021 году ($144,1 \pm 3,1$, $n=2038$) на $-0,7\%$, $p > 0,05$, что также связано с распространением коронавирусной инфекции и низкой обращаемости населения.

В Узгенском районе Ошской области уровень распространенности психических и поведенческих расстройств находился практически на одном уровне, т.е. был стабильным, без существенных изменений с 2017 по 2021 годы ($114,5 \pm 2,9$, $n=1489$; $114,9 \pm 2,9$, $n=1526$; $113,8 \pm 2,8$, $n=1557$; $114,8 \pm 2,8$, $n=1592$ и $113,5 \pm 2,8$, $n=1606$, соответственно), $p > 0,05$. В динамике показатель обращаемости в исследуемые годы незначительно увеличился в 2018 на $+0,3\%$ и 2020 на $+0,4\%$, в 2019 и 2021 году снизился на $-0,9\%$ и $-0,7\%$.

В Араванском районе обращаемость пациентов, находилась на достаточно высоком уровне, имея некоторое снижение с 2018 по 2021 годы, что также связано с распространением коронавирусной инфекции среди населения и низкой его обращаемости по годам. В 2017 году обращаемость пациентов составила $93,4 \pm 2,6$ случаев ($n=1215$), 2018 году – $90,5 \pm 2,6$ случаев ($n=1202$), заболеваемость снизилась на $-3,1\%$ по темпу убыли, 2019 году – $90,2 \pm 2,5$ случаев ($n=1234$) на $-0,3\%$, 2020 году – $88,2 \pm 2,5$ случаев ($n=1228$) на $-2,2\%$ и в 2021 году – $87,9 \pm 2,4$ случаев ($n=1244$) на $-0,3\%$, $p > 0,05$.

В Алайском районе Ошской области выявлена стабильная обращаемость населения по психическим и поведенческим расстройствам. В 2017 и 2018 годах показатель распространенности находился на одном уровне без существенных различий ($44,6 \pm 1,8$, $n=581$; $44,9 \pm 1,8$, $n=596$), $p > 0,05$, темп прироста $+0,6\%$. В 2019 и 2020 годах обращаемость незначительно возросла и составила $45,7 \pm 1,8$ ($n=625$) на $+1,7\%$ и $45,7 \pm 1,8$ случаев ($n=636$), при этом отмечался нулевой прирост, $p > 0,05$, а в 2021 году показатель незначительно возрос ($47,3 \pm 1,8$, $n=669$) на $+3,5\%$, $p > 0,05$.

В Кара-Кульджинском районе Ошской области уровень распространенности психических и поведенческих расстройств населения по годам незначительно увеличивался и снижался, составляя с 2017 по 2021 годы $39,7 \pm 1,7$ ($n=517$); $39,4 \pm 1,7$ ($n=523$); $39,1 \pm 1,6$ ($n=535$); $39,1 \pm 1,6$ ($n=54$); $38,0 \pm 1,6$ случаев ($n=538$) по годам, $p > 0,05$. Во все исследуемые наблюдалась динамика снижения в 2018 и 2019 году на $-0,7\%$, в 2020 - нулевой прирост и в 2021 году снижение на $-2,8\%$.

В Чон-Алайском районе Ошской области в 2017 году не было выявлено ни одного случая заболеваемости. С 2018 по 2021 годы показатель распространенности находился на незначительном стабильном уровне ($10,7 \pm 0,8$, $n=142$; $11,6 \pm 0,9$, $n=158$; $11,3 \pm 0,9$, $n=158$; $11,2 \pm 0,8$, $n=158$, соответственно), $p > 0,05$, при этом в 2018 году выявлен нулевой прирост, в 2019 году $+8,4\%$, в 2020 году $-2,5\%$, в 2021 году $-0,8\%$.

Заключение. Во все исследуемые годы первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами была выше в Кара-Суйском, Узгенском и Ноокатском районах Ошской области. В других районах находилась практически на незначительном уровне. Установлен высокий уровень распространенности заболеваемости населения в исследуемые годы в Кара-Суйском, Ноокатском, Узгенском, Араванском районах Ошской области, тогда как в Чон-Алайском районе обращаемость находилась на незначительном уровне.

На фоне относительной стабильности частоты и распространенности заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по Ошской области, наблюдаются различия по районам, что важно учитывать при планировании оказания психиатрической помощи, организационно-профилактических мероприятий с целью снижения уровня хронизации психических и поведенческих расстройств, инвалидизации населения. В период пандемии необходимо проведение анализа эпидемиологической ситуации по распространенности психических и поведенческих расстройств в контексте общественного здоровья для корректировки плана мероприятий по оказанию медицинской помощи.

Психические и поведенческие расстройства – ведущая причина нетрудоспособности, на долю которых приходится одна шестая общего числа лет, утрачиваемых в результате инвалидности. В настоящее время наблюдается рост первичной заболеваемости психическими расстройствами в мире. Рост заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами связан с пандемией COVID-19, с введенными ограничениями, режимом самоизоляции и карантинном, оказавшими различные неблагоприятные влияния на здоровье населения. Пандемия будет иметь более серьезные долгосрочные неблагоприятные последствия.

3.3 Первичная заболеваемость и распространенность психическими и поведенческими расстройствами по нозологиям в Ошской области

Одним из важнейших вызовов для современной медицины является бремя психических и поведенческих расстройств. В 2019 году во всем мире психическими и поведенческими расстройствами страдали почти 1 млрд. человек, в том числе 14% подростков. На долю психических и поведенческих расстройств приходится одна шестая общего числа лет, утрачиваемых в

результате инвалидности [75]. Данная патология оказывает значимое негативное влияние на экономику страны, непосредственно нанося, как прямой, так и косвенный экономический ущерб [8, 26]. Глобальное бремя от душевных расстройств, по данным различных исследований, составляет от 2,5 до 7,5% ВВП страны. Психические и поведенческие расстройства, а особенно депрессии, слабоумие и деменции становятся эпидемией в развитых странах. Выявлен устойчивый рост заболеваемости детей до 14 лет психозами и состояниями слабоумия (на треть), а болезненности – на 40%.

Анализ первичной заболеваемости Ошской области за 2017-2021 годы по нозологиям показал, что в целом, по Ошской области (таблица 3.3.1) выявлено в 2017 году $35,5 \pm 1,6$ ($n=462$) случаев психических заболеваний. В последующие годы первичная заболеваемость по обращаемости снижалась. Так, в 2018 году заболеваемость составляла – $31,2 \pm 1,5$ ($n=415$), в 2019 году – $28,0 \pm 2,0$ ($n=380$), в 2020 году – $30,5 \pm 1,5$ ($n=422$) и в 2021 году – $25,3 \pm 1,3$ ($n=358$), $p > 0,05$.

Таким образом, первичная заболеваемость населения Ошской области снижалась во все исследуемые годы, особенно в 2021 году.

ВОЗ считает деменции одной из приоритетных проблем общественного здравоохранения стран. Поэтому в 2017 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Глобальный план действий сектора здравоохранения по реагированию на деменции на 2017–2025 годы [73].

Деменции результат патологий и травм головного мозга. На долю болезни Альцгеймера, наиболее распространенной формы деменции, приходится приблизительно 60–70% случаев. Деменции занимают седьмое место в мире среди основных причин смертности и в инвалидности пожилых людей. В мире насчитывается около 55 млн. человек с деменцией, каждый год происходит 10 млн. первичных случаев заболевания. Согласно прогнозам, в мире к 2030 году число случаев деменций достигнет 78 млн., 2050 году - 139 млн. За 20-летний период в смертности от заболевания отмечен рост более чем в 2 раза, наибольшим темпом прироста среди 30 ведущих причин смертности, что вызывает озабоченность [23].

Таблица 3.3.1 – Первичная заболеваемость населения психическими и поведенческими расстройствами по основным нозологиям в Ошской области

№ пп	Заболевания	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m
1	Органические состояния, включая эпилепсию	34	2,6±0,4	61	4,6±0,5	37	2,7±0,4	36	2,5±0,4	85	6,0±0,6
2	Болезнь Альцгеймера (деменции)	55	4,3±2,0	42	3,2±0,4	49	3,6±0,5	27	1,9±0,2	32	2,3±0,4
3	Расстройство личности и поведения	27	2,0±0,4	25	1,9±0,3	21	1,6±0,3	24	1,7±0,3	19	1,3±0,5
4	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	53	4,1±0,5	75	5,7±0,6	69	5,1±0,6	54	3,9±0,5	63	4,5±0,5
5	Аффективное расстройство настроения	8	0,6±0,2	19	1,4±0,3	10	0,7±0,2	3	0,2±0,1	2	0,1±0,08
6	Депрессивные состояния	8	0,6±0,2	1	0,07±0,007	5	0,4±0,1	3	0,2±0,1	1	0,07±0,07
7	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	4	0,3±0,2	2	0,1±0,08	3	0,2±0,1	-	-	-	-
8	Тревожные фобические расстройства	3	0,2±0,1	-	-	8	0,6±0,2	2	0,1±0,08	-	-
9	Биполярные расстройства	12	1,0±0,2	2	0,1±0,08	4	0,3±0,1	-	-	-	-
10	Другие заболевания	258	19,8±1,2	188	14,2±1,0	174	12,8±1,0	273	19,8±1,1	156	11,1±0,8
	Всего	462	35,5±1,6	415	31,2±1,5	380	28,0±2,0	422	30,3±1,5	358	25,3±1,3

Примечание: n – число наблюдений; P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

Ведущее место в первичной заболеваемости занимают болезнь Альцгеймера (деменции), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, органические состояния, включая эпилепсию, расстройства личности и поведения. В Ошской области на болезнь Альцгеймера и деменции на 100 000 населения приходилось в 2017 году $4,3 \pm 2,0$ ($n=55$) случаев, в 2018 году $3,2 \pm 0,4$ ($n=42$), $p > 0,05$, в 2019 году – $3,6 \pm 0,5$ ($n=49$), в 2020 году – $1,9 \pm 0,2$ ($n=27$), $p < 0,001$ и в 2021 году – $2,3 \pm 0,4$ ($n=32$), $p > 0,05$.

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства одно из тяжелых психических и поведенческих расстройств, которым страдают около 24 млн. человек, это 1 из 300 человек в мире. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства вызывает психозы, приводит к инвалидности и негативно влияет на все сферы жизни человека [169]. Бредовые расстройства - группа психических заболеваний, при котором основным симптомом является обман органов восприятия, бред [16].

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства в Ошской области занимали также, значительную часть заболеваний с впервые установленным диагнозом, которые имели волнообразное течение по годам. В 2017 году показатель составил $4,1 \pm 0,5$ ($n=53$), в 2018 году незначительно увеличился до $5,7 \pm 0,6$ ($n=75$), $p < 0,05$, в 2019 и 2020 годах незначительно снизился ($5,1 \pm 0,6$, $n=69$ и $3,9 \pm 0,5$, $n=54$, соответственно) и в 2021 году составил $4,5 \pm 0,5$ ($n=63$), $p > 0,05$.

В мире пациентов с органическим состоянием, включая эпилепсией около 75 млн. человек, что составляет более 1% мирового населения [62]. Органические состояния, включая эпилепсию - хроническое заболевание центральной нервной системы, которое требует длительную, иногда пожизненную терапию [62, 104].

Органические состояние, включая эпилепсию в 2017 году составила $2,6 \pm 0,4$ ($n=34$), в 2018 году - $4,6 \pm 0,5$ ($n=61$), $p < 0,001$, в 2019 году – $2,7 \pm 0,4$ ($n=37$), в 2020 году – $2,5 \pm 0,4$ ($n=36$) и в 2021 году значительно возросло число случаев до $6,0 \pm 0,6$ ($n=85$), $p < 0,001$.

Биполярное расстройство является хроническим рекуррентным расстройством, основным симптом - маниакальные, депрессивные или смешанные эпизоды, сменяющиеся иногда нормальным настроением [76].

В 2017 году биполярные расстройства выявлены в $1,0 \pm 0,2$ ($n=12$) случаях, в 2018 году уровень первичной заболеваемости составил $0,1 \pm 0,08$ ($n=2$), $p < 0,001$ и в 2019 году – $0,3 \pm 0,1$ ($n=4$), $p > 0,05$. В 2020 и 2021 годах биполярные расстройства не были выявлены.

Расстройства личности и поведения - глубоко укоренившиеся ригидные и дезадаптивные личностные черты, которые обусловлены специфическим восприятием и отношением к себе и к окружающим, снижением социального приспособления, эмоциональным дискомфортом и субъективным дистрессом. Чаще всего в подростковом или детском возрасте [75]. Расстройства личности и поведения с 2017 года значительно снижались с $2,0 \pm 0,4$ ($n=27$), в 2018 - $1,9 \pm 0,3$ ($n=25$), в 2019 – $1,6 \pm 0,3$ ($n=21$), в 2020 – $1,7 \pm 0,3$ ($n=24$) и в 2021 годах – $1,3 \pm 0,5$ ($n=19$), $p > 0,05$.

Депрессивные состояния характеризуются ухудшением настроения, потерей интереса к любым занятиям, снижением концентрации внимания, низкой самооценкой, отсутствием веры в будущее, мыслями о смерти, самоубийстве, нарушением сна, изменение аппетита или массы тела, ощущением усталости, упадком сил [75]. Первичная заболеваемость депрессивных состояний имела незначительную частоту обращений. В 2017 году показатель составил $0,6 \pm 0,2$ ($n=8$), в 2018 – $0,07 \pm 0,007$ ($n=1$), $p < 0,01$, в 2019 – $0,4 \pm 0,1$ ($n=5$), $p > 0,05$, в 2020 годах – $0,2 \pm 0,1$ ($n=3$), выявлен всего один случай в 2021 году – $0,07 \pm 0,007$, $p > 0,05$.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, неврозы – это те состояния, которые возникают на фоне длительных переживаемых стрессах и конфликтах (тревога, страхи, беспокойство, нарушения сна, паника) [75].

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства имели незначительную частоту обращений с 2017 по 2019 годы, а в 2020 и 2021

годах по данному заболеванию не выявлено ни одного случая. Так, в 2017 году показатель первичной заболеваемости выявлен у $0,3 \pm 0,2$ пациентов ($n=4$), в 2018 у $0,1 \pm 0,08$ пациентов ($n=2$), $p > 0,05$, и в 2019 годах у $0,2 \pm 0,1$ пациентов ($n=3$), $p > 0,05$, а в 2020-2021 годах не было ни одного случая данного заболевания.

На другие заболевания такие как, аутизм, гиперактивное расстройство, умственная отсталость, расстройство речи, биполярное аффективное расстройство, общее расстройство развития, половые расстройства, расстройство привычек и влечений и др. приходится не высокая частота обращаемости пациентов. В 2017 году на другие заболевания приходилось $19,8 \pm 1,2$ ($n=258$) случаев, в 2018 году - $14,2 \pm 1,0$ ($n=188$), в 2019 году - $12,8 \pm 1,0$ ($n=174$), в 2020 году - $19,8 \pm 1,1$ ($n=273$) и в 2021 году – $11,1 \pm 0,8$ ($n=156$), $p > 0,05$.

При анализе первичной заболеваемости по г. Ош (таблица 3.3.2) за 2017-2021 годы по основным нозологиям установлено увеличение заболеваемости на 100 000 населения в 2019 году – $55,2 \pm 4,2$ ($n=169$) с резким скачком в 2020 году – $198,5 \pm 7,9$ ($n=630$), $p < 0,001$. В 2017 году данный показатель составлял $45,2 \pm 3,8$ случаев ($n=129$), в 2018 году – $33,7 \pm 3,3$ ($n=99$) и в 2021 году – $24,7 \pm 2,7$ ($n=81$), $p > 0,05$.

Наиболее чаще обращались пациенты по поводу шизофрении, шизотипическими и бредовыми расстройствами. Так резкий подъем данного заболевания наблюдался в 2020 году – $21,7 \pm 2,6$ ($n=69$) и в 2017 году – $13,3 \pm 2,1$ ($n=38$), $p < 0,01$. В 2018, 2019 и 2021 годах существенных различий по уровню первичной заболеваемости не отмечалось ($9,5 \pm 1,7$; $9,8 \pm 1,7$ и $8,2 \pm 1,5$, соответственно), $p > 0,05$.

Также одним из ведущих заболеваний является органические состояния, включая эпилепсию, которая имела высокую частоту случаев в 2020 году – $14,5 \pm 2,1$ ($n=46$), в сравнении с 2019 годом показатель составлял $9,2 \pm 1,7$ ($n=28$), $p < 0,05$. В 2017 году выявлена у $7,7 \pm 0,5$ пациентов ($n=22$), в 2018 году у $7,1 \pm 1,5$ ($n=21$) и в 2021 году снижение показателя составило $2,8 \pm 0,9$ ($n=9$), $p > 0,05$.

Таблица 3.3.2 – Первичная заболеваемость населения психическими и поведенческими расстройствами по основным нозологиям в г. Ош на 100 000 населения

№ пп	Заболевания	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m
1	Органические состояния, включая эпилепсию	22	7,7±0,5	21	7,1±1,5	28	9,2±1,7	46	14,5±2,1	9	2,8±0,9
2	Болезнь Альцгеймера (деменции)	15	5,3±1,3	11	3,7±1,1	15	4,9±1,2	57	18,0±2,3	10	3,0±0,9
3	Расстройство личности и поведения	7	2,5±0,9	12	4,0±1,1	33	10,8±1,8	71	22,4±2,6	5	1,5±0,6
4	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	38	13,3±2,1	28	9,5±1,7	30	9,8±1,7	69	21,7±2,6	27	8,2±1,5
5	Аффективное расстройство настроения	-	-	4	1,3±0,6	4	1,3±0,6	42	13,2±2,0	1	0,3±0,3
6	Депрессивные состояния	-	-	4	1,3±0,6	2	0,6±0,4	47	14,8±2,1	8	2,5±0,8
7	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	12	4,2±1,2	3	1,0±0,5	5	1,6±0,7	51	16,0±2,2	3	0,9±0,5
8	Тревожные фобические расстройства	8	2,8±0,5	2	0,6±0,1	1	0,3±0,3	27	8,5±1,6	2	0,6±0,4
9	Расстройства поведения	-	-	12	4,0±1,1	1	0,3±0,3	45	14,2±2,1	4	1,2±0,6
10	Другие заболевания	27	9,4±1,8	2	0,6±0,4	50	16,4±2,3	175	55,2±4,1	12	3,7±1,9
	Всего	129	45,2±3,8	99	33,7±3,3	169	55,2±4,2	630	198,5±7,9	81	24,7±2,7

Примечание: n – число наблюдений; P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

На болезнь Альцгеймера (деменции) приходилось в 2017 году $5,3 \pm 1,3$ ($n=15$) случаев, в 2018 году – $3,7 \pm 1,1$ ($n=11$), в 2019 году – $4,9 \pm 1,2$ ($n=15$), $p > 0,05$. Резкое повышение заболевания наблюдалось в 2020 году – $18,0 \pm 2,3$ ($n=57$), а значительное его снижение в 2021 году – $3,0 \pm 1,9$ ($n=10$), $p < 0,001$.

Высокая частота случаев невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств выявлена в 2017 году - $4,2 \pm 1,2$ ($n=12$), тогда как в 2018, 2019 и 2021 годах показатель снижался и составлял ($1,0 \pm 0,5$, $1,6 \pm 0,7$ и $0,9 \pm 0,5$, соответственно), $p > 0,05$. В 2020 году число случаев значительно возросло до $16,0 \pm 2,2$ ($n=51$), $p < 0,001$.

Аналогичная ситуация наблюдалась и по тревожным фобическим расстройствам. В 2017 году частота случаев составляла $2,8 \pm 0,5$ ($n=8$), затем показатель снижается в 2018 году до $0,6 \pm 0,4$ ($n=2$) случаев, в 2019 году выявлено $0,3 \pm 0,3$ ($n=1$) случая и в 2021 году – $0,6 \pm 0,4$ ($n=2$) случаев, $p > 0,05$. Резкий подъем заболеваний выявлен только в 2020 году – $8,5 \pm 1,6$ ($n=27$) случаев, $p < 0,001$.

Расстройства личности и поведения также имели волнообразную частоту распространения. В 2017 году частота случаев составила $2,5 \pm 0,9$ ($n=7$), в 2018 году – $4,0 \pm 1,1$ ($n=12$), $p > 0,05$, в 2019 году данный показатель возрос до $10,8 \pm 1,8$ ($n=33$), резкое увеличение наблюдалось в 2020 году – $22,4 \pm 2,6$ ($n=71$) и снижение в 2021 году – $1,5 \pm 0,6$ ($n=5$), $p < 0,001$.

Депрессивные состояния не выявлены в 2017 году. Рост первичной заболеваемости по данному заболеванию наблюдался в 2018 году составил $1,3 \pm 0,6$ ($n=4$) случаев, в 2019 году несколько снижается до $0,6 \pm 0,4$ ($n=2$) случаев, $p > 0,05$, затем отмечается резкий подъем в 2020 году – $14,8 \pm 2,1$ ($n=47$) и в 2021 году опять показатель снижается до $2,5 \pm 0,8$ ($n=8$) случаев, $p < 0,001$. Аналогичная ситуация характерна по состояниям аффективного расстройства настроения. В 2017 году не было выявлено ни одного случая заболевания. Незначительный рост выявлен в 2018 году – $1,3 \pm 0,6$ ($n=4$), в 2019 году показатель оставался на таком же уровне – $1,3 \pm 0,6$ ($n=4$), $p > 0,05$. Значительное увеличение характерно только для 2020 года – $13,2 \pm 2,0$ ($n=42$), а резкое

снижение наблюдалось в 2021 году – $0,3 \pm 0,3$ ($n=1$), $p < 0,001$. На другие заболевания, такие как аутизм, гиперактивное расстройство, умственная отсталость, расстройство речи, биполярное аффективное расстройство, общее расстройство развития, половые расстройства, расстройство привычек и влечений приходится в целом в 2017 году $9,4 \pm 1,8$ ($n=27$), в 2018 году $0,6 \pm 0,4$ ($n=2$) случаев, $p < 0,01$. Резкий подъем этих заболеваний наблюдался в 2019 и 2020 годах ($16,4 \pm 2,3$ ($n=50$), $55,2 \pm 4,1$ ($n=175$), соответственно), $p < 0,001$ и резкое снижение частоты случаев других заболеваний в 2021 году $3,7 \pm 1,9$ ($n=4$), $p < 0,001$.

Таким образом, проведенный анализ распределения психических заболеваний с впервые установленным диагнозом с 2017 по 2021 годы показал, что ведущее место занимают органические состояния, включая эпилепсию, шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства, болезнь Альцгеймера (деменции), а также невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, которые выявлены с высокой частотой обращаемости особенно в 2021 году.

В целом, при рассмотрении распространенности психических заболеваний по нозологиям обратившихся в Ошский областной центр психиатрии и наркологии по Ошской области за 2017-2021 гг. (таблица 3.3.3) установлено, что ведущее место приходилось на органические состояния, включая эпилепсию, которая с 2017 года резко возросла с $141,0 \pm 3,2$ случаев ($n=1835$), в 2018 – $321,1 \pm 4,9$ ($n=4269$), $p < 0,001$, 2019 – $324,6 \pm 4,8$ ($n=4399$), $p > 0,05$, 2020 – $310,4 \pm 4,7$ ($n=4284$), $p < 0,01$ и 2021 годах – $290,1 \pm 4,5$ ($n=4071$), $p < 0,001$. В динамике показатель распространенности на органические состояния, включая эпилепсию значительно увеличился в 2018 году на +127,7%, а с 2020 по 2021 годы снизился на -4,3% и -6,5%. Такие заболевания, как шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства также находятся на высоком уровне. В 2017 году выявлено $136,2 \pm 3,2$ ($n=1772$) случаев, 2018 – $139,0 \pm 3,2$ ($n=1845$), 2019 – $136,6 \pm 3,1$ ($n=1852$), $p > 0,05$, 2020 – $272,2 \pm 4,4$ ($n=3757$) и в 2021 годах – $129,8 \pm 3,0$ ($n=1822$), $p < 0,001$.

Таблица 3.3.3 – Распространенность основных психических и поведенческих расстройств по основным нозологиям Ошской области (2017-2021 гг.) на 100 000 населения

№ пп	Заболевание	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m
1	Органические состояния, включая эпилепсию	1835	141,0±3,2	4269	321,1±4,9	4399	324,6±4,8	4284	310,4±4,7	4071	290,1±4,5
2	Болезнь Альцгеймера (деменции)	924	71,0±2,3	1006	75,7±2,3	926	68,3±2,2	394	28,5±1,4	817	58,3±2,0
3	Расстройство личности и поведения	1428	109,8±2,9	211	15,9±1,0	308	22,7±1,2	290	21,0±1,2	194	13,8±1,0
4	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	1772	136,2±3,2	1845	139,0±3,2	1852	136,6±3,1	3757	272,2±4,4	1822	129,8±3,0
5	Аффективное расстройство настроения	274	21,0±1,2	150	11,3±0,9	100	7,3±0,7	47	3,4±0,4	47	3,4±0,5
6	Депрессивные состояния	60	4,6±0,6	144	10,8±0,9	1729	127,6±3,0	56	4,0±0,5	38	2,7±0,4
7	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	197	15,1±1,0	170	12,8±0,9	120	8,8±0,8	139	10,0±0,8	99	7,1±0,7
8	Тревожные фобические расстройства	27	2,1±0,4	84	6,3±0,6	60	4,4±0,5	30	2,1±0,4	26	1,8±0,3
9	Расстройства поведения	16	1,3±0,3	23	1,7±0,1	5	0,3±0,07	6	2,6±0,4	9	0,6±0,2
10	Другие заболевания	2775	273,4±4,0	1515	114,0±2,9	56	4,1±0,5	368	26,6±1,3	2217	158,0±3,3
	Всего	9207	707,8±7,3	9417	709,1±7,2	9555	705,1±7,1	9371	679,1±6,9	9340	665,6±6,8

Примечание: n – число наблюдений; P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

При практически стабильном показателе в 2017, 2018, 2019 и 2021 году, резко возрос в 2020 году +99,2%.

Расстройства личности и поведения занимают одно из ведущих мест. С 2017 года наблюдался высокий уровень заболеваемости – $109,8 \pm 2,9$ ($n=1428$), в последующие годы отмечалось резкое снижение по годам. В 2018 году показатель распространенности составил $15,9 \pm 1,0$ ($n=211$), 2019 – $22,7 \pm 1,2$ ($n=308$), $p < 0,001$, 2020 – $21,0 \pm 1,2$ ($n=290$), $p > 0,05$, в 2021 годах – $58,3 \pm 2,0$ ($n=817$), $p < 0,001$. По темпу прироста показатель распространенности возрос в 2019 году на +42,7%, в последующие годы существенное снижение наблюдалось в 2018 году на -85,5% и 2021 году на -34,2%.

Болезнь Альцгеймера (деменции) в 2017, 2018 и 2019 годы имела высокий стабильный уровень распространенности ($71,0 \pm 2,3$, $n=924$, $75,7 \pm 2,3$, $n=1006$, $p > 0,05$, $68,3 \pm 2,2$, $n=926$, соответственно), $p < 0,001$. Необходимо отметить, что значительное снижение заболеваемости наблюдалось в 2020 году на -58,3%, а в 2021 году возросла на +104,5%.

Аффективное расстройство настроения в 2017 году составляло $21,0 \pm 1,2$ ($n=274$) случаев. С 2018 по 2021 годы показатель снижался, особенно резко в 2020 и 2021 годы по $3,4 \pm 0,4$ ($n=47$) случаев, $p > 0,05$. В 2018 году распространенность составляла $11,3 \pm 0,9$ ($n=150$), 2019 – $7,3 \pm 0,7$ ($n=100$) случаев, $p < 0,001$. Значительное снижение выявлено в 2018, 2019 и 2020 годы на -46,2%, -35,4% и -12,3%, соответственно и в 2021 году нулевой прирост.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства также снижались по годам. Так в 2017 показатель составил $15,1 \pm 1,0$ ($n=197$), 2018 – $12,8 \pm 0,9$ ($n=170$), $p < 0,05$, 2019 – $8,8 \pm 0,8$ ($n=120$), $p < 0,001$, 2020 – $10,0 \pm 0,8$ ($n=139$), $p > 0,05$, и в 2021 годах – $7,1 \pm 0,1$ ($n=99$) случаев, $p < 0,01$. Снижение показателя заболеваемости наблюдалось в 2018, 2019 и 2021 годах на -15,2%, -31,2% и -29,0%, соответственно. В 2020 году распространенность заболевания увеличилось на +13,6%.

Обращаемость по депрессивным состояниям возрастала с 2017 года, показатель составил $4,6 \pm 0,6$ ($n=60$) случаев, в 2018 году показатель возрос до

10,8±0,9 (n=144) случаев, p<0,001. Резкий скачок обращаемости пациентов наблюдался в 2019 году – 127,6±3,0 на +1081,4%, затем в 2020 и 2021 годах резко опять снижался на -96,8% и -32,5% (4,0±0,5, n=56 и 2,7±0,4, n=3,8, соответственно), p<0,01.

Распространенность тревожных фобических расстройств у пациентов в исследуемые годы возрастала с 2017 по 2019 годы, составляя (2,1±0,4, n=27, 6,3±0,6, n=84 и 4,4±0,5, n=60, соответственно), p<0,01. В 2020 и 2021 годы распространенность снижается до 2,1±0,4, n=30 и 1,8±0,3, n=26, соответственно, p>0,05. В 2018 году тревожные фобические расстройства по темпу прироста увеличились на +200,0%, с 2019 по 2021 годы снижение на -30,1%, -52,2% и -14,2%, соответственно.

Расстройство личности и поведения имело незначительную распространенность по годам. В 2017 году показатель составил 1,3±0,3 (n=16), 2018 – 1,7±0,1 (n=23), p>0,05, 2019 – 0,3±0,07 (n=5), 2020 – 2,6±0,4, p<0,001 и 2021 годах 0,6±0,2 (n=9) случаев, p<0,01. Значительное снижение отмечалось в 2019 году на -82,3% и в 2021 году на -76,9%. На другие заболевания приходилось в 2017 году 213,4±4,0 (n=2775) случаев, 2018 – 114,0±2,9 (n=1515), p<0,001, 2019 – 4,1±0,5 (n=56), p<0,001, 2020 – 26,6±1,3 (n=368), p<0,001 и в 2021 годах резко возросло число случаев – 158,0±3,3 (n=2217).

Таким образом, в исследуемые годы по Ошской области отмечалась высокая частота распространенности психических заболеваний, в частности возрастало число случаев органических состояний, включая эпилепсию, шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства, болезнь Альцгеймера (деменции).

Вывод. Обобщая результаты анализа первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, можно представить следующие моменты:

- В изучаемые годы среди населения Ошской области наблюдалась волнообразная динамика заболеваемости. По нозологиям наблюдалась высокая частота распространенности случаев органических состояний, включая

эпилепсию, шизофрению, шизотипических и бредовых расстройств, болезни Альцгеймера (деменции).

- По г. Ош резкий скачок первичной заболеваемости отмечен в 2020 году, причем по всем нозологиям, за исключением случаев шизофрению, шизотипических и бредовых расстройств. По распространенности во все годы наблюдалась высокая частота случаев шизофрению, шизотипических и бредовых расстройств, органических состояний, включая эпилепсию, болезни Альцгеймера (деменции), расстройств личности и поведения. Среди психических заболеваний с впервые установленным диагнозом ведущее место занимали органические состояния, включая эпилепсию, шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства, болезнь Альцгеймера (деменции), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, которые выявлены с высокой частотой обращаемости особенно в 2021 году.

Одной из причин сложившейся ситуации является ограничение доступности для населения сельских районов специализированной психиатрической помощи, отсутствие и низкая обеспеченность врачами психологами, психиатрами, особенно детского профиля, что снижает качество медицинской помощи. Необходимо направить усилия на профилактику, раннее выявление наиболее распространенных психических и поведенческих расстройств на первичном уровне медицинских услуг.

3.4 Прогноз первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами

Прогноз первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по Ошской области и г. Ош рассчитан с помощью уравнения линейной регрессии (таблица 3.4.1).

Прогнозная заболеваемость по Ошской области в среднем должна была быть выше на 6,1‰, по г. Ош на 34,8‰.

Таблица 3.4.1 – Прогноз первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по Ошской области и г. Ош

№ пп	Годы	Показатель заболеваемости	Численность населения	Прогноз заболеваемости	Расчетная заболеваемость
Ошская область					
1	2017	35,5±1,6	1300,8	3,3	38,8
2	2018	31,2±1,5	1327,9	0,72	31,9
3	2019	28,0±1,4	1355,0	1,32	29,3
4	2020	30,6±1,4	1379,9	5,0	35,6
5	2021	25,3±1,3	1403,2	2,8	28,1
M±σ		30,1±3,2	1353,3±43,9	6,1	36,2
г. Ош					
1	2017	45,2±3,8	285,4	14,1	66,6
2	2018	33,7±3,3	294,1	29,1	56,6
3	2019	55,2±4,2	306,0	13,6	67,0
4	2020	198,5±7,9	317,3	87,2	309,5
5	2021	24,7±2,7	327,9	30,6	55,7
M±σ		71,4±5,3	306,1±8,5	34,8	111,0

Примечание: M±σ – средняя величина и средне-квадратическое отклонение.

Линия регрессии наглядно показывает, на сколько уровень фактической заболеваемости отстает от прогнозной (рисунок 3.4.1), что характеризует низкую обращаемость населения с психическими заболеваниями.

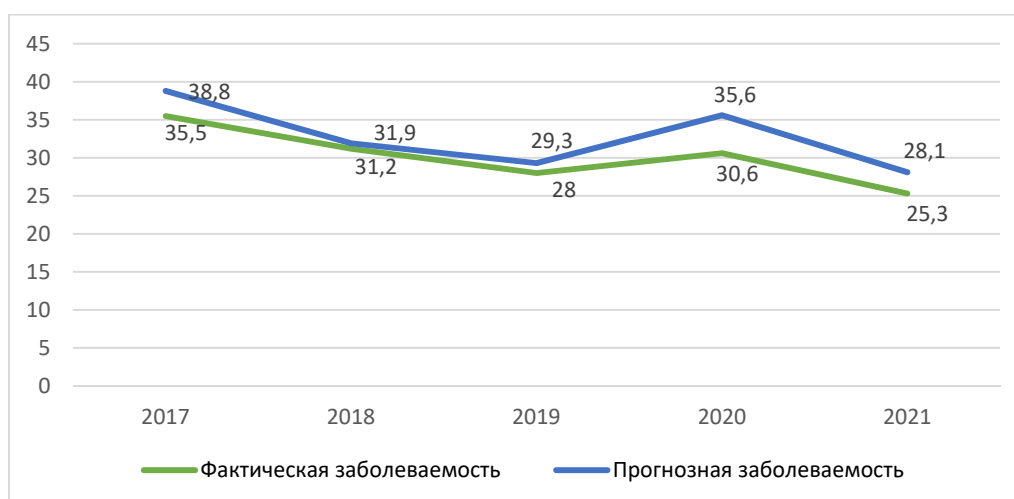


Рисунок 3.4.1 – Линия регрессии фактической и прогнозной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения по Ошской области.

Наиболее высокой была разница между фактической и прогнозной заболеваемостью в 2021 году (28,1‰).

По г. Ош линия тренда прогнозной заболеваемости была наиболее высокой в 2020 году на фоне высокого уровня фактической заболеваемости (рисунок 3.4.2).

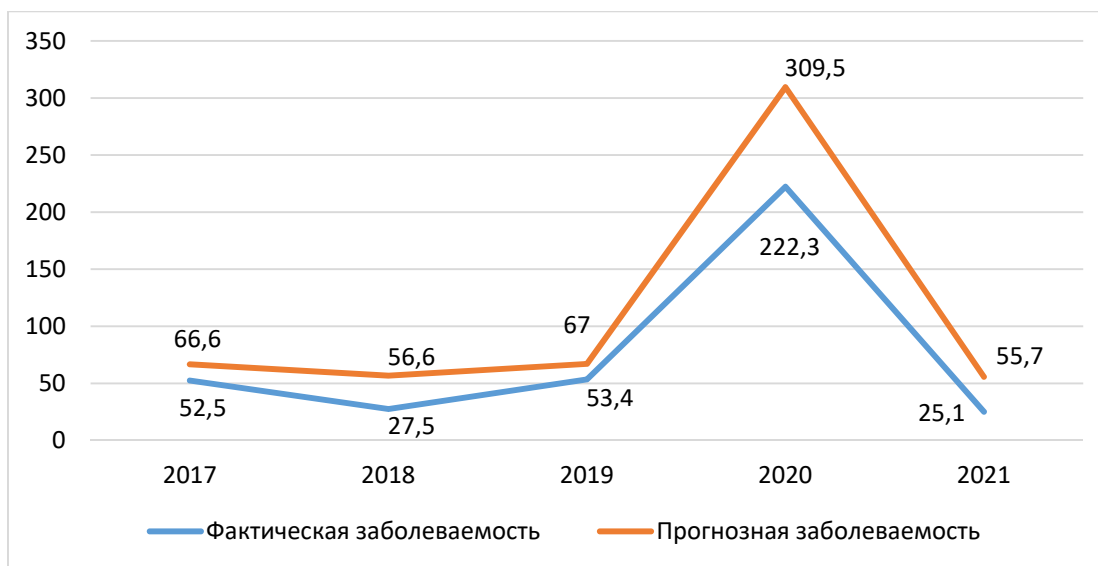


Рисунок 3.4.2 – Линия регрессии фактической и прогнозной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения по Ошской области.

Полученные результаты указывают, что, несмотря на снижение фактической заболеваемости, наблюдается превышение прогнозной заболеваемости, характеризующая низкую доступность ввиду отсутствия врачей психиатров и психологов в районах Ошской области.

3.5 Инвалидность при психических расстройствах и расстройствах поведения по Ошской области

Проведён анализ частоты лиц первично-признанных инвалидами по психическим и поведенческим расстройствам по Ошской области с 2017 по 2021 годы (таблица 3.5.1).

Таблица 3.5.1 – Частота первично-признанных и удельный вес людей с ограниченными возможностями здоровья по Ошской области в динамике (2017-2021 гг.)

№ п/ п	Показатель	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Число больных, первично-признанных инвалидов	202	1,5±0,1	143	1,0±0,08	213	1,6±0,3	155	1,1±0,08	197	1,4±0,09
	Темп прироста (%)	-	-	-	-33,3	-	+60,0	-	-31,2	-	+27,2
2	в т.ч. дети до 14 лет	59	0,4±0,05	48	0,3±0,04	93	0,6±0,2	75	0,5±0,06	85	0,6±0,06
	Темп прироста (%)	-	-	-	-25,0	-	+100,0	-	-16,6	-	+20,0
3	Число больных, имеющих группы инвалидности	3972	3,0±0,04	3866	2,9±0,01	4554	3,3±0,1	4787	3,4±0,04	4379	3,1±0,04
	Темп прироста (%)	-	-	-	-3,3	-	+13,7	-	+3,0	-	-8,8
4	в т.ч. II группа (%)	3601	90,7	3478	89,7	4137	90,8	4266	89,1	3793	86,6
	Темп прироста (%)	-	-	-	-1,1	-	+1,2	-	-1,8	-	-2,8
5	в т.ч. III группа	15	0,3	16	0,4	18	0,4	47	1,0	57	1,3
	Темп прироста (%)	-	-	-	-33,3	-	0	-	+150,0	-	+30,0
6	Число детей инвалидов до 14 лет	356	9,0	372	9,6	399	8,8	474	9,9	529	12,1
	Темп прироста (%)	-	-	-	+6,6	-	-8,3	-	+12,5	-	+22,2
	Всего			3866		4554		4787		4379	

Примечание: P±m - интенсивный показатель и ошибка репрезентивности; % - удельный вес инвалидов и темп прироста в %.

Показатель первичной инвалидности, имел наибольший прирост в 2019 году на +60,0% ($1,6 \pm 0,3$, $n=213$) и 2021 году на +27,2% ($1,4 \pm 0,09$, $n=197$), $p > 0,05$. Снижение показателя наблюдалось в 2018 и 2020 годы на -33,3% и 31,2% ($1,0 \pm 0,08$, $n=143$ и $1,1 \pm 0,08$, $n=155$, соответственно), $p > 0,05$. Число детей с ограниченными возможностями здоровья до 14 лет возросло в 2019 году на +100,0% ($0,6 \pm 0,2$, $n=93$) и 2021 году на +20,0% ($0,6 \pm 0,6$, $n=85$), $p > 0,05$. Снижение отмечалось в 2018 и 2020 годы на -25,0% и -16,6% ($0,3 \pm 0,04$, $n=48$ и $0,5 \pm 0,06$, $n=75$, соответственно), $p > 0,05$. Необходимо отметить, что с 2017 по 2022 годы значительно увеличилось число больных, имеющих группу инвалидности. Увеличение лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих группу инвалидности, возросло в 2019 и 2020 годы на +13,7% и +3,0% по темпу прироста ($3,3 \pm 0,1$, $n=4554$ и $3,4 \pm 0,04$, $n=4787$, соответственно), $p > 0,05$. В 2017 году с группой инвалидности было 3972 лиц с ограниченными возможностями здоровья ($3,0 \pm 0,04$), а в 2018 и 2021 годы их число значительно снизилось на -3,3% и -8,8% ($2,9 \pm 0,04$, $n=3866$ и $3,1 \pm 0,04$, $n=4379$), $p > 0,05$. Из общего числа лиц с ограниченными возможностями здоровья со II группой инвалидности высокий удельный вес отмечался практически во все годы. В 2016 году удельный вес составил - 90,7%, 2018 - 89,7%, 2019 - 90,8%, 2020 - 89,1% и 2021 годы - 86,6%, соответственно, за исключением 2019 года, когда темп прироста увеличился на +1,2%.

В другие годы наблюдалось снижение на -1,1%, -1,8% и -2,8%, соответственно. Число лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих III группу инвалидности, резко возросло в 2020 году на +150,0% удельный вес которых составил 1,0% ($n=47$), в 2018 году наблюдалось снижение на -33,3% (0,4%, $n=16$), а в 2019 году наблюдался нулевой прирост показателя (0,4%, $n=18$). Дети до 14 лет, имеющие инвалидность в 2018, 2020 и 2022 годы значительно увеличились, темп прироста составил +6,6%, +2,5% и 22,2% (9,6%, $n=372$, 9,9%, $n=474$, 12,1%, $n=529$, соответственно). Снижение наблюдалось в 2019 году на -8,3% (8,8%, $n=399$).

Таким образом, по Ошской области число больных, первичного признанных инвалидами резко возросло в 2019 и 2021 годы, в т.ч. детей до 14 лет. Число больных, имеющих группу инвалидности, увеличилось в 2019 и 2020 годы, в т.ч. детей инвалидов до 14 лет в 2018, 2020 и 2021 годы. Имеющие инвалидность II группы также значительно увеличились, особенно в 2019 году, а III группы в 2020 и 2021 годы.

Рассмотрен удельный вес первично-признанных инвалидов с ограниченными возможностями здоровья с 2017 по 2021 годы по районам Ошской области (таблица 3.5.2).

По Алайскому району Ошской области в 2021 году в сравнении с 2017 годом по показателю наглядности численность впервые признанных инвалидами значительно снизилась на 22,2% (показатель наглядности - 77,8%), наибольший удельный вес лиц с ограниченными возможностями здоровья отмечался в 2017 - 20,3% (n=41) и 2019 годы - 21,2% (n=45). В 2018 и 2020 годы доля первично признанных инвалидов значительно снизилась до 11,2% (n=16) и 10,3% (n=16).

По Араванскому району Ошской области наблюдалось увеличение лиц с ограниченными возможностями здоровья в 2021 году на 85,1%, при этом показатель наглядности составлял 185,1%. Наибольший удельный вес лиц с ограниченными возможностями здоровья приходился на 2019, 2020 и 2021 годы, составляя 11,7% (n=25), 12,9% (n=20) и 13,7% (n=27). Незначительный удельный вес инвалидов наблюдался в 2017 и 2018 годы - 7,4% (n=15) и 5,6% (n=8), соответственно.

По Кара-Кульджинскому району в 2021 году число впервые признанных инвалидами снизилось в сравнении с 2017 годом на 9,6% (показатель наглядности - 90,4%). Во все годы, впервые признанные инвалидами, имели волнообразное течение без резких скачков, как увеличения, так и снижения. В 2017 году показатель составил 8,4% (n=17), 2018 - 7,7% (n=11), 2019 - 8,4% (n=18), 2020 - 10,3% (n=16) и 2021 годы - 7,6% (n=15).

Таблица 3.5.2 – Удельный вес первично-признанных инвалидами людей с ограниченными возможностями здоровья по районам Ошской области (2017-2021 гг.)

№ п/п	Район	Годы										ПН, %
		2017		2018		2019		2020		2021		
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	
1	Алайский	41	20,3	16	11,2	45	21,2	16	10,3	31	15,8	77,8
2	Араванский	15	7,4	8	5,6	25	11,7	20	12,9	27	13,7	185,1
3	Кара-Кульджинский	17	8,4	11	7,7	18	8,4	16	10,3	15	7,6	90,4
4	Ноокатский	44	21,8	33	23,0	40	18,8	28	18,1	14	7,1	32,5
5	Карасуйский	45	22,3	38	26,6	61	28,6	49	31,6	91	46,2	207,1
6	Узгенский	40	19,8	37	25,9	24	11,3	26	16,8	19	9,6	48,5
	Всего	202	100,0	143	100,0	213	100,0	155	100,0	197	100,0	-

Примечание: % - удельный вес; ПН - показатель наглядности в %.

По Ноокатскому району при высоком ежегодном удельном весе числа впервые признанных инвалидами с 2017 по 2020 годы, в 2021 году в сравнении с 2017 годом резко снизилось их число по показателю наглядности на 67,9% (показатель наглядности - 32,5%). Высокий удельный вес лиц с ограниченными возможностями здоровья наблюдался в 2017 году - 21,8% (n=44), 2018 - 23,0% (n=33), 2019 - 18,8% (n=40), 2020 - 18,1% (n=28) и снижение показателя отмечалось в 2021 году - 7,1% (n=14).

В Карасуйском районе выявлен высокий удельный вес лиц с ограниченными возможностями здоровья по всем годам. В 2021 году в сравнении с 2017 годом показатель увеличился на 107,1% (показатель наглядности - 207,1%). В 2017 году удельный вес составлял 22,3% (n=45), 2018 - 28,6% (n=38), 2019 - 28,6% (n=61), 2020 - 31,6% (n=49) и 2021 годы - 46,2% (n=91).

В Узгенском районе Ошской области с 2017 по 2021 годы наблюдалось как резкое увеличение инвалидов, так и значительное их снижение. В 2021 году в сравнении с 2017 годом их число значительно снизилось на 51,5% (показатель наглядности - 48,5%). Высокий удельный вес выявлен в 2018 году - 25,9% (n=37) и в 2017 году - 19,8% (n=40). В другие годы наблюдалось уменьшение числа инвалидов с 2019 по 2021 годы - 11,3% (n=24), 16,8% (n=26) и 9,6% (n=19).

Таким образом, по районам Ошской области значительная доля первично-признанных инвалидов в 2021 году в сравнении с 2017 годом возросла в Араванском и Карасуйском районах. Снижение отмечалось в Ноокатском, Узгенском, Алайском и незначительное уменьшение в Кара-Кульджинском районах. Самый высокий удельный вес показателя приходился на Карасуйский, Ноокатский и Алайский районы во все исследуемые годы.

Проведен анализ частоты лиц, имеющих группу инвалидности по нозологиям в Ошской области за 2017-2021 гг. (таблица 3.5.3).

Ведущее место по заболеваниям у инвалидов Ошской области занимали во все исследуемые годы умственная отсталость (олигофрения), которая была установлена с высокой частотой в 2017 году ($69,9 \pm 0,7$, n=2777).

Таблица 3.5.3 – Частота лиц, имеющих группу инвалидности по нозологиям по Ошской области (2017-2021 гг.)

№ п/ п	Нозология	Годы									
		2017 (n=3972)		2018 (n=4128)		2019 (n=4165)		2020 (n=4434)		2021 (n=4380)	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Органические расстройства	894	22,5±0,6	1285	31,1±0,7	1238	29,7±0,7	1292	29,1±0,6	1277	29,1±0,6
	в т.ч. эпилепсия	525	13,2±0,5	588	14,2±0,5	567	13,6±0,5	605	13,6±0,5	589	13,4±0,5
2	Шизофрения	800	20,1±0,6	774	18,7±0,6	721	17,3±0,5	738	16,6±0,5	754	17,2±0,5
3	Умственная отсталость (олигофрения)	2777	69,9±0,7	2069	50,1±0,7	2206	52,9±0,7	2404	54,2±0,7	2349	53,6±0,7
4	Прочие	1	0,02±0,02	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: P±m - интенсивный показатель и ошибка репрезентивности.

С 2018 по 2021 годы число лиц, имеющих группу инвалидности по данному заболеванию, было стабильным и существенных различий по годам не выявлено. В 2018 году инвалиды составили - $50,1 \pm 0,7$ ($n=2069$), 2019 - $52,9 \pm 0,7$ ($n=2206$), 2020 - $54,2 \pm 0,7$ ($n=2404$) и 2021 годы - $53,6 \pm 0,7$ ($n=2349$), $p > 0,05$.

Органические расстройства также имели высокую распространенность у лиц с группой инвалидности. Показатель находился практически на одном уровне, за исключением 2017 и 2018 годов ($22,5 \pm 0,6$, $n=894$ и $31,1 \pm 0,7$, $n=1285$, соответственно), $p > 0,05$. В 2019, 2020 и 2021 годы число инвалидов по этому заболеванию составляли ($29,7 \pm 0,7$, $n=1238$, $29,1 \pm 0,6$, $n=1292$ и $29,1 \pm 0,6$, $n=1277$, соответственно), $p > 0,05$. На такое заболевание как эпилепсия приходилось стабильное число инвалидов во все годы. В 2017 году эпилепсия составила $13,2 \pm 0,5$ ($n=525$) случаев, 2018 - $14,2 \pm 0,5$ ($n=588$), 2019 - $13,6 \pm 0,5$ ($n=567$), 2020 - $13,6 \pm 0,5$ ($n=605$) и 2021 годы - $13,4 \pm 0,5$ ($n=589$), $p > 0,05$.

В Ошской области инвалиды, имеющие такое заболевание, как шизофрения с 2017 года незначительно снижались составляя $20,1 \pm 0,6$ ($n=800$) случаев, в 2018 году их число составляло $18,7 \pm 0,6$ ($n=774$) случаев и с 2019 по 2021 годы показатель был на уровне $17,3 \pm 0,5$ ($n=721$), $16,6 \pm 0,5$ ($n=738$), $17,2 \pm 0,5$ ($n=754$), $p > 0,05$. Единичный случай по прочим заболеваниям отмечался только в 2017 году - $0,02 \pm 0,02$ ($n=1$).

Таким образом, ведущее место по нозологиям в Ошской области занимали инвалиды с умственной отсталостью (олигофренией), органическим расстройствам и шизофренией.

Проведён анализ частоты лиц с ограниченными возможностями здоровья по психическим и поведенческим расстройствам по г. Ош с 2017 по 2021 годы в динамике (таблица 3.5.4). В г. Ош в 2017 году первично признанные инвалидами составили $2,0 \pm 0,2$ случаев ($n=58$), в последующие годы число инвалидов снижается и показатель практически оставался стабильным. Так, в 2018 году снизилось число первично-признанных инвалидами на $-40,0\%$ по темпу убыли ($1,2 \pm 0,2$, $n=52$), в 2019 году отмечался нулевой прирост показателя ($1,2 \pm 0,1$, $n=37$), $p > 0,05$.

Таблица 3.5.4 – Удельный вес людей с ограниченными возможностями здоровья по г. Ош в динамике (2017-2021 гг.)

№ п/п	Показатель	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Число больных, первично-признанных инвалидов	58	2,0±0,2	52	1,2±0,2	37	1,2±0,1	44	1,4±0,2	47	1,4±0,2
	Темп прироста (%)	-	-	-	-40,0	-	0	-	+16,6	-	0
2	в т.ч. дети до 14 лет	16	0,5±0,1	15	0,5±0,1	19	0,6±0,1	27	0,8±0,1	17	0,5±0,1
	Темп прироста (%)	-	-	-	0	-	+20,0	-	+33,3	-	-37,5
3	Число больных, имеющих группы инвалидности	1144	4,0±0,01	1166	3,9±0,1	1163	3,8±0,3	1204	3,8±0,1	1219	3,7±0,1
	Темп прироста (%)	-	-	-	-2,5	-	-2,5	-	0	-	-2,6
4	в т.ч. II группа (%)	976	85,3	987	84,6	970	83,4	1204	84,6	983	80,6
	Темп прироста (%)	-	-	-	-0,8	-	-1,4	-	+1,4	-	-4,7
5	в т.ч. III группа	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Число детей инвалидов до 14 лет	168	14,7	179	15,4	193	16,6	219	15,4	236	19,4
	Темп прироста (%)	-	-	-	+4,7	-	+7,8	-	-7,2	-	+25,9

Примечание: P±m - интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

В 2020 и 2021 годы показатель незначительно повысился, так в 2020 году на +16,6% по темпу прироста и составлял $1,4 \pm 0,2$ ($n=44$), а в 2021 году при показателе $1,4 \pm 0,2$ ($n=47$), $p > 0,05$, наблюдался нулевой прирост. Число детей, первично-признанных инвалидами в 2016 и 2017 годы оставалось на уровне $0,5 \pm 0,1$ ($n=16$ и $n=15$) случаев, $p > 0,05$, при нулевом приросте показателя. В 2019 и 2020 годы показатель первичной инвалидности составлял $0,6 \pm 0,1$ ($n=19$) и $0,8 \pm 0,1$ ($n=27$) случаев, $p > 0,05$, а темп прироста +20,0% и +33,3%, в 2021 году наблюдалось снижение ($0,5 \pm 0,1$, $n=17$), в динамике на -37,5%, $p > 0,05$. Число больных, имеющих группу инвалидности по г. Ош практически оставалось стабильным. В 2018 году, в сравнении с 2017 годом показатель составил $4,0 \pm 0,1$ ($n=1144$) снизился по темпу убыли на -2,5% ($3,9 \pm 0,1$, $n=1166$), $p > 0,05$. В последующие годы также наблюдалось стабильное снижение показателя. В 2019 году на -2,5% ($3,8 \pm 0,3$, $n=1163$), $p > 0,05$, в 2020 году выявлен отрицательный прирост ($3,8 \pm 0,1$, $n=1423$) и в 2021 году наблюдалось снижение на -2,6% ($3,7 \pm 0,1$, $n=1219$), $p > 0,05$.

От общего числа больных, имеющих группу инвалидности в 2017 году, инвалиды II группы составили 85,3% ($n=976$) и дети - 14,7% ($n=168$). В 2018 году снизились на -0,8% (84,6%, $n=987$), в 2019 году наблюдалась такая же ситуация, удельный вес инвалидов II группы также снизился на -1,4% (83,4%, $n=970$). В 2020 году число инвалидов увеличивается на +1,4% (84,6%, $n=1204$), а в 2021 году их число опять снижается на -4,7% (80,6%, $n=983$).

Во все исследуемые годы инвалидность III группы у лиц с ограниченными возможностями здоровья не было установлено ни одного случая. Число детей инвалидов до 14 лет по годам увеличивалось. В 2018 году удельный вес лиц с ограниченными возможностями здоровья увеличился на +4,7% по темпу прироста (15,4%, $n=179$), в 2019 на +7,8% (16,6%, $n=193$) и 2021 годы на +25,9% (19,4%, $n=236$). В 2020 году число детей инвалидов снизилось на -7,2% (15,4%, $n=219$).

Таким образом, число больных первично-признанных инвалидами увеличилось в 2020 году, а детей до 14 лет в 2019 и 2020 годы. С

ограниченными возможностями здоровья имеющих группу инвалидности снижалось с 2017 по 2021 годы. Число детей до 14 лет с группой инвалидности значительно увеличилось в 2018, 2019 и 2021 годы. Инвалиды II группы особенно возросли в 2020 году и III группы не было ни одного случая.

Рассмотрено число больных, имеющих группу инвалидности по основным нозологиям в г. Ош за 2017-2021 годы (таблица 3.5.5). В исследуемые годы наиболее чаще установлена группа по органическим расстройствам. С 2017 по 2021 годы органические расстройства были не только преобладающими заболеваниями, но и находились на стабильном уровне. В 2017 году составляли $41,8 \pm 1,1$ ($n=478$), 2018 - $41,9 \pm 1,4$ ($n=489$), 2019 - $41,8 \pm 1,4$ ($n=486$), 2020 - $41,4 \pm 1,4$ ($n=499$) и в 2021 годах - $41,2 \pm 1,4$ ($n=502$), $p > 0,05$. В том числе, распространенность эпилепсии по группам инвалидности также во все годы оставалась стабильной по показателю. В 2017 году наблюдалось $18,8 \pm 1,1$ ($n=216$) случаев, 2018 - $18,6 \pm 1,1$ ($n=217$), 2019 - $18,6 \pm 1,1$ ($n=217$), 2020 - $18,9 \pm 1,1$ ($n=228$) и в 2021 годы - $18,8 \pm 1,1$ ($n=229$), $p > 0,05$. Шизофрения по г. Ош также занимала одно из ведущих заболеваний по группе инвалидности и находилась практически на одном уровне по годам. В 2017 году - $28,8 \pm 1,3$ ($n=330$) случаев, 2018 - $28,5 \pm 1,3$ ($n=333$), 2019 - $28,6 \pm 1,3$ ($n=333$), 2020 - $28,4 \pm 1,2$ ($n=342$) и в 2021 годы - $27,9 \pm 1,2$ ($n=341$), $p > 0,05$. Умственная отсталость (олигофрения) с 2017 по 2021 годы имела волнообразное течение. Так в 2017 году была установлена инвалидность у $27,8 \pm 1,3$ ($n=319$), в 2018 у $29,5 \pm 1,3$ ($n=344$), 2019 у $29,3 \pm 1,3$ ($n=341$), 2020 у $30,1 \pm 1,3$ ($n=363$) и в 2021 годы у $30,8 \pm 1,3$ ($n=376$), $p > 0,05$. Прочие заболевания, по которым установлена группа инвалидности, отмечались только в 2017 году - $1,4 \pm 0,3$ ($n=17$).

Таким образом, по г. Ош с 2017 по 2021 годы группа инвалидности у людей с ограниченными возможностями здоровья установлена по таким основным заболеваниям, как органические расстройства, в т.ч. эпилепсия, шизофрения, умственная отсталость (олигофрения), которые во все указанные годы практически находились на одном уровне, за исключением умственной отсталости, которая незначительно увеличилась в 2020 и 2021 годы.

Таблица 3.5.5 – Число больных, имеющих группу инвалидности по нозологиям по г. Ош (2017-2021 гг.)

№ п/п	Наименование болезней	Годы									
		2017 (n=1144)		2018 (n=1166)		2019 (n=1163)		2020 (n=1204)		2021 (n=1219)	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Органические расстройства	478	41,8±1,4	489	41,9±1,4	486	41,8±1,4	499	41,4±1,4	502	41,2±1,4
	в т.ч. эпилепсия	216	18,8±1,1	217	18,6±1,1	217	18,6±1,1	228	18,9±1,1	229	18,8±1,1
2	Шизофрения	330	28,8±1,3	333	28,5±1,3	333	28,6±1,3	342	28,4±1,2	341	27,9±1,2
3	Умственная отсталость (олигофрения)	319	27,8±1,3	344	29,5±1,3	341	29,3±1,3	363	30,1±1,3	376	30,8±1,3
4	Прочие	17	1,4±0,3	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: P±m - интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

3.6 Динамика диспансеризации пациентов с психическими и поведенческими расстройствами

Ошский областной центр психиатрии и наркологии оказывает психиатрическую медицинскую помощь населению на амбулаторном и стационарном уровнях. Кроме того, работает Центр психического и психотерапевтического консультирования «Диалог», в котором ведут прием пациентов и их консультирование врачи психотерапевты и психологи, оказывая им лечебно-коррекционную помощь.

На диспансерном наблюдении по Ошской области (таблица 3.6.1) состоят на учете с 2017 по 2021 годы стабильное число больных, существенных различий по годам не выявлено. В 2017 году состояли на учете $7,0 \pm 0,007$ пациентов ($n=9207$) с психическими заболеваниями (на 100000 населения), в 2018 – $6,9 \pm 0,07$ ($n=9417$), в 2019 – $7,0 \pm 0,07$ ($n=9555$), в 2020 – $7,0 \pm 0,07$ ($n=9371$) и в 2021 годах – $6,6 \pm 0,06$ ($n=9340$), $p > 0,05$. Увеличение числа пациентов в динамике отмечалось только в 2019 году на +1,4%, в другие годы число больных снижалось, в 2018 году на -1,4%, в 2021 году на -5,7%, а в 2020 году наблюдался нулевой прирост.

Таким образом, по Ошской области при стабильном уровне числа больных с 2017 по 2021 годы в основном наблюдалось некоторое снижение числа пациентов, поступающих в ошский областной центр психиатрии и наркологии, за исключением 2019 года.

По г. Ош в изучаемые годы число диспансерных больных также находилось на стабильном уровне. В 2017 году под наблюдением состояло $15,1 \pm 0,2$ пациентов ($n=4329$), в 2018 - $14,7 \pm 0,2$ ($n=4387$), в 2019 - $14,3 \pm 0,2$ ($n=4479$), в 2020 - $16,3 \pm 2,2$ ($n=5184$) и в 2021 годах $13,6 \pm 0,2$ ($n=4480$), $p > 0,05$. Однако, с 2017 по 2021 годы наблюдалась тенденция незначительного снижения числа диспансерных пациентов в динамике. В 2018 году темп убыли составил -2,6%, в 2019 -2,7%, в 2020 +13,9% и в 2021 годах -13,6%.

Таблица 3.6.1 – Динамика диспансерных пациентов, состоящих на амбулаторно-поликлиническом учете в Ошском областном центре психиатрии и наркологии

№ пп	Показатель	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m
1	Ошская область	9207	7,0±0,07	9417	6,9±0,07	9555	7,0±0,07	9371	7,0±0,07	9340	6,6±0,06
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-1,4	-	+1,4	-	0	-	-5,7
2	г. Ош	4329	15,1±0,2*	4387	14,7±0,2*	4479	14,3±0,2*	5184	16,3±2,2*	4480	13,6±0,2*
	Темп прироста/убыли (%)	-	-	-	-2,6	-	-2,7	-	+13,9	-	-16,5

Примечание: P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности на 100 000 пациентов; достоверность различий - * - p<0,001.

Таким образом, по г. Ош выявлена динамика незначительного снижения диспансерных пациентов в 2018, 2019 и 2021 годы, тогда как в 2020 году наблюдалось резкое увеличение.

При проведении оценки динамики диспансеризации больных с психическими заболеваниями по Ошской области и г. Ош выявлено, что по г. Ош в 2 и более раз выше показатель, чем по Ошской области. Так, уровень диспансерных больных в 2017 году составлял - $15,1 \pm 0,2$ и $7,0 \pm 0,07$, соответственно, $p < 0,001$, аналогичная ситуация наблюдалась в 2018 году ($14,7 \pm 0,2$ и $6,9 \pm 0,07$, соответственно), $p < 0,001$, в 2019 году ($14,3 \pm 0,2$ и $7,0 \pm 0,07$, соответственно), $p < 0,001$, в 2020 году ($16,3 \pm 2,2$ и $7,0 \pm 0,07$, соответственно), $p < 0,001$ и в 2021 году ($13,6 \pm 0,2$ и $6,6 \pm 0,06$, соответственно), $p < 0,001$.

Таким образом, по Ошской области в целом показатель диспансеризации ниже, чем по г. Ош, но в динамике выявлено незначительно увеличение диспансерных больных только в 2019 году по Ошской области, а по г. Ош в 2020 году.

На амбулаторном наблюдении в Ошском областном центре психиатрии и наркологии состоят на учете дети и подростки, которым проводится не только купирование обострений, назначение поддерживающей терапии, но и оказывается консультативная помощь (таблица 3.6.2). По области состояли на учете в 2017 году всего 9207 пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, из них 92,3% взрослые ($n=8501$), дети – 5,0% ($n=458$) и подростки – 2,7% ($n=248$). В 2018 году при таком же числе пациентов, состоящих на учете ($n=9417$), взрослые составили 92,8% ($n=8541$), дети – 5,2% ($n=485$) и подростки – 2,0% ($n=181$). В 2019 году возросло число находящихся под наблюдением до 9555 пациентов, из них незначительно увеличилась доля взрослых – 93,2% ($n=8776$), удельный вес детей несколько снизился – 4,7% ($n=444$), подростки составили 2,1% ($n=197$). В 2020 году несколько снизилось число пациентов с психическими и поведенческими расстройствами ($n=9371$), при этом взрослые пациенты составили 92,3% ($n=8819$), дети – 5,8% ($n=551$) и подростки – 1,9% ($n=185$).

Таблица 3.6.2 – Удельный вес взрослых, детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами

№ пп	Регион/город	Контент	Годы									
			2017		2018		2019		2020		2021	
			п	уд. вес (%)	п	уд. вес (%)	п	уд. вес (%)	п	уд. вес (%)	п	уд. вес (%)
1	Ошская область	Всего на учете	9207	100,0	9417	100,0	9555	100,0	9371	100,0	9340	100,0
		из них взрослые	8501	92,3	8541	92,8	8776	93,2	8819	92,3	8469	90,4
		дети	458	5,0	485	5,2	444	4,7	551	5,8	692	7,4
		подростки	248	2,7	181	2,0	197	2,1	185	1,9	210	2,2
		Всего дети и подростки	706	7,7	666	7,2	641	6,8	736	7,7	902	9,6
2	г. Ош	Всего на учете	4329	100,0	4387	100,0	4479	100,0	5184	100,0	4480	100,0
		из них взрослые	3868	89,3	3931	89,6	3926	89,5	4741	91,5	4050	90,4
		дети	313	7,2	308	7,0	313	7,1	326	6,3	313	7,0
		подростки	148	3,5	148	3,4	148	3,4	117	2,2	117	2,6
		Всего дети и подростки	461	10,7	456	10,4	461	10,5	443	9,9	430	9,6

Примечание: п – абсолютное число.

В 2021 году на амбулаторном наблюдении находились 9340 пациентов, из них взрослые – 90,4% (n=8469), число детей возросло до 7,4% (n=692) и подростков – 2,2% (n=210).

Таким образом, с 2017 по 2021 годы в Ошском областном центре психиатрии и наркологии г. Ош находились на амбулаторном наблюдении практически стабильное число больных, за исключением 2019, 2020 и 2021 годов. Значительно возросло число детей с 2017 по 2021 годы, особенно в 2021 году, при стабильном удельном весе подростков с психическими и поведенческими расстройствами. В 2017 году состояли на учете 4329 пациентов, из них взрослые составили 89,3% (n=3868), дети – 7,2% (n=313) и подростки – 3,5% (n=148). В 2018 году при таком же числе находящихся под наблюдением (n=4387) пациентов удельный вес взрослых незначительно увеличился до 89,6% (n=3931), а доля детей и подростков незначительно снизилась и составила 7,0% и 3,4% (n=308 и n=148, соответственно). В 2019 году число лиц с психическими и поведенческими расстройствами возросло (n=4479), взрослые составили 89,5% (n=3926), а удельный вес детей и подростков остался на уровне 2018 года – 7,1% и 3,4% (n=313 и n=148, соответственно). В 2020 году под наблюдением в Ошском областном центре психиатрии и наркологии увеличилось число пациентов (n=5184), из них составили взрослые пациенты – 91,5% (n=4741), а удельный вес детей – 6,3% (n=326), тогда как доля подростков, состоящих на учете, снизилась до 2,2% (n=117).

Таким образом, по г. Ош на амбулаторном наблюдении в Ошском областном центре психиатрии и наркологии находилось стабильное число пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, за исключением 2020 года, когда их число несколько возросло. Взрослые пациенты составили больший удельный вес, доля детей и подростков также находилась на одном уровне, за исключением удельного веса подростков, который снизился в 2020 и 2021 годах.

3.7 Оценка деятельности Ошского областного центра психиатрии и наркологии

Деятельность Ошского областного центра психиатрии и наркологии Ошской области с 2017 по 2021 годы представлена следующими показателями (таблица 3.7.1). Число развернутых коек на 10 000 населения остается стабильным. Обеспеченность населения койками составляла в 2017 году – $1,3 \pm 0,09$ ($n=170$), в 2018, 2019, 2020 и 2021 годах – $1,2 \pm 0,09$ ($n=170$), $p > 0,05$. Число поступивших больных по годам снижалось. В 2017 году показатель составил $14,8 \pm 0,3$ ($n=1937$), в 2018 году – $13,3 \pm 0,3$ ($n=1737$), в 2019 году – $12,5 \pm 0,9$ ($n=1670$), в 2020 году – $9,0 \pm 0,2$ ($n=1242$) и в 2021 году показатель незначительно повысился и составил $12,0 \pm 0,2$ ($n=1690$), $p > 0,05$, но при этом существенной разницы в исследуемые годы не выявлено. В динамике число поступивших больных значительно снижалось с 2018 по 2020 годы (на -20,8%, -6,0%, -28,0%, соответственно). В 2021 году отмечалось увеличение числа поступивших больных на +33,3%. Проведенные больными койко-дни к числу выбывших из стационара по годам значительное возросло в 2020 году, составляя 46,0 дней, по темпу прироста увеличение составило +27,4% и в 2019 году - 36,1 дней, темп прироста увеличился на +12,4%. Нулевой прирост выявлен в 2018 году при показателе 32,1 дня. В 2021 году больные провели в стационаре 34,8 дня, но при этом в динамике показатель снизился на -24,3%.

Работа койки в году составляла от 335,2 дней в 2017, 2018, 2019 годах, в 2020 году показатель незначительно увеличился до 357,4 и в 2021 году - 340,9 дней. Темп прироста значительно возрос в 2020 году на +6,5%, а в 2021 году снизился на -4,6%, а нулевой прирост отмечался в 2018 и 2019 годах. Оборот койки находился практически на одном уровне в исследуемые годы. Так 2017, 2018 годах оборот койки составил 10,2, в 2019 – 10,5, 2020 – 9,8 и в 2021 году – 9,9.

Динамика прироста увеличения работы койки отмечалась только в 2019 году на +2,9 и в 2021 году на +1,0%.

Таблица 3.7.1 – Показатели деятельности Ошского областного центра психического здоровья в динамике (2017-2021 гг.)

№ пп	Показатель	Годы									
		2017		2018		2019		2020		2021	
		n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m
1	Число развернутых коек (на 10 000 населения)	170	1,3±0,09	170	1,2±0,09	170	1,2±0,09	170	1,2±0,09	170	1,2±0,09
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-	-	-7,6	-	0	-	0	-	0
2	Поступило больных	1937	14,8±0,3	1737	13,3±0,3	1670	12,5±0,9	1242	9,0±0,2	1690	12,0±0,2
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-	-	-20,8	-	-6,0	-	-28,0	-	+33,3
3	Проведено больными койко-дней	1689	32,1	1774	32,1	1680	36,1	60505	46,0	58811	34,8
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-	-	0	-	+12,4	-	+27,4	-	-24,3
4	Работа койки	-	335,2	-	335,4	-	335,4	-	357,4	-	340,9
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-	0	+0,05	-	0	-	+6,5	-	-4,6
5	Оборот койки	-	10,2	-	10,2	-	10,5	-	9,8	-	9,9
	Темп прироста/ убыли (%)	-	0	-	0	-	+2,9	-	-6,6	-	+1,0
6	Среднее пребывание больного	-	30,1	-	29,9	-	36,1	-	43,7	-	32,4
	Темп прироста/ убыли (%)	-	-	-	-2,6	-	+20,7	-	+21,0	-	-25,8
7	Повторная госпитализация (%)	-	31,7	-	31,7	-	31,7	-	29,6	-	28,3
	Темп прироста/ убыли (%)	-	0	0	-	-	0	-	-6,6	-	-4,4

Примечание: n – число наблюдений; P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

В 2018 и 2019 годах выявлен нулевой прирост. Среднее пребывание больного на койке снижалось с 2017 по 2018 годы составляя 30,1 и 29,9 дней на -2,6%. В 2019, 2020 годы среднее пребывание - 36,1 и 43,7 дней, соответственно, в динамике по темпу прироста увеличение составляло +20,7% и +21,0%. В 2021 году среднее пребывание больного на койке значительно снизилось до 32,4 дня на -25,8%. В связи с тем, что из-за отсутствия социальной и материальной поддержки пациентов, большинство больных поступают на повторную госпитализацию, показатель составил с 2017 по 2019 годы 31,7%, соответственно. В 2020 и 2021 годах уровень госпитализации несколько снизился с 29,6% в 2020 году до 28,3% в 2021 году.

Таким образом, деятельность Ошского областного Центра психиатрии и наркологии в исследуемые годы при стабильном числе развернутых коек, уменьшилось количество поступивших больных в 2020 и 2021 годах, при этом снизилось число проведенных больными койко-дней, соответственно работа койки. При высоком уровне среднего пребывания больного в стационаре в 2019, 2020, 2021 годах снизился уровень повторной госпитализации в эти годы.

Проведен анализ занятых должностей врачами-психиатрами по районам Ошской области (таблица 3.7.2). Только в Кара-Суйском районе и Алайском районах работают врачи-психиатры, в остальных районах должность врачей психиатров совмещают врачи других специальностей: хирурги, неврологи, травматологи. В Алайском районе норматив обеспеченности врачами психиатрами составляет 1,5 ставки, занято 1,5 ставки одним физическим лицом. В Араванском районе при нормативе обеспеченности 7 ставок, всего занято 1,5 ставки одним физическим лицом, врачом психиатром. По Кара-Кульджинскому району ситуация обеспеченности врачами психиатрами очень тревожная. При нормативе 4,3 ставки, занято всего 0,5 ставки, которые совмещает один врач невролог. В Кара-Суйском районе всего по нормативу обеспеченности врачами психиатрами должно быть 22,9 ставки, занято 3 ставки двумя физическими лицами.

Таблица 3.7.2 – Обеспеченность врачами психиатрами населения районов Ошской области (1,5ст=15психиатров)

№ пп	Районы	Норматив обеспеченности (ставки)	Занято (ставки)	Физические лица
1	Алайский	1,5	1,5	1
2	Араванский	7,0	1,5	1
3	Кара-Кульджинский	4,3	0,5	1 совмещает врач невролог
4	Карасуйский	22,9	3,0	2
5	Узгенский	12,0	3,0	2
6	Ноокатский	14,5	3,0	2
7	Чон-Алайский	1,3	0	0
8	г. Ош	15,0	1,5	1,0

По Узгенскому району также наблюдается нехватка врачей психиатров при нормативе 12 ставок, занято только 3 ставки двумя физическими лицами. В Ноокатском районе норматив обеспеченности врачами психиатрами составляет 14,5 ставки, занято 3 ставки двумя физическими лицами. По Чон-Алайском районе при нормативе 1,3 ставки, нет врачей психиатров.

По г. Ош также обеспеченность населения врачами психиатрами недостаточная. При нормативе 15 ставок, занято всего 1,5 ставки одним физическим лицом, врачом психиатром.

Таким образом, по всем районам, за исключением Алайского района Ошской области, наблюдается значительная нехватка врачей психиатров. Особенно по Кара-Кульджинскому району, т.к. в данном районе совмещает должность врача психиатра врач невролог, а по Чон-Алайскому району нет ни одного врача психиатра. При достаточно высокой численности населения по районам Ошской области и г. Ош наблюдается тревожная обстановка по организации психиатрической помощи, что подтверждается высокой частотой распространённости психических заболеваний на фоне низкой обеспеченности специалистами.

В клиническую ординатуру Южного филиала Кыргызского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова в общем поступило в 2017 году - 260, 2018 году – 314, 2019 году – 226, 2020 году – 327, 2021 году – 187, 2022 году – 159 клинических ординаторов. Из них на специальность «Психиатрия» только 10 клинических ординаторов в 2021 году. При этом в Ошский государственный университет поступило в общем в 2017 году - 373, 2018 году – 352, 2019 году – 436, 2020 году – 338, 2021 году – 302, 2022 году – 259 клинических ординаторов. Из них на специальность «Психиатрия» в 2019 году - 1, 2020 году - 3, 2021-2022 по одному клиническому ординатору.

Для решения проблемы укомплектования врачами психиатрами необходимо проведение профориентационной работы среди студентов медиков.

Психолого-психиатрическая помощь населению в период чрезвычайных ситуаций. Ошский областной центр психиатрии и наркологии с 2017 по 2023 годы включительно постоянно оказывается психолого-психиатрическая помощь не только населению Ошской области, но и всего южного региона при чрезвычайных ситуациях. С 30 апреля по 5 февраля 2021 г. оказана психологическая и психотерапевтическая помощь мобильной бригадой (психотерапевт - 2, психолог - 2, юрист) пострадавшему в результате кыргызско-таджикского конфликта населению, проживающему в школах, частных гостиницах и частных домах, расположенных в г. Баткен, Баткенская область. Всего психологическую и психотерапевтическую помощь получили 212 человек.

При природных катаклизмах (землетрясение, сели) создаются мобильные бригады, оказывающие психологическую и психиатрическую помощь, обеспечивающие население лекарствами. В 2017 году мобильная группа с 5 апреля по 5 июля 2017 года оказывала психологическую и психотерапевтическую помощь пострадавшим (n-737) от землетрясения в селах Карамык и Кара-Теит Чон-Алайского района.

В апреле 2022 года в связи с приграничным кыргызско-таджикским конфликтом в Баткенской области с 20 апреля по 25 апреля 2022 года оказали психиатрическую и психологическую помощь в общей сложности 310 людям, пострадавшим от массовых беспорядков, из них 193 человека с острой реакцией на стресс и 2 человека с легким депрессивным эпизодом, без психотических эпизодов, были назначены соответствующие лекарства и оказана медицинская помощь. В сентябре 2022 года в связи с кыргызско-таджикской приграничной зоной в Баткенской области 4 бригады по 4 психиатра и психолога выехали и оказали психиатрическую и психологическую помощь более чем 600 людям, пострадавшим в результате беспорядков, среди них у многих были диагностированы острая стрессовая реакция и легкий депрессивный эпизод, без психотических эпизодов и получили соответствующие лекарства.

Заключение. В Кыргызской Республике в динамике отмечался прирост учтенной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в 2019 и 2021 годы. Учетная и консультативная заболеваемость показала прирост в целом и взрослого населения в 2016-2017 и 2021 годы. У детей до 14 лет и подростков 15-17 лет самые высокие показатели выявлены при всех видах заболеваемости в 2019 году, за исключением учтенной и консультативной заболеваемости в 2020 году у детей. Для населения Ошской области характерна в целом тенденция снижения учтенной заболеваемости, увеличения учтенной и консультативной заболеваемости в 2016 и 2021 годы. Незначительный прирост среди взрослого населения учтенной заболеваемости выявлен в 2018 и 2021 годы, учтенной и консультативной в 2016 и 2018 годы. Самые высокие показатели выявлены при всех видах заболеваемости у детей в 2017 и 2019 годы, а подростков в 2016 и 2019 годы. На фоне относительной стабильности частоты и распространенности заболеваемости по Ошской области, наблюдаются различия по районам. При этом, выявлен высокий уровень первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в Карасуйском, Узгенском и Ноокатском районах Ошской области.

Ведущее место занимают органические состояния, включая эпилепсию, шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства, болезнь Альцгеймера (деменции), а также невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, которые выявлены с высокой частотой обращаемости особенно в 2021 году. По г. Ош резкий скачок первичной заболеваемости отмечен в 2020 году, причем по всем нозологиям, за исключением случаев шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств. У детей и подростков ведущими нозологиями являются органические состояния, включая эпилепсию, умственная отсталость, деменции при заболеваниях. Причинами сложившейся ситуации явились ограничение доступности населению сельских районов специализированной психиатрической помощи, отсутствие и низкая обеспеченность врачами психиатрами, психологами, особенно детского профиля.

Несмотря на снижение фактической заболеваемости, наблюдается превышение прогнозной заболеваемости, характеризующая низкую доступность ввиду отсутствия врачей психиатров и психологов в районах Ошской области.

По Ошской области число больных, первично признанных инвалидами резко возросло в 2019 и 2021 годы, в т.ч. детей до 14 лет. Число больных, имеющих группу инвалидности, увеличилось в 2019 и 2020 годы, в т.ч. детей инвалидов до 14 лет в 2018, 2020 и 2021 годы. Имеющие инвалидность II группы также значительно увеличились, особенно в 2019 году, а III группы в 2020 и 2021 годы. По районам Ошской области значительная доля первично признанных инвалидов в 2021 году в сравнении с 2017 годом возросла в Араванском и Карасуйском районах. Снижение отмечалось в Ноокатском, Узгенском, Алайском и незначительное уменьшение в Кара-Кульджинском районах. Самый высокий удельный вес показателя приходился на Карасуйский, Ноокатский и Алайский районы во все исследуемые годы. Ведущее место по нозологиям в Ошской области занимали инвалиды с умственной отсталостью (олигофренией), органическим расстройствам и шизофренией. Число больных

первично-признанных инвалидами увеличилось в 2020 году, а детей до 14 лет в 2019 и 2020 годы. С ограниченными возможностями здоровья имеющих группу инвалидности снижалось с 2017 по 2021 годы. Число детей до 14 лет с группой инвалидности значительно увеличилось в 2018, 2019 и 2021 годы. Инвалиды II группы особенно возросли в 2020 году и III группы не было ни одного случая.

По г. Ош с 2017 по 2021 годы группа инвалидности у людей с ограниченными возможностями здоровья установлена по таким основным заболеваниям, как органические расстройства, в т.ч. эпилепсия, шизофрения, умственная отсталость (олигофрения), которые во все указанные годы практически находились на одном уровне, за исключением умственной отсталости, которая незначительно увеличилась в 2020 и 2021 годы.

В Ошской области при стабильном уровне числа больных с 2017 по 2021 годы в основном наблюдалось некоторое снижение числа пациентов, обратившихся в Ошский областной центр психиатрии и наркологии, за исключением 2019 года. По г. Ош выявлена динамика незначительного снижения диспансерных пациентов во все исследуемые годы. В целом показатель диспансеризации по Ошской области ниже, чем по г. Ош, но в динамике выявлено незначительно увеличение диспансерных больных в 2019 году, а по г. Ош показатель оставался стабильный во все исследуемые годы.

Первичная заболеваемость по Ошской области снижалась в 2017-2019 и 2021 годах, за исключением 2020 года, а консультативная помощь пациентам имела тенденцию незначительного увеличения в 2019-2020 годы и резком снижении проведения консультаций в 2021 году. В г. Ош первичная заболеваемость имела тенденцию увеличения в 2019 и 2021 годах, тогда, как консультативная помощь, оказываемая врачами Ошского областного центра психиатрии и наркологии, в основном резко возросла в 2021 году, что связано с распространением COVID-19. По Ошской области выявлена тенденция увеличения обращаемости и проведенных консультаций в 2018 и 2019 годы, снижение в 2020 и 2021 годы. Распространенность психических заболеваний по г. Ош имела тенденцию увеличения в 2019 и 2020 годах, снижение отмечалось

в 2018 и 2021 годах. Проведенные консультации пациентам резко возросли в 2019 и 2021 годах.

Полученные результаты позволяют отметить, что волнообразная динамика показателя первичной заболеваемости, высокая инвалидность при психических и поведенческих расстройствах, связана с низкой доступностью медицинской помощи, отсутствием специалистов в отдельных регионах, слабой обращаемостью в организации здравоохранения.

ГЛАВА 4

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

4.1 Медико-социальная характеристика пациентов с коронавирусной инфекцией

COVID-19 один из самых тяжелых кризисов общества и здравоохранения, неблагоприятная по последствиям для психического здоровья населения [27, 65, 93, 120, 151]. Каждый год в мире свыше 264 млн. человек страдают депрессией; люди с тяжелыми психическими расстройствами умирают на 10-20 лет раньше, чем население в целом; в странах с низким и средним уровнем дохода от 76% до 85% людей страдают психическими расстройствами; мировая экономика теряет более 1 трлн. долларов в год из-за депрессивных состояний трудоспособных граждан. В период пандемии массовая изоляция населения спровоцировала волну психологического напряжения. Уровень стресса оказался высоким не только у сидящих дома здоровых граждан, но и у тех, кто получал лечение в стационарах, их близких и родственников [15, 61, 158].

В исследованиях Xiao et al. (2020) отмечается, что у лиц, которые находятся на изоляции 14 дней и более средний балл шкалы тревоги составляет $55,4 \pm 14,3$ баллов, то есть соответствует тревоге уверенного уровня, коррелируемой со стрессом выраженного характера и отрицательно влияющей на сон, социальные взаимоотношения [175]. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека проявляется по данным Островского Д. И. и соавт. (2020) в тревоге и депрессии, составляющих в среднем от 16 до 28%, нарушениях сна и в 8% случаев сопровождается выраженным стрессом, что исходя из современных представлений о работе

психики является общими психологическими реакциями на пандемию [65]. Пациенты, у которых были симптомы ОРВИ и как они считают «плохой» иммунитет, имели более высокие показатели тревоги и депрессии. При этом, их информирование о симптомах и мерах профилактики приводило к достоверному снижению тревоги и депрессии [175]. В некоторых исследованиях указывается увеличение количества психических расстройств, обусловленных неопределенностью, непредсказуемостью заболевания, большим потоком информации в средствах массовой информации, социальной изоляцией и отмечается важность оказания психиатрической помощи во время пандемий [6, 175]. Неблагоприятные последствия COVID-19 на психическое здоровье населения диктуют необходимость анализа медико-демографического и социального профиля пациентов для полноты оценки влияния пандемии и дальнейшего роста соматических и психических заболеваний.

Из общего числа обратившихся (n=385) пациентов в обсерватории г. Ош, расположенные в пяти пунктах (таблица 4.1.1), мужчины составили $47,5 \pm 2,5$ (n=183) и женщины - $52,5 \pm 2,5$ на 100 пациентов (n=202), $p > 0,05$ [2]. Среди мужчин и женщин в основном преобладали возрастные группы 40-49, 50-59 и 30-39 лет, на другие возрастные группы приходилась незначительная часть.

Таблица 4.1.1 - Возрастной состав пациентов по полу и возрасту

№ п/п	Возраст (n=385) (лет)	Мужчины (n=183)		Женщины (n=202)	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	18-29	7	1,8±0,4	5	1,3±0,5*
2	30-39	37	9,6±1,5	43	11,2±1,6*
3	40-49	83	21,6±2,0	91	23,6±2,1*
4	50-59	41	10,6±1,5	34	8,8±1,4*
5	60-69	4	1,0±0,5	20	5,2±1,1**
6	70 и старше	11	2,9±0,8	9	2,4±0,7*
	Всего	183	47,5±2,5	202	52,5±2,5*

Примечание - P±m – интенсивный показатель на 100 пациентов и ошибка репрезентативности, * - $p > 0,05$; ** - $p < 0,001$.

Так среди женщин больше было в возрастной группе 40-49 лет ($23,6 \pm 2,1$), чем мужчин ($21,6 \pm 2,0$), $p > 0,05$. В 50-59 лет, наоборот, было больше мужчин ($10,6 \pm 1,5$), чем женщин этой возрастной группы ($8,8 \pm 1,4$), $p > 0,05$. В 30-39 лет женщины составили ($11,2 \pm 1,6$), тогда как мужчины ($9,6 \pm 1,5$), $p > 0,05$. На другие возрастные группы 18-29 лет приходилось ($1,8 \pm 0,4$ и $1,3 \pm 0,5$, соответственно), $p > 0,05$, 60-69 лет ($1,0 \pm 0,5$ и $5,2 \pm 1,1$, соответственно), $p < 0,01$, 70 лет и старше ($2,9 \pm 0,8$ и $2,4 \pm 0,7$, соответственно), $p > 0,05$.

По уровню образования наибольший удельный вес составили женщины, имеющие высшее – $58,4\%$ ($n=118$) и среднее образование – $37,6\%$ ($n=76$), на долю с незаконченным высшим образованием приходилось – $4,0\%$ ($n=8$). Среди мужчин было больше пациентов со средним образованием – $61,2\%$ ($n=112$) и незаконченным высшим – $29,5\%$ ($n=54$). Высшее образование имели только – $9,3\%$ ($n=17$) пациентов [2]. На момент обследования работающих мужчин было $72,1\%$ ($n=132$), не работающих соответственно – $27,9\%$ ($n=51$). Доля неработающих женщин была выше, чем работающих ($46,0\%$ $n=93$ и $54,0\%$ $n=109$, соответственно). Большинство мужчин были женаты – $61,2\%$ ($n=112$), не состоящие в браке составили – $24,0\%$ ($n=44$) и были разведены – $14,8\%$ ($n=27$). Семейное положение женщин несколько отличалось. Так находящихся в браке было $68,3\%$ ($n=138$), разведенных $20,3\%$ ($n=41$) и не состоящих в браке – $11,4\%$ ($n=23$). По числу детей женщины имели в основном по 3-4 ребенка – $46,0\%$ ($n=93$), 1-2 – $28,2\%$ ($n=57$), более 4-х – $17,4\%$ ($n=35$) и не имели детей – $8,4\%$ ($n=17$), мужчины имели по 1-2 ребенка – $44,2\%$ ($n=81$), 3-4 – $37,8\%$ и более 4-х – $18,0\%$.

Таким образом, в социологическом опросе по влиянию пандемии коронавирусной инфекции на состояние психического здоровья, участвовало больше женщин – $52,5 \pm 2,5$, чем мужчин $47,5 \pm 2,5$, $p > 0,05$. У женщин и мужчин в основном возрастной состав был представлен возрастными группами 40-49, 30-39 и 50-59 лет. По уровню образования среди женщин был выше удельный вес имеющих высшее образование, у мужчин среднее. По количеству детей

женщины в основном имели 3-4 ребенка, мужчины 1-2. Работающих мужчин было больше, чем женщин.

Медицинские работники подвержены большому стрессу и имеют высокие риски возникновения неблагоприятных последствий для психического здоровья во время эпидемий и пандемий, включая вспышку COVID-19 [176].

Из числа пациентов, участвующих в социологическом опросе (Табл. П 1.2.) было достоверно больше тех, кто не работал в системе здравоохранения ($66,0 \pm 2,4$), чем работающих в этой сфере на момент пандемии COVID-19 ($34,0 \pm 2,4$), $p < 0,001$. Работающие женщины в системе здравоохранения составили $18,7 \pm 1,9$, мужчины – $15,3 \pm 1,8$, $p > 0,05$. В целом, из числа пациентов, участвующих в социологическом опросе, работающих пациентов в системе здравоохранения было меньше в 1,9 раз от общего числа. Среди мужчин и женщин, не работающих в системе здравоохранения, не выявлено достоверных различий ($32,2 \pm 2,3$ и $33,8 \pm 2,4$, соответственно), $p > 0,05$ [2]. Работали в период изоляции $49,1 \pm 2,5$ опрошенных, не работали - $50,9 \pm 2,5$, $p > 0,05$ (Табл. П 2.2.). Мужчины чаще работали, чем женщины ($30,3 \pm 2,3$ и $18,7 \pm 1,9$, соответственно), $p < 0,001$. Не работающие мужчины составили $17,1 \pm 1,9$, женщины $33,8 \pm 2,4$, $p < 0,001$. В период распространения коронавирусной инфекцией существенных достоверных различий по частоте работающих и неработающих пациентов не выявлено.

За последний месяц, предшествующий анкетированию (Табл. П 3.2.) в основном имели хорошее самочувствие $60,0 \pm 2,4$ пациентов, чем те, которые оценивали свое состояние на «отлично» - $26,2 \pm 2,2$, $p < 0,001$, и «плохо» - $13,8 \pm 1,7$, $p < 0,001$. Из общего числа проанкетированных большинство мужчин и женщин оценивали свое состояние, как «хорошее» - $32,2 \pm 2,3$ и $27,8 \pm 2,2$, $p > 0,05$, отметившие свой уровень здоровья на «отлично» составили мужчины $12,4 \pm 2,8$ и $13,8 \pm 1,7$ женщины, соответственно, $p > 0,05$. Состояние здоровья считают как «плохое» достоверно больше женщины ($10,9 \pm 1,5$), чем мужчин ($2,9 \pm 0,8$), $p < 0,001$. Большая часть пациентов отмечали, что в период пандемии у них было

хорошее самочувствие. Существенных различий в самочувствии мужчин и женщин не выявлено.

Клинические исходы при COVID-19, в том числе выживаемость, менее благоприятны у пациентов с болезнями органов кровообращения, сахарным диабетом, ожирением [63], то есть выраженность патологических изменений в органах и системах, обуславливают тяжесть болезни [59]. Это предопределило включение в анкету вопроса о наличии хронических заболеваний, для выделения групп высокого риска по заражению вирусом.

По оценке здоровья, участвующим в анкетировании пациентам был задан вопрос «Страдаете ли Вы каким-либо хроническим заболеванием (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и др.)». Большинство респондентов ответили, что у них нет хронических заболеваний – $54,8 \pm 2,5$, наблюдались данные заболевания у $45,2 \pm 2,5$, $p > 0,05$ (Табл. П 4.2.). Женщины чаще, чем мужчины отмечали, наличие хронического заболевания, ($24,9 \pm 2,2$ и $20,3 \pm 2,0$, соответственно), $p > 0,05$. Мужчины и женщины, у которых не было указанных заболеваний составили ($27,3 \pm 2,2$ и $27,5 \pm 2,2$, соответственно), $p > 0,05$.

Таким образом, большинство пациентов, в данный период времени отмечали, что у них нет хронических заболеваний, хотя достоверных различий среди мужчин и женщин не выявлено.

Из числа опрошенных пациентов ($n=385$) у $55,6 \pm 2,5$ ($n=214$) выявлены хронические заболевания. Большая часть пациентов указали в основном на гипертоническую болезнь – $36,9 \pm 2,4$ ($n=142$), сахарный диабет – $9,0 \pm 1,4$ и бронхиальную астму – $9,6 \pm 1,5$, $p < 0,001$ (Табл. П 5.2.). Другие болезни составили незначительную частоту. Женщины и мужчины чаще указывали на гипертоническую болезнь ($20,8 \pm 2,0$ и $16,1 \pm 1,8$, соответственно), $p > 0,05$, но при этом не выявлено достоверных различий. Также не выявлено существенной разницы у мужчин и женщин по наличию у них сахарного диабета ($4,9 \pm 1,1$ и $4,1 \pm 1,0$, соответственно) и бронхиальной астме ($4,4 \pm 1,0$ и $5,2 \pm 1,1$, соответственно), $p > 0,05$.

Таким образом, высокая частота на наличие гипертонической болезни указывалась, как женщинами, так и мужчинами в сравнении с сахарным диабетом и бронхиальной астмой [2].

Вывод. Из числа пациентов, прошедших социологический опрос в обсерваториях, расположенных в пяти пунктах г. Ош мужчины составили - $47,5 \pm 2,5$ и женщины - $52,5 \pm 2,5$. Наибольший удельный вес составили женщины с высшим и средним образованием, среди мужчин больше со средним и незаконченным высшим образованием. На момент обследования работающих мужчин было, женщин. В системе здравоохранения в период пандемии работали $34,0 \pm 2,4$ опрошенных. Большая часть пациентов отмечали, что в период пандемии у них было хорошее самочувствие. При этом, высокая частота гипертонической болезни указывалась, как женщинами, так и мужчинами по сравнению с сахарным диабетом и бронхиальной астмой. В период пандемии COVID-19 психическим больным необходимо проведение информационной работы о соблюдении режима самоизоляции и профилактических санитарно-гигиенических мер, противодействие негативной информации средств массовой информации о эпидситуации, методам профилактики и лечения.

Оказание психологической помощи в период пандемии, имеет важное значение в стабилизации психологического здоровья населения. Слаженная работа врачей и психологов снизит психологические проблемы пациентов, что в свою очередь окажет положительное влияние на общественном здоровье [2].

4.2 Оценка влияния COVID-19 на психическое здоровье

Пациентам, обратившимся в обсерватории г. Ош Кыргызской Республики (Табл. П 1.3.), был задан вопрос «Как Вы считаете, переболели ли Вы коронавирусной инфекцией»? [3]. Большинство опрошенных пациентов не знают ($39,2 \pm 2,4$ на 100 пациентов) болели ли они COVID-19. Число пациентов, ответивших «Да» и «Нет» практически было одинаковым ($30,6 \pm 2,3$ и $30,2 \pm 2,3$, соответственно), $p > 0,05$. Из числа пациентов женского пола больше в

сравнении с мужским полом ответивших «Не знаю» ($21,0 \pm 2,0$ и $18,1 \pm 1,9$, соответственно, $p > 0,05$) и «Да» ($18,9 \pm 1,9$ и $11,7 \pm 1,6$, $p < 0,01$, соответственно). Кроме того, мужчин, ответивших «Нет» больше, чем женщин ($17,7 \pm 1,9$ и $12,5 \pm 1,6$, соответственно), $p > 0,05$ [3]. Также большая часть опрошенных ($38,4 \pm 2,4$) не знают были ли у них такие симптомы (Табл. П 2.3.), как повышение температуры тела на протяжении 3-5 дней, першение в горле, потеря вкуса и обоняния, затрудненное дыхание по сравнению с теми, у кого наблюдались указанные симптомы ($32,5 \pm 2,3$), $p > 0,05$ и теми, у кого их не было ($29,1 \pm 2,3$), $p > 0,05$. Женщины чаще отвечали положительно по наличию указанных симптомов, чем мужчины ($23,2 \pm 2,1$ и $9,3 \pm 1,4$, соответственно), $p < 0,01$. Тогда как мужчины чаще, чем женщины не знали, были ли у них данные симптомы ($21,0 \pm 2,0$ и $17,4 \pm 1,9$, соответственно), $p > 0,05$.

В таблице 4.2.1 показано, к кому обращались пациенты при симптомах коронавирусной инфекции. Из числа опрошенных ($n=385$) обращались по поводу заболевания $32,5 \pm 2,3$ ($n=125$) пациентов. Пациенты чаще обращались при наличии симптомов коронавирусной инфекции к семейному врачу ($17,4 \pm 1,9$), чем к врачу инфекционисту ($3,9 \pm 0,8$), медицинской сестре ($1,5 \pm 0,6$), знакомому врачу ($7,6 \pm 1,3$), а также народному целителю ($0,8 \pm 0,4$) и родственникам ($1,3 \pm 0,5$), $p < 0,001$. Женщины чаще, чем мужчины при появлении симптомов инфекции обращались к семейному врачу ($14,3 \pm 1,7$ и $3,1 \pm 0,8$, соответственно), $p < 0,001$, а также к врачу инфекционисту ($3,4 \pm 0,9$ и $0,5 \pm 0,3$, соответственно), $p < 0,001$, медицинской сестре ($1,3 \pm 0,5$ и $0,2 \pm 0,2$, соответственно), $p < 0,01$, не выявлена достоверность различий по обращаемости женщины и мужчины к народному целителю ($0,5 \pm 0,3$ и $0,2 \pm 0,2$, соответственно), а также к родственникам ($0,8 \pm 0,4$ и $0,5 \pm 0,3$, соответственно), $p > 0,05$. Также не выявлено существенных различий по обращаемости к знакомому врачу ($7,6 \pm 1,3$), $p > 0,05$. Мужчины чаще, чем женщины обращались за медицинской помощью к знакомому врачу ($4,7 \pm 1,0$ и $2,9 \pm 0,8$, соответственно), $p > 0,05$.

Таблица 4.2.1 – Обрацаемость при наличии симптомов коронавирусной инфекции на 100 пациентов

№ пп	Пол	Ответ											
		Семейный врач		Врач инфекционист		Медицинская сестра		Знакомый врач		Народный целитель		Родственник	
		абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m
1	Мужчины (n=36)	12	3,1±0,8	2	0,5±0,3	1	0,2±0,2	18	4,7±1,0	1	0,2±0,2	2	0,5±0,3
2	Женщины (n=89)	55	14,3±1,7***	13	3,4±0,9***	5	1,3±0,5**	11	2,9±0,8*	2	0,5±0,3*	3	0,8±0,4*
	Всего (n=125)	67	17,4±1,9	15	3,9±0,9***	6	1,5±0,6***	29	7,6±1,3**	3	0,8±0,4***	5	1,3±0,5**

Примечание - P±m – интенсивный показатель на 100 опрошенных и ошибка репрезентативности, * - p>0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001.

При COVID-19 большую патогенную роль играет продолжительная по времени изоляция населения, вызывающая тревожное состояние и снижение психологической защиты организма [64]. Большинство опрошенных боятся заразиться коронавирусной инфекцией ($55,1 \pm 2,5$), чем те, которые не боятся ($49,9 \pm 2,5$), $p > 0,05$ (Табл. П 3.3.). Существенных различий не выявлено в ответах мужчин и женщин среди тех, кто боится заражения ($24,7 \pm 2,1$ и $30,4 \pm 2,3$, соответственно), $p > 0,05$ и тех, кто не боится заразиться инфекцией ($22,8 \pm 2,1$ и $22,1 \pm 2,1$, соответственно), $p > 0,05$. Вызывает настороженность то, что большая часть респондентов считают, что меры профилактики в отношении коронавирусной инфекцией не эффективны ($81,6 \pm 1,9$), которых, в 4,4 раза больше ($18,4 \pm 1,9$), чем тех, которые считают профилактические меры эффективны в борьбе с COVID-19 (таблица 4.2.2), $p < 0,001$ [3].

Таблица 4.2.2 – Эффективность мер профилактики

№ пп	Пол	Ответ			
		Эффективны		Не эффективны	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=183)	44	$11,4 \pm 2,6$	139	$36,1 \pm 2,4$
2	Женщины (n=202)	27	$7,0 \pm 1,3^*$	175	$45,5 \pm 2,5^{**}$
	Всего (n=385)	71	$18,4 \pm 1,9$	314	$81,6 \pm 1,9^{***}$

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель на 100 опрошенных и ошибка репрезентативности, * - $p > 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Среди мужчин и женщин больше тех, которые считают не эффективность профилактических мер ($36,1 \pm 2,4$, n=139; $45,5 \pm 2,5$, n=175, соответственно), $p < 0,01$. Респондентам был задан вопрос «Пугает ли возможность того, что кто-то из членов семьи может заразиться коронавирусной инфекцией и умереть из-за этого?» (Табл. П 4.3.). Большая часть пациентов ответили утвердительно ($58,4 \pm 2,5$), чем те, у которых не было страха ($41,6 \pm 2,5$) за себя и своих близких, $p < 0,001$. Женщины чаще ($36,1 \pm 2,4$), чем мужчины ($22,3 \pm 2,1$), $p < 0,001$, были

озабочены по поводу заражения COVID-19. Среди мужчин не боявшихся заражения своих близких выше ($25,2 \pm 2,2$), чем женщин ($16,4 \pm 1,8$), $p < 0,001$.

По мнению респондентов, при заражении коронавирусной инфекцией, некоторые люди отдалятся от них и со временем будут вести себя иначе, чем раньше, утвердительно ответили только ($37,4 \pm 2,4$) опрошенных, чем те, которые так не считают ($62,6 \pm 2,4$), $p < 0,001$ (Табл. П 5.3.). Достоверной разницы во мнении мужчин и женщин, что окружающие от них отдалятся ($30,6 \pm 2,3$ и $32,0 \pm 2,3$, соответственно) не выявлено, $p > 0,05$. Также не выявлено существенной разницы в мнении мужчин и женщин по вопросу страха в отношении других людей, которые будут вести себя иначе с респондентами ($16,9 \pm 1,9$ и $20,5 \pm 2,0$, соответственно), $p > 0,05$. Необходимо отметить, что число женщин выше, чем мужчин, которые боятся изоляции от них людей и которые не боятся, $p > 0,05$. Во время изоляции большая часть пациентов не оставались дома ($62,8 \pm 2,4$), чем те, которые частично были изолированы ($22,9 \pm 2,1$), $p < 0,001$, и постоянно находились дома ($14,3 \pm 1,7$), $p < 0,001$ (Табл. П 6.3.). Женщины ($13,3 \pm 1,7$ и $9,6 \pm 0,4$, соответственно, $p < 0,01$) чаще, чем мужчины ($11,2 \pm 1,6$ и $3,1 \pm 0,8$, соответственно, $p < 0,01$) находились частично и постоянно на изоляции в период пандемии коронавирусной инфекции. Женщины и мужчины чаще указывали, что они не изолировались ($34,8 \pm 2,4$ и $28,0 \pm 2,2$, соответственно), $p < 0,01$. На вопрос, заданный пациентам (Табл. П 7.3.) «Считаете ли Вы, что предпринимаете меры предосторожности распространения вируса?». Большая часть из них ответили «Да» ($38,7 \pm 2,4$), «Иногда» ($35,6 \pm 2,4$), «Нет» ($25,7 \pm 2,2$), $p > 0,05$ [3]. Женщины чаще применяют меры предосторожности от инфекции ($23,6 \pm 2,1$), чем мужчины ($15,1 \pm 1,8$), $p < 0,001$, а также большая часть из них не считают нужным предостерегаться от коронавирусной инфекции ($17,1 \pm 1,9$ и $8,6 \pm 1,4$, соответственно), $p < 0,001$. Мужчины, которые предостерегаются заражения «Иногда» больше чем женщины ($23,9 \pm 2,1$ и $11,7 \pm 1,6$, соответственно), $p < 0,001$. При ответе респондентов на вопрос «Считаете ли Вы, что получили достаточную информацию о необходимости соблюдения мер профилактики во время

эпидемии COVID-19», большая часть респондентов ответили утвердительно «Да» ($67,8 \pm 2,3$) и третья часть «Нет» ($32,2 \pm 2,3$), $p < 0,001$ (Табл. П 8.3.). Женщины, чаще чем мужчины ($40,0 \pm 2,4$ и $27,8 \pm 2,2$, соответственно), $p < 0,01$ отвечали на данный вопрос положительно. Тогда как, мужчины ($19,7 \pm 2,0$) наоборот чаще, отвечали в сравнении с женщинами ($12,5 \pm 1,6$) о том, что они не получали информацию о мерах предосторожности, $p < 0,001$.

Оценены факторы риска, влияющие на уровень психического здоровья во время эпидемии COVID-19. Выделено семь основных факторов риска, в большей степени влияющих на психическое здоровье (таблица 4.2.3).

Таблица 4.2.3 – Доля влияния факторов риска на развитие психического заболевания

№ n/n	Фактор влияния	Коэффициент корреляции (r_{xy})	Доля влияния (R, %)	Ранг и
1	Депрессия	0,78	60,8	I
2	Конфликты в семье	0,63	40,0	IV
3	Паника во время пандемии	0,74	57,7	II
4	Изменение эмоционального состояния	0,38	14,4	VII
5	Злоупотребление алкоголем	0,71	50,4	III
6	Курение	0,48	23,0	V
7	Напряженность в обществе	0,42	17,6	VI

Первое ранговое место занимает депрессия, коэффициент корреляции (r_{xy}) 0,78, т.е. возникает сильное влияние эпидемии на здоровье человека, доля влияния (R) - 60,8%. Второе ранговое место занимает возникновение паники среди населения во время эпидемии, корреляционная связь также сильная (r_{xy}) - 0,74, доля влияния - 57,5% (R). Третье ранговое место приходится на злоупотребление алкоголем во время эпидемии, корреляционная связь сильная (r_{xy}) - 0,71 и доля влияния (R) - 50,4%. На другие факторы риска в меньшей степени приходится доля влияния. Возникновение конфликтов в семье в период

изоляции (IV ранг). В данном случае определена средней силы корреляционная связь (r_{xy}) - 0,63, доля влияния (R) - 40,0%. Взаимосвязь между увеличением курения во время эпидемии определена, как средней силы корреляционная связь (r_{xy}) - 0,48 и доля влияния составила (R) - 23,0% (V ранг). Такой фактор риска, как напряженность в обществе во время распространения коронавирусной инфекции занимает VI ранг, при этом установлено также средней силы корреляционная связь (r_{xy}) - 0,42, доля влияния - 17,6% (R).

Седьмой ранг принадлежит такому фактору риска, как изменение эмоционального состояния во время изоляции. Взаимосвязь между психическим заболеванием и данным фактором риска средней силы (r_{xy}) - 0,38, доля влияния составила - 14,4% (R).

Таким образом, в период распространения COVID-19 в большей степени на развитие психического заболевания влияли депрессия, паника во время эпидемии, злоупотребление алкоголем и конфликт в семье.

Вывод. Большая часть опрошенных пациентов не знали, что переболели ли коронавирусной инфекцией, были ли у них симптомы, боялись заразиться инфекцией, причем от близких членов семьи, применяли меры предосторожности заражения. Пациенты чаще всего при симптомах инфекции обращались к семейному врачу, а также к знакомому врачу и врачу инфекционисту. Большинство опрошенных указали, что меры профилактики коронавирусной инфекции не эффективны, необходима изоляция при заражении инфекцией. В основном пациенты не оставались дома в период изоляции. Информация о необходимости соблюдения мер профилактики от коронавирусной инфекции была достаточной, по мнению большинства опрошенных. По данным исследования выявлено, что женщины в основном преобладали по частоте ответов по всем пунктам вопросов анкеты. Пандемия в целом, вызвало у населения симптомы тревоги, страха, сниженного настроения, общего стресса, нарушение сна. Это обусловило необходимость разработки рекомендаций для населения по сохранению психического здоровья, устойчивости к стрессу в период пандемии [3].

4.3 Психическое здоровье населения в период коронавирусной инфекции

Долгосрочное воздействие COVID-19 на психическое здоровье может занять недели или месяцы, чтобы стать полностью очевидным, и управление этим воздействием требует согласованных усилий не только от психиатров, но и системы здравоохранения в целом [65, 187]. Проведен анализ частоты психических заболеваний у лиц, находящиеся на лечении в обсерваториях г. Ош при распространении COVID-19. Из общего числа обратившихся в обсерватории нами выбрано 385 больных, из них $47,5 \pm 2,5$ ($n=183$) мужчин и $52,5 \pm 2,5$ ($n=202$) женщин, $p > 0,05$ (таблица 4.3.1).

Таблица 4.3.1 - Частота психических заболеваний у лиц, находящихся на лечении в обсерваториях г. Ош (на 100 пациентов)

№ пп	Заболевание	Мужчины		Женщины	
		Абс. число	$P \pm m$	Абс. число	$P \pm m$
1	Легкий депрессивный эпизод	62	$16,1 \pm 1,8$	53	$13,7 \pm 1,7^*$
2	Тяжелый депрессивный эпизод без психосоматических симптомов	9	$2,3 \pm 0,7$	7	$1,8 \pm 0,6^*$
3	Острая реакция на стресс	65	$16,9 \pm 1,9$	69	$17,9 \pm 1,9^*$
4	Неврастения	3	$0,8 \pm 0,4$	2	$0,5 \pm 0,3^*$
5	Тревожное расстройство	9	$2,4 \pm 0,8$	6	$1,6 \pm 0,6^*$
6	Фабические расстройства	4	$1,0 \pm 0,5$	3	$0,8 \pm 0,4$
7	Паническое расстройство	11	$2,8 \pm 0,8$	28	$7,3 \pm 1,3^{***}$
8	Бессонница неорганической природы	17	$4,4 \pm 1,0$	29	$7,5 \pm 1,3^{**}$
9	Посттравматическое стрессовое расстройство	3	$0,8 \pm 0,4$	5	$1,3 \pm 0,5^*$
10	Всего ($n=385$)	183	$47,5 \pm 2,5$	202	$52,5 \pm 2,5$

Примечание: $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности; * - $p > 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Ведущее место без существенной разницы у мужчин и женщин занимает такое заболевание как острая реакция на стресс у ($16,9 \pm 1,9$, $n=65$ и $17,9 \pm 1,9$, $n=69$, соответственно) пациентов, $p > 0,05$. Легкий депрессивный эпизод также является одним из ведущих заболеваний у пациентов, проходивших лечение по поводу коронавирусной инфекции, без существенных различий у мужчин и женщин, хотя по показателю данное заболевание чаще проявлялось у мужчин, чем у женщин ($16,1 \pm 1,8$, $n=62$ и $13,7 \pm 1,7$, $n=53$, соответственно), $p > 0,05$. Бессонница неорганической природы чаще была выявлена у женщин ($7,5 \pm 1,3$, $n=29$), чем у мужчин ($4,4 \pm 1,0$, $n=17$), $p < 0,01$. Панические расстройства также чаще наблюдались у женщин - $7,3 \pm 1,3$ ($n=28$), чем у мужчин - $2,8 \pm 0,8$ ($n=11$), $p < 0,001$. На другие заболевания, такие как неврастения, тревожные и фобические расстройства, тяжелый депрессивный эпизод приходилась незначительная частота распространения. Тяжелый депрессивный эпизод без психосоматических симптомов составил у мужчин $2,3 \pm 0,7$ ($n=9$), у женщин $1,8 \pm 0,6$ ($n=7$), $p > 0,05$. Неврастения встречалась практически с одинаковой частотой, как у мужчин ($0,8 \pm 0,4$, $n=3$), так и женщин ($0,5 \pm 0,3$, $n=2$), $p > 0,05$. Тревожное расстройство выявлено у $2,4 \pm 0,8$ ($n=9$) мужчин и $1,6 \pm 0,6$ ($n=6$) женщин, $p > 0,05$. Фобические расстройства наблюдались у незначительного числа ($1,0 \pm 0,5$, $n=4$) мужчин и ($0,8 \pm 0,4$, $n=3$) женщин, $p > 0,05$. Посттравматическое стрессовое расстройство отмечалось у $0,8 \pm 0,4$ ($n=3$) мужчин и $1,3 \pm 0,5$ ($n=5$) женщин, $p > 0,05$.

Таким образом, у мужчин и женщин, обратившихся в обсерватории, чаще наблюдались легкий депрессивный эпизод и острая реакция на стресс. У мужчин также чаще был установлен диагноз «Тяжелый депрессивный эпизод без психосоматических симптомов», «Тревожное расстройство» и «Фобическое расстройство». У женщин чаще наблюдались такие заболевания как «Паническое расстройство», «Бессонница неорганической природы» и «Посттравматическое стрессовое расстройство».

Во время пандемии и изоляции (Табл. П 1.4.) основная часть пациентов ($27,0 \pm 2,2$ на 100 пациентов), ответили, что потребность в общении со своей семьей намного возросла, $p > 0,05$, тогда как $26,8 \pm 2,2$ мужчин и $46,2 \pm 2,3$ женщин,

$p < 0,01$, отметили, что потребность в общении стала намного меньше и почти 50,0% респондентов не испытывают потребность общения с близкими родственниками [52]. Мужчины ($18,4 \pm 1,9$) чаще ощущали нехватку общения с близкими, чем женщины ($8,6 \pm 1,4$), $p < 0,001$. Хотелось бы отметить, что женщины чаще ($15,3 \pm 1,8$), чем мужчины отвечали, что потребность в общении с членами семьи ($11,5 \pm 1,6$) стала меньше, $p > 0,05$. Не испытывают потребность в общении ($28,5 \pm 2,3$ и $17,7 \pm 1,9$, соответственно), женщин и мужчин, $p < 0,001$.

Несмотря на противоречивые ответы, о потребности в общении с близкими в период изоляции от коронавирусной инфекции, основная часть пациентов нуждается в эмоциональной поддержке членов семьи (Табл. П 2.4.). Более половины пациентов ответили, что им намного больше нужна эмоциональная поддержка ($51,5 \pm 2,5$), чем тем, которым не нужна поддержка ($24,9 \pm 2,2$) и тем, кому она нужна в меньшей степени ($23,6 \pm 2,1$), $p < 0,001$. При распределении полученных ответов по полу установили, что наиболее чаще хотели бы большей эмоциональной поддержки, как женщины ($26,8 \pm 2,2$), так и мужчины ($24,7 \pm 2,1$), $p > 0,05$. Вызывает озабоченность, что во время распространения коронавируса мужчины ($15,6 \pm 1,8$) и женщины ($9,3 \pm 1,4$), $p < 0,001$, не хотели бы поддержки близких, по всей вероятности из-за боязни заражения меньше хотели эмоциональной поддержки $16,4 \pm 1,8$ и $7,2 \pm 1,3$, соответственно, женщин и мужчин, $p > 0,05$ [52].

В связи с тем, что распространение коронавирусной инфекции повлияло на возникновение эмоциональной напряженности с близкими родственниками (Табл. П 3.4.) был задан вопрос «Изменилось ли качество отношений с членами семьи по сравнению с тем, что было до карантина?». Наиболее чаще пациенты отмечали, что отношения стали хуже у $69,1 \pm 2,3$ и только у $10,7 \pm 1,5$, не изменились, стали лучше у $20,2 \pm 2,0$, $p < 0,001$. Женщины и мужчины чаще отвечали, что качество отношений с близкими стали хуже у ($35,8 \pm 2,4$ и $33,2 \pm 2,4$, соответственно), $p > 0,05$. Качество отношений улучшились только у

11,1±1,6 мужчин и 9,1±1,4 женщин, $p>0,05$, а также у 7,6±1,3 женщин и 3,1±0,8 мужчин они не изменились, $p<0,01$ [2].

Во время пандемии возникали конфликты с членами семьи (таблица 4.3.2) у 66,2±2,4 опрошенных пациентов и только у 33,8±2,4 не было таких ситуаций, $p<0,001$. По частоте возникновения конфликтов с родными людьми (34,0±2,4 и 32,2±2,3, соответственно) мужчин и женщин, ответили, что, к сожалению, конфликты возникали часто. Не было конфликтов у 18,5±1,9 женщин и 15,3±1,8 мужчин, $p>0,05$.

Таблица 4.3.2 – Конфликты с членами семьи во время пандемии

№ пп	Пол	Ответ			
		Да		Нет	
		абс. число	$P\pm m$	абс. число	$P\pm m$
1	Мужчины (n=183)	124	32,2±2,3	59	15,3±1,8
2	Женщины (n=202)	131	34,0±2,4*	71	18,5±1,9*
	Всего (n=385)	255	66,2±2,4	130	33,8±2,4**

Примечание - $P\pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности,
* $p>0,05$, ** - $p<0,001$.

В период распространения коронавирусной инфекции (таблица 4.3.3) большая часть пациентов чувствовали себя напряженными (52,5±2,5) и (47,5±2,5) ответили, что не ощущали напряженности, $p>0,05$.

Таблица 4.3.3 – Напряженность во время пандемии

№ пп	Пол	Ответы			
		Да		Нет	
		абс. число	$P\pm m$	абс. число	$P\pm m$
1	Мужчины (n=183)	84	21,8±2,1	99	25,7±2,2
2	Женщины (n=202)	118	30,7±2,3**	84	21,8±2,1*
	Всего (n=385)	202	52,5±2,5	183	47,5±2,5*

Примечание - $P\pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности,
* $p>0,05$, ** $p<0,01$.

В основном наиболее чаще испытывали напряжение психоэмоционального состояния ($30,7 \pm 2,3$) женщин и ($21,8 \pm 2,1$) мужчин, $p < 0,01$. Не чувствовали напряжения ($25,7 \pm 2,2$ и $21,8 \pm 2,1$, соответственно) мужчин и женщин, $p > 0,05$.

Большая часть пациентов находилась в психоэмоциональном напряжении (Табл. П 4.4.), поэтому $64,2 \pm 2,4$ респондентов были расстроены распространением коронавирусной инфекции, не были расстроены $35,8 \pm 2,4$ респондентов, $p > 0,05$. Наиболее чаще испытывали такие ощущения $45,2 \pm 2,5$ женщин, чем $19,0 \pm 1,9$ мужчины, $p < 0,001$.

Новая коронавирусная инфекция (Табл. П 5.4.) привела к тому, что обратившиеся пациенты были напуганы, но существенной достоверной разницы в ответах не выявлено, которые чувствовали себя напуганными ($49,6 \pm 2,5$) и которые не были напуганы ($50,4 \pm 2,5$), $p > 0,05$. Характерно, что женщин напуганных распространением коронавирусной инфекцией было больше, чем мужчин с высокой достоверной разницей ($31,9 \pm 2,3$ и $17,7 \pm 1,9$, соответственно), $p < 0,001$. А вот среди тех, кого не пугала такая ситуация была характерна для мужчин и женщин ($29,8 \pm 2,3$ и $20,5 \pm 2,0$, соответственно), $p < 0,001$.

Необходимо отметить, что большая часть пациентов были не только расстроенными и напуганными распространением коронавирусной инфекцией, но также были подвержены панике (таблица 4.3.4). Таковых пациентов составило ($42,3 \pm 2,5$), тогда как большая часть из них ($57,76 \pm 2,5$) не поддавались панике, $p < 0,001$. Наиболее чаще были подвержены панике женщины ($23,9 \pm 2,1$), чем мужчины ($18,4 \pm 1,9$), $p > 0,05$. Достоверных различий в ответах мужчин и женщин кто не был подвержен панике и тех, кто нет в ответах не выявлено ($29,1 \pm 2,3$ и $28,6 \pm 2,3$, соответственно), $p > 0,05$ [52].

Некоторые пациенты отмечали, что они чувствовали сильную обеспокоенность сложившейся ситуацией ($64,1 \pm 2,4$), тогда как третья часть опрошенных ($35,8 \pm 2,4$) не чувствовали обеспокоенности во время пандемии, $p < 0,001$. Ответили положительно на данный вопрос анкеты почти с одинаковой

частотой, как женщины, так и мужчины ($33,5 \pm 2,4$ и $30,6 \pm 2,3$, соответственно), $p > 0,05$. Пандемия не вызывала обеспокоенности только у ($16,9 \pm 1,9$ и $18,9 \pm 1,9$, соответственно), мужчин и женщин, $p > 0,05$.

Таблица 4.3.4 – Паника во время пандемии

№ пп	Пол	Ответы			
		Да		Нет	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=183)	71	$18,4 \pm 1,9$	112	$29,1 \pm 2,3$
2	Женщины (n=202)	92	$23,9 \pm 2,1^*$	110	$28,6 \pm 2,3^*$
	Всего (n=385)	163	$42,3 \pm 2,5$	222	$57,7 \pm 2,5^{**}$

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности,
* $p > 0,05$, ** $p < 0,001$.

Учитывая, предыдущие ответы респондентов был задан вопрос «Насколько изменилось эмоциональное состояние в связи с появлением тревоги и изменением чувства безопасности, по сравнению с тем, что ощущали до пандемии COVID-19?». Так, наиболее чаще пациенты отвечали, что их состояние стало хуже ($69,6 \pm 2,3$), намного хуже ($19,7 \pm 2,0$), не повлияла эпидемия на их психоэмоциональное состояние ($10,7 \pm 1,5$), $p < 0,001$. Достоверной разницы в ответах мужчин и женщин, у которых состояние ухудшилось ($31,4 \pm 2,3$ и $38,2 \pm 2,4$, соответственно), $p > 0,05$ не выявлено.

Психоэмоциональное состояние стало намного хуже ($9,6 \pm 1,5$ и $10,1 \pm 1,5$, соответственно), у мужчин и женщин, $p > 0,05$. Пандемия не вызвала ухудшения психоэмоционального состояния у ($6,5 \pm 1,2$ и $4,2 \pm 1,0$, соответственно) мужчин и женщин, $p > 0,05$. Ухудшение психоэмоционального состояния привело к возникновению депрессии (рисунок 4.3.1), которая в основном для большинства пациентов продолжалась меньше 1 дня ($30,9 \pm 2,3$), 1-2 дня ($23,3 \pm 2,2$), 3-4 дня ($12,7 \pm 1,6$), 5-7 дней ($17,4 \pm 1,9$), $p < 0,05$ и только у $15,5 \pm 1,8$ депрессия возникала время от времени, $p < 0,05$. У женщин чаще депрессия продолжалась 1-2 дня ($17,9 \pm 1,9$), меньше 1 дня ($12,5 \pm 1,6$), 5-7 дней ($10,7 \pm 1,5$),

$p < 0,05$. У мужчин в основном депрессия продолжалась меньше 1 дня ($18,4 \pm 1,9$), 3-4 дня ($8,3 \pm 1,4$), 5-7 дней ($6,8 \pm 1,2$) и 1-2 дня ($5,4 \pm 1,1$), $p < 0,001$. Депрессия не возникала у $8,5 \pm 1,4$ мужчин и ($7,0 \pm 1,3$) женщин, $p > 0,05$.

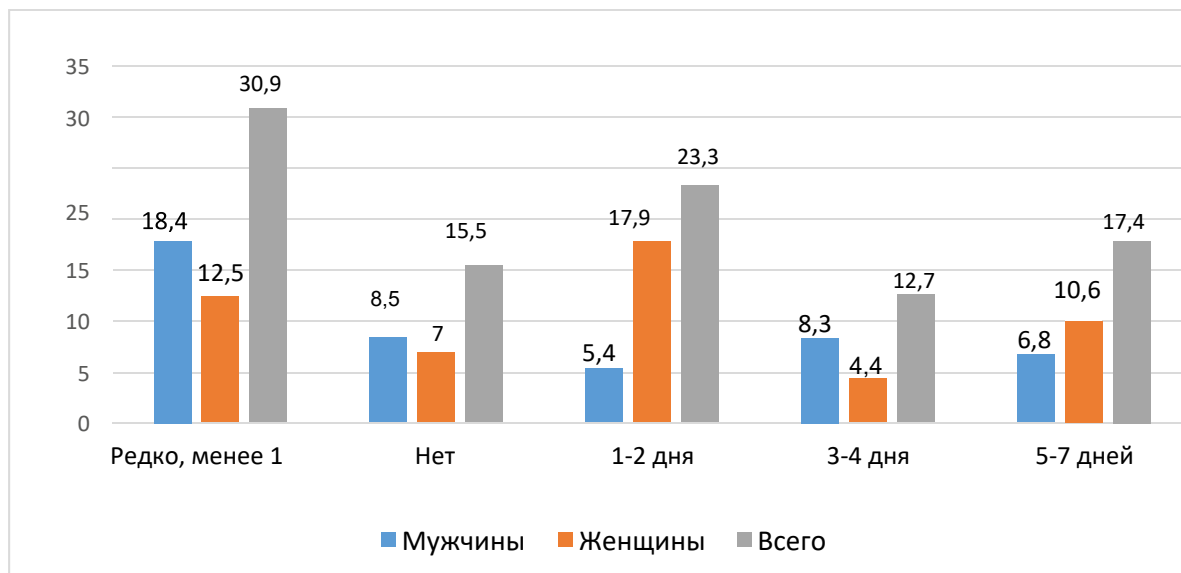


Рисунок 4.3.1 – Депрессия во время пандемии на 100 пациентов.

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности,

* $p > 0,05$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$.

В связи с тем, что пациенты в основном находились в напряжении, были подвержены страху и находились в депрессии в период распространения коронавирусной инфекции большая часть испытывали беспокойный сон. Данное состояние в основном продолжалось у пациентов 5-7 дней ($31,6 \pm 2,3$), 3-4 дня ($29,6 \pm 2,3$), 1-2 дня ($19,7 \pm 2,0$) и меньше 1 дня ($18,9 \pm 1,9$), $p > 0,05$. Женщины чаще беспокойно спали в сравнении с мужчинами 1-2 дня ($11,4 \pm 1,6$ и $8,3 \pm 1,4$, соответственно), $p > 0,05$, также 5-7 дней ($24,6 \pm 2,1$ и $7,0 \pm 1,3$, соответственно), $p < 0,001$. У мужчин в основном беспокойный сон наблюдался 3-4 дня ($20,5 \pm 2,0$) чаще чем у женщин ($9,1 \pm 1,4$), $p < 0,001$, меньше 1 дня ($11,7 \pm 1,6$ и $7,2 \pm 1,3$, соответственно), $p < 0,01$.

Во время пандемии (рисунок 4.3.2) пациенты чувствовали себя одиночками. Чувство одиночества испытывали в основном 1-2 дня ($35,0 \pm 2,4$), 5-7 дней ($31,2 \pm 2,3$), $p > 0,05$, а также 3-4 дня ($22,8 \pm 2,2$) и редко ($10,9 \pm 1,5$), $p > 0,05$. При оценке ответов мужчин и женщин на данный вопрос выявлено, что

женщины в сравнении с мужчинами чаще, как они считали, были одинокими 5- 7 дней ($17,7\pm 1,9$ и $13,5\pm 1,7$, соответственно), $p>0,05$, 3-4 дня ($17,1\pm 1,9$ и $5,7\pm 1,1$, соответственно), $p<0,001$. Мужчины чаще, чем женщины одиночество ощущали 1-2 дня ($22,3\pm 2,1$ и $12,7\pm 1,6$, соответственно), $p<0,001$, также редко ($6,0\pm 1,2$ и $4,9\pm 1,1$, соответственно), $p>0,05$.

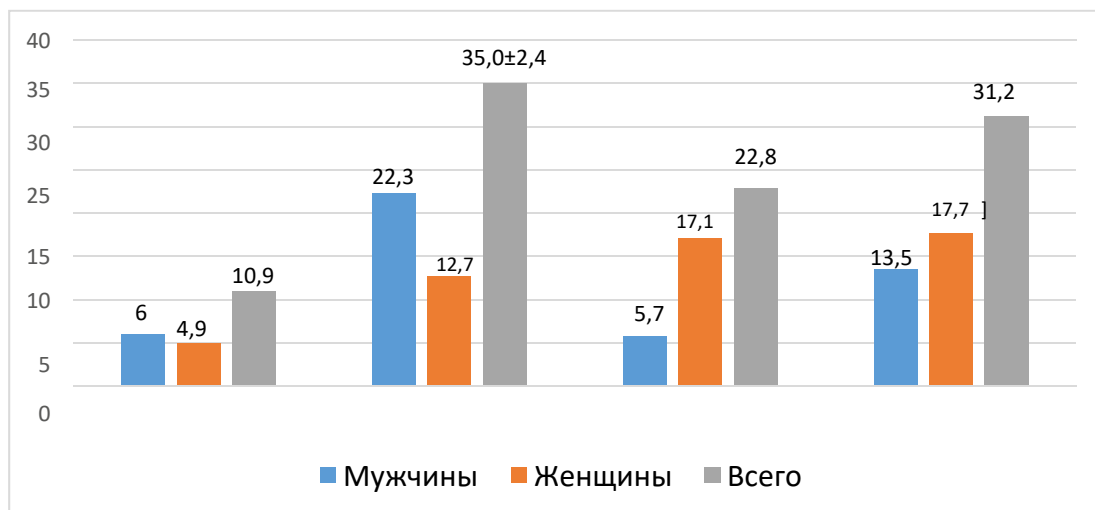


Рисунок 4.3.2 – Чувство одиночества во время пандемии

Примечание - $P\pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности,
 * $p>0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Вывод. В период пандемии большая часть опрошенных не испытывали потребности в общении с близкими людьми. Основная часть пациентов желали большую эмоциональную поддержку близких вовремя коронавирусной инфекции. Во время пандемии у существенной части пациентов возникали конфликты с близкими людьми, сильная обеспокоенность, депрессия, напряженность психоэмоционального состояния, беспокойный сон, изменения психоэмоционального состояния в худшую сторону. В период пандемии пациенты были напуганы, подвержены панике, наблюдалось ухудшение семейных отношений, и обеспокоенность одиночеством.

Необходимо повышение доступности психологической помощи населению, четкая маршрутизация потока пациентов в период пандемии [52].

4.4 Особенности образа жизни, психическое здоровье и COVID-19

«Коронавирусный синдром» - это психические расстройства, спровоцированные пандемией, затрагивающие до 10% населения, вовлеченного в пандемию. При этом, причинами психических нарушений являются не конкретная локализованная травма во времени, а длительные невротизирующие переживания, выходящие за рамки обычного опыта, изменение социальных связей и жизненных планов, нестабильность и неопределенность будущего, а также большое количество неконструктивной тревожной информации в СМИ [14]. В настоящее время появляется все больше данных о нарастании симптомов дистресса в течение и после карантина. Так, С. Wang с коллегами установили, что 53,8% находящихся в вынужденной изоляции считают, что их психологическое состояние серьезно ухудшилось [144]. Подавляющее большинство последствий пандемии для психического здоровья являются предотвратимыми в случае разработки системы ранней диагностики проблем психического здоровья, психологической поддержки населения и групп риска (переболевших коронавирусом и членов их семей; медицинских работников; лиц, страдающих психическими расстройствами и в суицидальном кризисе; одиноких; утративших доход и работу; жертв домашнего насилия; пожилых; детей и подростков; социально изолированных групп населения; лиц с сопутствующими соматическими заболеваниями и ограниченными возможностями). Крайне важным является профилактика социально-экономических последствий пандемии [11]. Высокую озабоченность вызывает негативное влияние пандемии COVID-19 на уровень физической активности населения. Разумно организованный образ жизни с использованием режима труда и отдыха, с соблюдением рациона и распорядка питания, с выполнением норм гигиены, закалывающих процедур и различных форм физической активности, является основой здорового образа жизни [18]. В период пандемии COVID-19 население лишилось возможности ведения активного образа жизни.

Изоляция ограничила ежедневную двигательную активность людей. Выбор в пользу своего здоровья, а значит и ведение активного образа жизни – это сознательный выбор людей, которые понимают всю значимость своего физического состояния и прямого влияния его на качество жизни, на результаты работы [4].

Пациенты, участвующие в социологическом опросе (Табл. П 1.5.) ответили, что физические упражнения играют важную роль в период пандемии ($36,1 \pm 2,4$), а большая часть респондентов ($63,9 \pm 2,4$), считают, что они не играют никакого значения, $p < 0,001$. Мужчины чаще, чем женщины утвердительно ответили на данный вопрос ($22,1 \pm 2,1$ и $14,0 \pm 1,7$, соответственно), $p < 0,001$. Физические упражнения не влияют на улучшение психоэмоционального состояния отметили $38,4 \pm 2,4$ и $25,5 \pm 2,2$, соответственно, женщин и мужчин, $p < 0,001$. В основном пациенты не считают, что физические упражнения не играют важную роль в снятии психоэмоционального состояния с высокой достоверностью различий у мужчин и женщин.

В период изоляции в 2020 году при распространении пандемии (Табл. П 2.5.) интернет занимал больше времени, чем обычно у $54,8 \pm 2,5$ пациентов и нет у $45,2 \pm 2,5$, $p < 0,001$. Мужчины чаще ($29,3 \pm 2,3$), чем женщины ($25,5 \pm 2,2$), $p > 0,05$, больше времени уделяли интернету. Женщины чаще, чем мужчины отмечали, что интернет не занимал у них больше времени ($27,0 \pm 2,2$ и $18,2 \pm 1,9$, соответственно), $p < 0,001$. Для большей половины респондентов интернет занимал основную часть времени, это в основном отметили мужчины, тогда как у женщин интернет не занимал большую часть времени.

До начала пандемии ($67,0 \pm 2,3$) пациентов не курили и ($33,0 \pm 2,3$) курили, $p < 0,001$ (Табл. П 3.5.). Мужчины чаще курили, чем женщины ($26,5 \pm 2,2$ и $6,5 \pm 1,2$, соответственно), $p < 0,001$. Некурящих женщин было больше ($46,0 \pm 2,5$), чем мужчин ($21,0 \pm 2,0$), $p < 0,001$. Необходимо отметить, что до начала пандемии большая часть пациентов не курили, среди них таковых было больше женщин, чем мужчин.

До начала пандемии (Табл. П 4.5.) из числа пациентов, большая часть из них не употребляли алкогольные напитки ($66,7 \pm 2,4$) и только ($33,3 \pm 2,3$) пациентов ответили утвердительно, $p < 0,001$. Мужчины чаще, чем женщины ($25,0 \pm 2,2$, и $8,3 \pm 1,4$, соответственно), $p < 0,001$ употребляли алкоголь. Не употребляли алкоголь ($22,6 \pm 2,1$ и $44,1 \pm 2,5$, соответственно) мужчин и женщин, $p < 0,001$. В целом, до начала распространения пандемии в основном пациенты не употребляли алкогольные напитки, как женщины, так и мужчины.

В период изоляции, как отмечают большинство пациентов (Табл. П 4.5.) они не стали курить больше. До и во время пандемии курящих пациентов было ($33,0 \pm 2,3$, $n=127$), при этом не выявлено достоверной разницы, $p > 0,05$. Из числа курящих ($15,6 \pm 1,8$) ответили что курили также, как до пандемии, больше стали курить ($11,5 \pm 1,8$), $p > 0,05$ и меньше ($5,9 \pm 1,2$), $p < 0,01$. Как отметили мужчины ($12,2 \pm 1,6$) в сравнении с женщинами ($3,4 \pm 0,9$), курили также. Стали курить больше, чем всегда ($8,9 \pm 2,6$ и $2,6 \pm 0,8$, соответственно) мужчин и женщин, $p < 0,01$. Меньше курили во время пандемии только ($5,4 \pm 1,1$ и $0,5 \pm 0,3$, соответственно) мужчин и женщин, $p < 0,001$. Характер курения пациентов во время пандемии оставался таким же, как до распространения коронавирусной инфекции. Только незначительная часть мужчин и женщин стали курить незначительно больше.

Характер употребления алкоголя в период пандемии несколько изменился (Табл. П 5.5.). Так $44,6 \pm 2,5$ пациентов стали употреблять немногим больше, чем до пандемии ($31,2 \pm 2,3$), но при этом существенной разницы не выявлено, $p > 0,05$. Так, больше употребляющие алкоголь пациенты составили - $31,1 \pm 2,3$, меньше - $55,3 \pm 2,5$ и также, как и раньше - $13,5 \pm 1,7$, $p < 0,001$. Причем, из числа мужчин ($23,7 \pm 2,1$) чаще отмечали, что пили больше, чем женщины ($7,5 \pm 1,3$), $p < 0,001$. Тогда как женщины, чаще отвечали, что стали пить меньше ($40,5 \pm 2,5$), чем мужчины ($14,8 \pm 1,8$), $p < 0,001$. Мужчины и женщины, употребляющие алкоголь также, как и раньше составили - $9,1 \pm 1,4$ и $4,4 \pm 1,2$, соответственно, $p < 0,01$.

Число пациентов, меньше употребляющих алкоголь во время распространения коронавирусной инфекции было больше, чем тех, которые употребляли также как и до пандемии. Необходимо отметить, что почти третья часть респондентов стали употреблять алкоголь чаще, особенно мужчины.

Боялись умереть во время пандемии (таблица 4.4.1) отметили (47,8±2,5) опрошенных, тогда как, пациенты, которые не боялись заразиться коронавирусной инфекцией составило (52,2±2,5), $p > 0,05$.

Таблица 4.4.1 – Боязнь смерти во время пандемии

№ пп	Пол	Ответы			
		Да		Нет	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=183)	61	15,8±1,8	122	31,7±2,3
2	Женщины (n=202)	123	32,0±2,3**	79	20,5±2,0**
	Всего (n=385)	184	47,8±2,5	201	52,2±2,5*

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * $p > 0,05$,

** $p < 0,001$.

Из числа респондентов, женщины чаще отвечали «Да» (32,0±2,3), чем мужчины (15,8±1,8), $p < 0,001$. Из числа пациентов, ответивших «Нет», мужчин больше (31,7±2,3), чем женщин (20,5±2,0), $p < 0,001$. Существенной разницы в ответах мужчин и женщин не выявлено из числа тех, кто боится умереть и не боится умереть во время распространения коронавирусной инфекции. Таковых женщин больше, чем мужчин [4]. Несмотря на пандемию и малое количество исследований, со стороны психиатров и смежных специалистов предложены рекомендации по сохранению психического здоровья среди населения в целом, среди работников здравоохранения и уязвимых групп населения.

ВОЗ рекомендует людям оставаться физически активными даже в период самоизоляции. ВОЗ разработала комплекс упражнений, которые можно выполнять дома без специального спортивного инвентаря. Об этом говорится в

рекомендациях, подготовленных европейским офисом ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними [18]. Особое внимание важно уделить сохранению психического здоровья населения, в частности мероприятиям по организации профилактических мероприятий, психологической поддержке, оказанию психотерапевтической и психиатрической помощи в условиях длительного стресса. На это обращает внимание и ВОЗ, отмечая, что психические расстройства являются независимыми от других причин факторами, способствующими прогрессированию неинфекционных заболеваний. Поэтому для снижения бремени неинфекционных заболеваний ВОЗ рекомендует научно-обоснованные мероприятия, которые необходимо проводить на государственном уровне в рамках первичной медико-санитарной помощи, что позволит достичь цели устойчивого развития ООН к 2030 году по сохранению и увеличению человеческого капитала, благосостояния населения в мире [71].

При разработке мероприятий по профилактике и оказанию медицинской помощи населению важно включение специалистов психического здоровья. Необходимо повышать информированность населения о симптомах и течении заболевания, предоставлять реальные цифры о больных, случаев смертности. Немаловажную роль играет проведение санитарно-эпидемиологических мер не только на рабочем месте, но и в индивидуальном порядке непосредственно населением.

Заключение по главе 4. COVID-19 одна из самых тяжелых кризисов общества и здравоохранения, неблагоприятная по последствиям для психического здоровья населения. Влияние коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека проявляется общими психологическими реакциями, выражающимися тревогой, нарушениях сна и выраженным стрессом. Неблагоприятные последствия пандемии COVID-19 на психическое здоровье населения диктуют необходимость анализа медико-демографического и социального профиля пациентов для полноты оценки влияния пандемии и дальнейшего роста соматических и психических заболеваний.

В проведенном анкетировании пациентов, обратившихся по поводу коронавирусной инфекции в обсерватории г. Ош Кыргызской Республики, расположенные в санатории «Барчын», Общежитии №5 и 7 Ошского государственного университета, общежитии №16 профилиция, медицинском центре «Барчын», участвовало 183 мужчин и 202 женщины, в основном 30-59 лет. Наибольший удельный вес составили женщины с высшим (58,4%) и средним образованием (37,6%), среди мужчин больше со средним (61,2%) и незаконченным высшим образованием (29,5%). На момент обследования работающих мужчин было 72,1%, женщин - 46,0%. Большинство мужчин были женаты – 61,2%, женщин, находящихся в браке составили 68,3%. В системе здравоохранения в период пандемии работали $34,0 \pm 2,4$ опрошенных. Большая часть пациентов отмечали, что в период пандемии у них было хорошее самочувствие. При этом, высокая частота гипертонической болезни указывалась, как женщинами, так и мужчинами по сравнению с сахарным диабетом и бронхиальной астмой.

У мужчин и женщин, находившихся на лечении от коронавирусной инфекции в обсерваториях, чаще наблюдались легкий депрессивный эпизод и острая реакция на стресс. У мужчин также чаще был установлен диагноз

«Тяжелый депрессивный эпизод без психосоматических симптомов», «Тревожное расстройство» и «Фабическое расстройство». У женщин чаще наблюдались такие заболевания как «Паническое расстройство», «Бессоница неорганической природы» и «Посттравматическое стрессовое расстройство».

Социологический опрос пациентов с различными жалобами психологического характера, показал субъективную оценку влияния пандемии на психическое здоровье населения. Большая часть опрошенных пациентов не знали были ли у них симптомы, переболели ли коронавирусной инфекцией, боялись заразиться коронавирусной инфекцией, причем от близких членов семьи, и потому применяли меры предосторожности заражения. Пациенты чаще всего при симптомах инфекции обращались к семейному врачу, а также к

знакомому врачу и врачу инфекционисту. Значительная часть опрошенных указали, что меры профилактики не эффективны, необходима изоляция при заражении COVID-19. При этом, по мнению большинства опрошенных, информация о мерах профилактики была достаточной.

Многофакторный анализ показал, что в период распространения COVID-19 в большей степени на развитие психического заболевания влияли депрессия, паника во время эпидемии, злоупотребление алкоголем и конфликт в семье. Это обусловило необходимость разработки рекомендаций для населения по сохранению психического здоровья, устойчивости к стрессу в период пандемии.

Введение ограничительных мер, направленных на снижение заболеваемости COVID-19, привело к определенным психологическим трудностям, изменениям привычного уклада жизни, страху заражения вирусом, тревоге о близких, относящихся к группам риска. Во время пандемии и изоляции основная часть пациентов, ответили, что потребность в общении со своей семьей намного возросла. Несмотря на противоречивые ответы, о потребности в общении с близкими в период изоляции от коронавирусной инфекции, основная часть пациентов нуждалась в эмоциональной поддержке членов семьи. При этом, во время пандемии возникали конфликты с членами семьи у большинства опрошенных пациентов, к сожалению, конфликты возникали часто. Большинство пациентов испытывали напряжение психоэмоционального состояния, сильную обеспокоенность сложившейся ситуацией, тревогу, депрессию, беспокойный сон и одиночество.

Оказание психологической помощи в период пандемии, имеет важное значение в стабилизации психологического здоровья населения. Слаженная работа врачей и психологов снизит психологические проблемы пациентов, что в свою очередь окажет положительное влияние на общественном здоровье.

Вышеперечисленное диктует необходимость повышения доступности психологической помощи населению, четкая маршрутизация потока пациентов в период пандемии [4]. Высокую озабоченность вызывает негативное влияние пандемии COVID-19 на уровень физической активности населения. Разумно

организованный образ жизни с использованием режима труда и отдыха, с соблюдением рациона и распорядка питания, с выполнением норм гигиены, закаливающих процедур и различных форм физической активности, является основой здорового образа жизни. В период пандемии COVID-19 население лишилось возможности ведения активного образа жизни, ограничила ежедневную двигательную активность людей. Почти третья часть пациентов считает, что физические упражнения играют важную роль в период пандемии. Физические упражнения не влияют на улучшение психоэмоционального состояния, это отметили в равной степени, как женщины, так и мужчины. В период изоляции у большей половины респондентов интернет занимал основную часть времени, это в основном отметили мужчины, тогда как у женщин интернет не занимал большую часть времени. До начала пандемии большая часть пациентов не курили и не употребляли алкоголь, среди них таковых было больше женщин, чем мужчин. Характер курения пациентов во время пандемии оставался таким же, как до распространения коронавирусной инфекции.

Только незначительная часть мужчин и женщин стали курить незначительно больше. Число пациентов, меньше употребляющих алкоголь во время распространения коронавирусной инфекции больше, чем тех, которые употребляли также, как и до пандемии. Необходимо отметить, что почти третья часть респондентов стали употреблять алкоголь чаще, особенно мужчины. Всемирная организация здравоохранения рекомендует людям оставаться физически активными даже в период самоизоляции. Особое внимание важно уделить сохранению психического здоровья населения, в частности мероприятиям по организации профилактических мероприятий, психологической поддержке, оказанию психотерапевтической и психиатрической помощи в условиях длительного стресса [4].

ГЛАВА 5

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (НА ПРИМЕРЕ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ)

По рекомендациям ВОЗ о необходимости изменения подходов к психическому здоровью и оказанию психиатрической помощи определены основные направления совершенствования психиатрической помощи:

- *изменение отношения к психическому здоровью*, основанное на углубленном понимании ценности психического здоровья и повышении внимания к пациентам, путем обеспечения участия населения с проблемами психического здоровья в общественной жизни и принятии решений по преодолению дискриминации и стигматизации, сокращению неравенства и укреплению социальной справедливости в обществе;

- *снижение рисков для психического здоровья* путем усиления взаимодействия между различными секторами по изучению структурных и социальных детерминант психического здоровья и определению мероприятий, уменьшающих риски, увеличивающих устойчивость к факторам внешней среды, устраняющих барьеры полноценного участия в общественной жизни;

- *укрепление систем оказания психиатрической помощи* на основе совершенствования организационных форм и методов, способствующих повышению качества психиатрической помощи. Необходимо обеспечение оказания психиатрической помощи в объеме общей медицинской помощи, охране психического здоровья на первичном уровне и за пределами системы здравоохранения, а также использование метода удаленного режима [10].

Необходимо решение задач по подготовке общественных, медицинских и социальных учреждений к работе в экстренном и чрезвычайном режиме по обеспечению психосоциальной поддержки населения в чрезвычайных ситуациях.

Основные задачи вопросов охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки населения при чрезвычайных ситуациях:

1. Создание психологической службы при Министерстве чрезвычайных ситуаций Кыргызской Республики.

2. Формирование устойчивых механизмов по усилению потенциала специалистов Гражданской защиты по оказанию психологической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях.

3. Создание эффективных механизмов по координации, взаимодействию организаций здравоохранения Министерства здравоохранения и служб Министерства чрезвычайных ситуаций в вопросах охраны психического здоровья при чрезвычайных ситуациях.

4. Разработка образовательных программ, методических пособий по вопросам охраны психического здоровья при чрезвычайных ситуациях для специалистов Гражданской защиты Министерства чрезвычайных ситуаций Кыргызской Республики.

5. Формирование выездных бригад в составе врачей психиатров, психологов в зависимости от численности населения.

Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи в психиатрии (на примере Ошского областного центра психиатрии и наркологии)

Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи определяется, с одной стороны, потребностью населения в данном виде медицинских услуг, с другой – необходимостью рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения республики.

Отделение дневного пребывания, дневной стационар (далее – дневной стационар) – самые массовые формы среди стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи.

Анализ результатов проведенного исследования показал необходимость создания дневных стационаров на базе Ноокатской и Кара-Суйской территориальных больниц, а также на базе ЦОВП Алайского, Араванского, Кара-Кульджинского, Узгенского и Чон-Алайского районов, что позволит повысить доступность, качество оказания психиатрической помощи населению данных районов и снизить нагрузку на врачей Ошского областного центра психиатрии и наркологии (рисунок 5.1).

Целью организации дневного стационара является проведение диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования и в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов. Профиль и мощность дневного стационара определяется исходя из приоритетных задач, стоящих перед здравоохранением каждой конкретной территории (район, город, область).

На госпитализацию в дневной стационар целесообразно направлять пациентов с аффективными расстройствами; невротическими расстройствами, связанными со стрессом и соматоформные расстройства; поведенческими синдромами, связанными с физиологическими нарушениями и физическими факторами; после применения определенных диагностических процедур, лечебных мероприятий, должно осуществляться краткосрочное (в течение нескольких часов) медицинское наблюдение; нуждающихся в длительном внутривенном вливании медикаментозных препаратов; для получения различных диагностических исследований, требующих специальной подготовки и процедур (ванны, грязевые аппликации, массаж, вытяжение и т.д.) с обязательным последующим отдыхом; для получения неотложной помощи по поводу состояний, возникших во время пребывания в поликлинике и на близлежащей территории; долечивания после интенсивного лечения в

условиях стационара с круглосуточным пребыванием (продолжение психотерапии, арт терапии и т.д.); нуждающихся в контролируемом лечении (подростки, пожилые, беременные женщины и др.); имеющих социальные показания для пребывания в дневном стационаре и т.д.

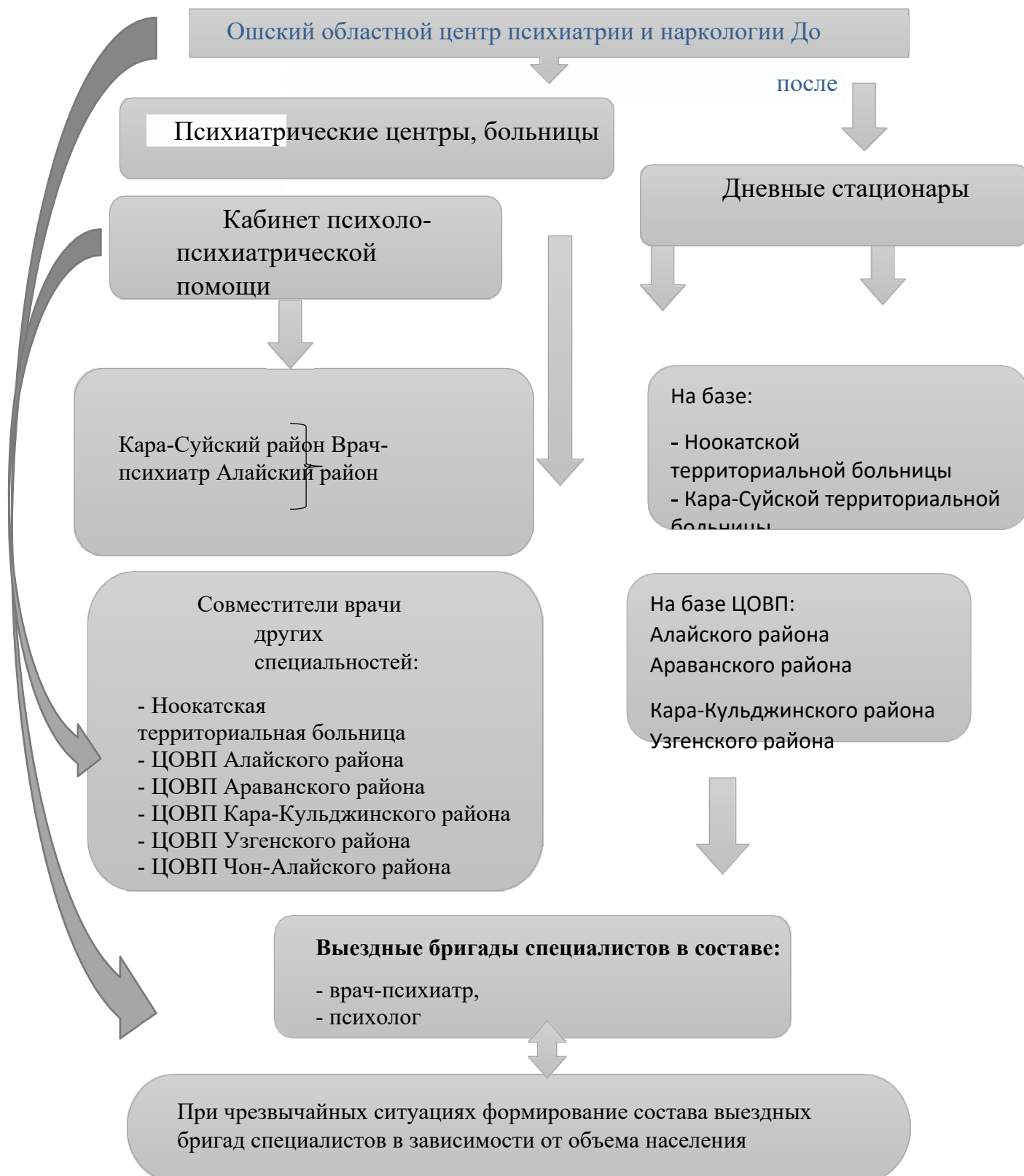


Рисунок 5.1 – Модель организации оказания психиатрической помощи населению Ошской области.

В дневных стационарах обеспечивается регулярное (ежедневное) наблюдение за пациентом, активное лечение и обследование в объеме, близком к осуществляемому в стационаре с круглосуточным пребыванием.

Важной положительной чертой дневных стационаров является то, что пациент находится в привычной для него среде, не прерываются связи с семьей. Благодаря созданию дневных стационаров повышается доступность плановой стационарной помощи пациентам. Так, лица, которые не могут воспользоваться стационарной помощью по семейным обстоятельствам (например, необходимость ухода за детьми, инвалидами) или пожилые пациенты могут быть направлены в дневной стационар. Дневной стационар максимально приближен к отделению восстановительного лечения для широкого применения различных физиотерапевтических процедур, психотерапии, иглорефлексотерапии, лечебной физкультуры и т.д. Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, как правило, включает лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозную терапию, восстановительное лечение.

Продолжительность времени пребывания пациентов в дневном стационаре с учетом проводимых методов оказания медицинской помощи и в зависимости от состояния здоровья пациента, в среднем 30-36 дней. Как и в обычном стационаре, пациенты регулярно осматриваются врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей узких специальностей. При использовании стационара на дому проводится работа не только с пациентом, но и с членами его семьи, которые должны быть обучены правилам ухода и нуждаются в психологической поддержке.

К числу других, более редких форм стационарозамещающей медицинской помощи *относятся вечерние и ночные стационары, стационары выходного дня, комплексы: дневной стационар-пансионат.* В психиатрии дневные стационары создают благоприятные условия для лечения пациентов, у которых работоспособность не страдает и сохраняется установка на

продолжение работы или учебы, лечение нервно-психических расстройств, проявляющихся в ночное время (например, нарушение сна).

Правильная организация работы по плановой подготовке пациентов в амбулаторных условиях к проведению психолого-психотерапевтических услуг позволяет применять такие стационарозамещающие формы работы как *амбулаторные дневные стационары*. Внедрение современных стационарозамещающих форм позволяет обойтись без госпитализации или краткосрочной госпитализации.

Основные принципы общественно-ориентированной психиатрии: комплексная специализированная психиатрическая и социальная помощь на уровне первичного звена, включение психиатрической помощи в общесоматическую сеть, мультидисциплинарный подход при оказании психиатрической помощи, соблюдение прав пациентов с психическими расстройствами.

На базе больниц общего профиля, пунктов первичной медико-санитарной помощи, комплексных центров по охране психического здоровья и центров по дневному уходу, а также системы по оказанию помощи лицам с психическими расстройствами, проживающим в семьях, и поддержки на дому:

- Организовать амбулаторное обслуживание в области психического здоровья и отделения психического здоровья для госпитализированных во всех больницах общего профиля.

- Создать службы психического здоровья по месту жительства, а также выездные службы, службы надомной помощи и поддержки, службы неотложной помощи, службы реабилитации по месту жительства и службы поддержки на дому.

- Создать междисциплинарные группы по психическому здоровью для оказания помощи лицам с психическими расстройствами и их семьям/медработникам по месту жительства.

- Включать психическое здоровье в программы по определенным заболеваниям, например, таким, как ВИЧ/СПИД, и в программы материнского, сексуального и репродуктивного здоровья.

- Поддерживать создание служб психического здоровья по месту жительства, в т.ч. групп самопомощи и семейной поддержки.

- Разрабатывать и осуществлять на практике средства или стратегии самопомощи и попечения в отношении лиц с психическими расстройствами, в т.ч. с применением электронных и мобильных технологий.

- Проводить мероприятия по урегулированию семейных кризисов и оказывать помощь и поддержку семьям и лицам, осуществляющим уход, на уровне первичной медико-санитарной помощи и других уровнях обслуживания.

- Применять стандарты проекта ВОЗ «Качество и права» для оценки и улучшения качества обслуживания и соблюдения прав человека в больничных и амбулаторных психиатрических учреждениях и учреждениях социальной помощи.

Комплексная и гибкая медико-санитарная помощь позволяет объединять и координировать единую систему профилактики, укрепления здоровья, реабилитации, медико-санитарного обслуживания и поддержки, которая направлена на удовлетворение потребностей психического и физического здоровья.

Нами разработаны общие положения и организованы группы само и взаимопомощи в Ошском областном центре психиатрии и наркологии, являющихся одними из функций дневного стационара. Предлагается использование обоих понятий — самопомощь и взаимопомощь - как равнозначных и подразумевающие под собой объединение усилий людей, перед которыми стоят схожие задачи для оказания помощи друг другу. Группы само и взаимопомощи в отделении дневного стационара предназначены для людей, объединенных общей жизненной проблемой или ситуацией. Таковой может быть хроническое заболевание или зависимость, пережитая участниками личная драма, ситуация неприятия обществом, обеспечение кратковременного постельного режима по медицинским показаниям, проведение лечебных мероприятий. В

группы взаимопомощи могут объединяться непосредственно люди, затронутые серьезной проблемой, либо их близкие - родные и друзья.

При необходимости группа само и взаимопомощи может быть профилирована по возрастному (гериатрический) и по нозологическому (для больных с психическими расстройствами, неврозами) принципу. Койки мест не требуется, при необходимости можно использовать койки дневного стационара Ошский областной центр психиатрии и наркологии. Мощностъ и профиль Группы само и взаимопомощи определяется директором Ошского областного центра психиатрии и наркологии.

Финансирование Групп само и взаимопомощи предусматривается в смете организации здравоохранения. Расходы на питание больных, на приобретение медикаментов, перевязочных средств и мягкого инвентаря устанавливаются в соответствии с действующими расчетными нормами. Участники Группы само и взаимопомощи в дневном стационаре (отделении) пользуются одноразовым питанием (обед). Оснащение дневного стационара (отделении) мягким инвентарем производится из расчёта количества развёрнутых коек по действующим для психиатрических организаций расчётным нормам финансирования.

Взаимная помощь становится реальностью, когда люди, перед которыми стоят общие проблемы или задачи, объединяются для взаимной поддержки и конструктивных действий в их решении. Подобная помощь обычно базируется на собственном опыте членов таких коллективов в решении конкретных проблем. Эти группы называются группами самопомощи. Но термин «группы взаимопомощи» представляется наиболее полным, поскольку подобная помощь является обоюдной, а не односторонней. Самопомощь может быть первым шагом, когда человек сталкивается с какими-либо проблемами и пытается их решить. Его изолированность можно рассматривать лишь в физиологическом смысле. В поисках же смысла жизни, выхода из трудной жизненной ситуации, удовлетворения своих желаний он активно вступает во взаимодействие с другими людьми, социальными группами, становясь их членом или организуя их. Помогая другому, оказавшемуся в подобной ситуации, с пониманием выслушивая его,

выказывая внимание, человек испытывает бескорыстное и облагораживающее чувство великодушия, щедрости. Его самоуважение растёт, что даёт существенный терапевтический эффект.

Функции группы само и взаимопомощи:

- Поддержка больных с психическими и поведенческими расстройствами, с обострениями или декомпенсацией психического состояния, не нуждающихся в активной терапии, ежедневном врачебном наблюдении и не требующих обязательной госпитализации, проведение им широкого комплекса лечебно-восстановительных мероприятий;

- Оказание, совместно с врачом-психиатром, социально-правовой помощи психически больным, регулирование их трудовых и бытовых вопросов и т.д.

Показания и противопоказания к направлению в Группу само- и взаимопомощи

В группу принимаются:

а) психически больные, не нуждающиеся в активном лечении, состояние которых не требует обязательной госпитализации в психиатрический стационар, сохраняющие вместе с тем упорядоченность поведения и положительную установку на лечение;

б) больные, нуждающиеся в коррекции поддерживающей терапии, если требуется ежедневное наблюдение врача;

в) больные с обострениями психопатологических расстройств или декомпенсации в рамках пограничных состояний (не более 15% от всего количества больных в дневном стационаре);

г) больные в начальной стадии психического заболевания или обострения с целью диагностики, лечения, а также профилактики рецидива;

Не подлежат приёму в Группы само и взаимопомощи: а) психически больные, представляющие непосредственную опасность для себя и окружающих;

б) больные в силу своего психического состояния и поведения, отрицательно влияющие на других больных; в) лица, страдающие тяжёлыми соматическими, а

также инфекционными и венерическими заболеваниями в заразном периоде; г) лица с алкогольной, наркотической и другой зависимостью.

Группы взаимопомощи могут быть следующих типов:

- Группы I типа занимаются преимущественно контролем или коррекцией поведения. И объединяют в себе людей с общими проблемами, заболеваниями.

- Группы II типа объединяют людей, находящихся в общих стрессовых ситуациях, в соответствии с которыми их можно разделить на подтипы по специфике групповых форм психологической работы. Эти группы могут фокусироваться на таких кризисных ситуациях, как изнасилование, убийство кем-либо ребенка и выживание после суицидной попытки.

- Группы III типа занимаются так называемыми переходными периодами жизни, или переходом к нормальному состоянию. Такие группы стремятся скорее к совладанию с кризисными ситуациями, чем к изменению статуса своих членов. В их работе участвуют люди, испытывающие дискриминацию в связи с их полом, расовой или классовой принадлежностью и сексуальной ориентацией.

- Группы IV типа не имеют какой-либо определенной общей проблемы, они стремятся к общей самоактуализации и повышению личной эффективности.

Основные характеристики групп взаимопомощи (таблица 5.1):

- у каждого из участников есть общие проблемы или ситуации; люди, не относящиеся к данной категории, могут присутствовать на открытых собраниях или информационных встречах со специалистом только с особого разрешения группы;

- цели и задачи группы определяются потребностями реальных участников и продиктованы их повседневными проблемами, взаимопомощь строится на желании людей активно решать эти проблемы, работа группы рассчитана исключительно на внутренние ресурсы самих участников;

Таблица 5.1 - Краткая характеристика группы само- и взаимопомощи

№ пп	Ведущий и его роль	Характеристика участников, количество	Время проведения, продолжительность работы группы	Место проведения	Особенности участия
1	<p>Ведущий занимается организацией и ведением групповых форм работы, сам находится в проблеме. Может не иметь профессиональной подготовки. Данная позиция выборная. В развитых, зрелых группах эту роль могут выполнять несколько человек. Не является лидером группы. Высказывается в вной мере с остальными участниками</p>	<p>Люди, объединенные общей проблемой, ситуацией. До 20–25 участников</p>	<p>1,5–2 часа. Продолжительность работы группы не оговаривается, может работать неограниченно долго</p>	<p>Комфортное место проведения в любом учреждении (офис организации, общественный центр, конференцзал в организации здравоохранения) Комната со стульями, которые можно поставить по кругу.</p>	<p>Группа закрыта для людей, не причастных к проблеме (родственники, друзья и пр.), но открыта для новых участников, находящихся в проблеме. Также, возможно приглашение специалистов на отдельные открытые встречи Участие в группе бесплатное</p>

- все решения относительно группы принимаются собранием либо активом группы;

- активисты и лидеры (включая фасилитаторов), взяв на себя ответственность за развитие группы, остаются равными с другими участниками, во время группового процесса они также делятся своими проблемами и соответствующим жизненным опытом;

- группу ведет фасилитатор - человек, занимающийся организацией и ведением групповых форм работы. Его задача - следить за соблюдением правил, поддерживать обмен опытом и плодотворное обсуждение на группе. Фасилитатор не «руководит группой», не ведет участников за собой, он просто облегчает естественный ход встречи группы.

Управление и структура

1. Группу ведет фасилитатор — человек, занимающийся организацией и ведением групповых форм работы. Его задача — следить за соблюдением правил, поддерживать обмен опытом и плодотворное обсуждение на группе. Фасилитатор не «руководит группой», не ведет участников за собой, он просто облегчает естественный ход встречи группы

2. Штаты фасилитатора не предусмотрены. Это дополнительная нагрузка врачей психиатров дневного стационара, оплата через коэффициент трудового участия.

3. Заведующий дневным отделением руководствуется должностной инструкцией, утверждённой руководителем данной организации здравоохранения.

Организация работы

Порядок вступления в группу, организация работы возложена на фасилитатора. Организация лечебного процесса должна осуществляться в строгом соответствии с требованиями Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

1. Работа групп само и взаимопомощи проводится в тесном контакте с организациями службы психического здоровья (клинико-диагностическое отделение Ошского областного центра психиатрии и наркологии),

психиатрическими кабинетами Центров семейной медицины, а также с стационарными подразделениями Ошского областного центра психиатрии и наркологии и другими лечебно-профилактическими организациями данной территории.

2. Отбор больных в Группу само и взаимопомощи производится фасилитатором врачом отделения или клинико-диагностическое отделение Ошского областного центра психиатрии и наркологии, под наблюдением которого находится больной, как правило, после необходимого медицинского обследования. Вопрос о приёме в Группу само и взаимопомощи решает фасилитатором и активные члены группы.

В спорных случаях, возникающих при приёме больного, окончательное решение принадлежит, заместителю по лечебной части организации, в структуре которого находится дневной стационар.

3. График работы Группы само и взаимопомощи, решает фасилитатор с активными членами группы или их родственниками кроме воскресенья, с продолжительностью и режимом работы, в одну смену соответствующим таковым в профильных стационарных отделениях, за исключением работы в ночное время.

4. Если нуждается из членов группы в лечении в дневном стационаре осуществляется по клиническим протоколам, как правило, ежедневно в течение одной смены.

5. на членов группы не заводится медицинская карта стационарного больного, ведется журнал с названием группы.

Группа само и взаимопомощи для психически больных является промежуточным звеном между внебольничным и стационарным психиатрическими звеньями, предназначенным для оказания помощи больным с психическими расстройствами, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, нуждающимся в лечебно-

диагностической помощи в дневное время, по объёму и интенсивности приближенной к стационарной.

В настоящее время активно разрабатываются и развиваются новые формы психиатрической помощи. При этом акцент делается на оказание ее в привычной пациенту среде в сообществе. Однако до последнего времени это в большей степени означало развитие внебольничных форм психиатрической помощи (реабилитационные программы в дневных стационарах, на участке диспансера, бригады настойчивого лечения в сообществе и прочее). Социальная же служба, обладающая значительным количеством ресурсов (в частности, центры социального обслуживания), которые могут быть использованы при работе с психически больными, социально уязвимых категорий населения, задействована была лишь в минимальной степени [69].

Мероприятия по совершенствованию организации оказания психиатрической помощи населению Ошской области позволят повысить доступность психолого-психиатрической помощи, улучшить качество медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. В Ошской области наблюдается тенденция снижения учтенной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения с увеличением консультативной помощи в 2016 и 2021 годы. Выявлен высокий уровень первичной заболеваемости в Карасуйском, Узгенском и Ноокатском районах Ошской области. Ведущее место занимают эпилепсия, шизофрения, болезнь Альцгеймера (деменции), а также невротические состояния с высокой частотой обращаемости особенно в 2021 году. По Ошской области выявлена тенденция увеличения обращаемости и проведенных консультаций в 2018 и 2019 годы. При этом фактическая заболеваемость ниже прогностической по Ошской области. Среди общего числа инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения преобладают лица со II группой инвалидности. Частота первично-признанных инвалидов имела тенденция прироста в 2019 и 2021 годы. По годам высокий удельный вес первично-признанных инвалидов выявлен в Карасуйском, Ноокатском, Алайском районах.

2. В период пандемии большинство пациентов испытывали напряжение психоэмоционального состояния, сильную обеспокоенность сложившейся ситуацией, тревогу, депрессию, беспокойный сон и одиночество. Выявлены ведущие факторы риска психических расстройств и расстройств поведения: боязнь заражения; страх пандемии; паника во время пандемии; изоляция.

3. Установлена низкая обеспеченность районов Ошской области врачами психиатрами, психологами, особенно детского профиля, отсутствием специалистов в Кара-Кульджинском и Чон-Алайском районах, высоким коэффициентом совместительства.

4. Совершенствование системы оказания психиатрической помощи с организацией дневных стационаров на региональном уровне, созданием групп само и взаимопомощи способствует повышению доступности и качества медицинской помощи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

I. На уровне Правительства Кыргызской Республики

1. Осуществление Программы Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы в соответствии с Программой Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна».

II. На уровне Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

1. На современном этапе развития системы здравоохранения наиболее рациональной организационной моделью совершенствования оказания психиатрической помощи являются дневные стационары при Центрах общей врачебной практики, позволяющие повысить доступность медицинской помощи.

2. При чрезвычайных ситуациях формирование групп экстренной психолого-психиатрической помощи по оказанию своевременной квалифицированной медицинской помощи.

III. На уровне Областного центра психиатрии и наркологии

1. Создание выездных бригад врачей психиатров и психологов по районам Ошской области с целью консультативной, диагностической психолого-психиатрической помощи.

2. Организация групп само и взаимопомощи как промежуточного звена между внебольничным и стационарным психиатрическими уровнями.

IV. На уровне образовательных учреждений

1. Подготовка врачей психиатров на додипломном уровне.

2. Постоянное повышение квалификации врачей психиатров и психологов, специалистов совместителей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. **Акпышаров, Н. Т.** Совершенствование психиатрической помощи как наиболее актуальной проблемы общественного здравоохранения [Текст] / Н. Т. Акпышаров // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск, 2020. – Т. 6. № 5. – С. 184-194.
2. **Акпышаров, Н. Т.** Медико-социальная характеристика пациентов города Ош Кыргызской Республики с коронавирусной инфекцией [Текст] / Н. Т. Акпышаров // Научное обозрение. Медицинские науки. – Москва, 2022. – № 4. – С. 5-9.
3. **Акпышаров, Н. Т.** Оценка влияния COVID-19 на психическое здоровье (по данным анкетирования) [Текст] / Н. Т. Акпышаров // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2023. – № 4. – С. 69-72.
4. **Акпышаров, Н. Т.** Особенности образа жизни, психическое здоровье и COVID-19 [Текст] / Н. Т. Акпышаров // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск, 2023. – Т. 9, № 7. – С. 209-215.
5. **Акпышаров, Н. Т.** Динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в Ошской области Кыргызской Республики [Текст] / Н. Т. Акпышаров // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – Москва, 2023. – № 9 – С. 13-17.
6. **Алехин, А. Н.** Пандемия: клинико-психологический аспект [Текст] / А. Н. Алехин, Е. А. Дубинина // Артериальная гипертензия. – 2020. – № 26 (3). – С. 312-316.
7. **Албакова, З. А-М.** Психологические и психические последствия заболевания COVID-19 [Текст] / З. А-М. Албакова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2022. – № 5 (119). – С. 207-211.
8. Анализ заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения среди населения Северо-Западного федерального округа с учетом пола и возраста [Текст] / [К. М. Есина, В. С. Скрипов, Л. В.

Кочорова и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2019. – Т. 68 (4). – С. 162-165.

9. **Бачило, Е. В.** Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19 [Текст] / Е. В. Бачило // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120 (10). – С. 130-136.

10. ВОЗ: необходимо срочно изменить подход к психическому здоровью и оказанию психиатрической помощи [Электронный ресурс]. - Женева, 2022. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>.

11. Влияние пандемии COVID-19 на физическую активность студенческой молодежи: научное издание [Текст] / [А. А. Осипов, Т. Н. Клепцова, Т. В. Лепилина и др.] // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2021. – № 3. – С. 313-317.

12. Влияние пандемии COVID-19 на распространённость и особенности потребления табака, алкоголя и наркотических средств по данным зарубежных и отечественных исследований [Текст] / [Т. В. Клименко, Г. А. Корчагина, Е. В. Фадеева и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2021. – № 5. – С. 83- 92.

13. **Волкова, Л. В.** Пандемия COVID-19: новые грани социального неравенства [Текст]: Матер. Междунар. науч. конф. / Л. В. Волкова // COVID- 19 как фактор отражения социального неравенства. – М.: МАКС Пресс, 2020. – С. 19-23.

14. **Гебель, В.** COVID-19: последствия для психического здоровья и возможности применения электронных технологий при оказании помощи [Текст] / В. Гебель, Р. Лукис, Й. Стрикер // Consortium Psychiatricum. – 2020. – Т. 1, № 1. – С. 3-7.

15. **Голубева, Н. В.** Панические расстройства во внутрисемейных отношениях, как последствия воздействия коронавирусной инфекции (обзор литературы) [Текст] / Н. В. Голубева, Д. В. Иванов, М. С. Троицкий // Вестник новых медицинских технологии. – 2020. – № 2. – С. 1-5.

16. **Горинов, В. В.** Бредовые расстройства: преморбидные и структурные

характеристики, судебно-психиатрическая оценка [Текст] / В. В. Горинов // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 2. – С. 4-8.

17. **Гурович, И. Я.** Направления совершенствования психиатрической помощи [Текст] / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 1. – С. 5-9.

18. **Данилин, И. И.** Физическая активность в период пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] / И. И. Данилин, М. П. Лебедева // Международный студенческий научный вестник. – 2021. – № 6. – Режим доступа: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=20742>. – Загл. с экрана.

19. **Демчева, Н. К.** Динамика заболеваемости психическими расстройствами городского и сельского населения Российской Федерации в 1991–2018 гг. [Электронный ресурс] / Н. К. Демчева, А. В. Яздовская, Т. А. Николаева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 7. – Режим доступа: <https://panor.ru/magazines/vestnik-psikhiatrii-nevrologii-i-neurokhirurgii/numbers/701.html#>. – Загл. с экрана.

20. **Демчева, Н. К.** Динамика общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Российской Федерации в возрасте от 60 лет и старше в 2000–2016 гг. [Текст] / Н. К. Демчева, З. И. Кекелидзе, Б. А. Казаковцев, Е. В. Макушкин // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 4. – С. 4-12.

21. **Демчева, Н. К.** Обеспеченность психиатрической помощью населения Российской Федерации и федеральных округов в 2015-2017 годы [Текст] / Н. К. Демчева, О. В. Сидорюк, Т. А. Николаева // Психическое здоровье. – 2018. – № 6. – С. 10-19.

22. **Довженко, Т. В.** Психиатрическая помощь в первичном звене здравоохранения: обеспеченность и потребность [Текст] / Т. В. Довженко, А. Е. Бобров, В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, № 1. – С. 50-58.

23. Доклад о состоянии мер общественного здравоохранения по борьбе с деменцией в мире: резюме [Электронный ресурс] / ВОЗ, 2021. – 28 с. – Режим

доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344707/9789240038684-rus.pdf>.

– Загл. с экрана.

24. Дутов, В. Б. Концепция развития центров психического здоровья населения [Текст] / В. Б. Дутов, Н. Г. Незнанов, А. Г. Софронов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28, № 4. – С. 54-60.

25. Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013-2020 гг. / ВОЗ. – 2013. – 19 с.

26. Заболеваемость психическими расстройствами населения Северо-Западного федерального округа в 2016-2018 гг. [Текст]: статист. матер. / [П. Д. Чернов, С. В. Ляшковская, В. В. Фрейзе и др.] // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. – 2019. – С. 398–463.

27. Здоровье дома: психическое здоровье [Текст] / Психическое здоровье. ВОЗ. – 2021. – 4 с.

28. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2015 год [Электронный ресурс]: стат. сб. – Бишкек, 2016. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

29. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2016 год [Электронный ресурс]: стат. сб. – Бишкек, 2017. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

30. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2017 год [Электронный ресурс]: стат. сб. – Бишкек, 2018. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

31. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2018 год [Электронный ресурс]: стат. сб. – Бишкек, 2019. – Режим доступа: <https://cez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

32. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2019 год [Электронный ресурс]: стат. сб. – Бишкек, 2020. – Режим доступа: <https://sez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

33. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2020 год [Электронный ресурс]: стат. сб. – Бишкек, 2021. – Режим доступа: <https://sez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

34. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики за 2021 год [Электронный ресурс]: стат. сб. – Бишкек, 2022. – Режим доступа: <https://sez.med.kg/>. – Загл. с экрана.

35. **Зинченко, Е. Н.** Распространенность психических расстройств у сельского населения Украины [Текст] / Е. Н. Зинченко // Медицина. – 2013. – № 8. – С. 51-55.

36. Заболеваемость психическими расстройствами населения Северо-Западного федерального округа в 2016-2018 гг. [Текст]: статист. матер. / [П. Д. Чернов, С. В. Ляшковская, В. В. Фрейзе и др.] // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. – 2019. – С. 398-463.

37. **Зинченко, Е. Н.** Распространенность психических расстройств у сельского населения Украины [Текст] / Е. Н. Зинченко // Медицина. – 2013. – № 8. – С. 51-55.

38. **Золотарева, Л. С.** Совершенствование системы организации психиатрической помощи мегаполиса [Текст] / Л. С. Золотарева, А. В. Масякин // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 7. – С. 24-28.

39. **Исаева, Е. Р.** Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы [Текст] / Е. Р. Исаева, Ю. В. Мухитова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27, № 1. – С. 83-90.

40. **Качаева, М. А.** Стратегические направления деятельности ВОЗ по охране психического здоровья населения [Текст] / М. А. Качаева, С. В. Шпорт,

- С. А. Трущелёв // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 6. – С. 10- 23.
41. **Кислицына, О. А.** Долгосрочные негативные последствия пандемии COVID-19 для здоровья населения [Текст] / О. А. Кислицына // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67, № 4. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1281/30/lang,ru/>. – Загл. с экрана.
42. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг. [Текст] / Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. – 2013. – 37 с.
43. **Кораблев, В. Н.** Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций [Текст]: монография / В. Н. Кораблев. – Хабаровск, 2015. – 256 с.
44. **Кочетова, Ю. А.** Исследования психического состояния людей в условиях пандемии COVID-19 [Текст] / Ю. А. Кочетова, М. В. Климакова // Современная зарубежная психология. – 2021. – Т. 10, № 1. – С. 48-56.
45. **Кудряшов, Ю. Ю.** Телемедицинская профилактика, реабилитация и управление здоровьем: проблемы и решения [Текст] / Ю. Ю. Кудряшов, О. Ю. Атьков, О. В. Касимов // Врач и информационные технологии. – 2016. – № 2. – С. 73-80.
46. **Лиманкин, О. В.** Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические и организационные аспекты) [Текст]: автореф. ... Д-ра мед. наук: 14.01.06 / О. В. Лиманкин. – Москва, 2016. – 47 с.
47. **Лиманкин, О. В.** Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения [Текст] / О. В. Лиманкин, С. А. Трущелёв // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 6. – С. 4-15.
48. **Лутова, Н. Б.** Психиатрическая стигма: клинико-демографические или культуральные факторы [Текст] / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич М. Ю.

- Сорокин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29, № 4. – С. 50- 56.
49. **Лутова, Н. Б.** Семейная обременённость родственников больных депрессией и шизофренией: сравнительный анализ [Текст] / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Российский психиатрический журнал. – 2022. – № 2. – С. 61-69.
50. **Макушкин, Е. В.** Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах [Текст] / Е. В. Макушкин, Н. К. Демчева // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 4. – С. 4-15.
51. **Мамбетов, М. А.** Тенденции заболеваемости психическими расстройствами в Кыргызской Республике [Текст] / М. А. Мамбетов, А. Н. Акпышаров // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2020. - № 12. – С. 39-42.
52. **Мамбетов, М. А.** Психическое здоровье населения Ошской области Кыргызской Республики в период коронавирусной инфекции [Текст] / М. А. Мамбетов, А. Н. Акпышаров // Научное обозрение. Медицинские науки. – Москва, 2023. - № 4. – С. 47-51.
53. **Мамбетов, М. А.** Частота психических расстройств и расстройств поведения подростков и детей до 14 лет по данным Центра психического здоровья г. Ош [Текст] / М. А. Мамбетов, А. Н. Акпышаров // Известия вузов Кыргызстана. -2023. – № 3. – С. 51-55.
54. **Мальцева, М. Н.** Помощь пациентам, имеющим поведенческие и психологические проблемы, получающим лечение от коронавирусной инфекции (COVID-2019) в условиях пандемии [Текст] / М. Н. Мальцева, А.А. Шмонин, Е. В. Мельникова, Г. Е. Иванова // Вестник восстановительной медицины. – 2020. - № 3 (97). – С. 105-109.
55. **Масякин, А. В.** Модернизация кадрового обеспечения психиатрической службы г. Москвы в 2010-2017 гг. [Текст] / А. В. Масякин //

Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019.
– Т. 27 (2). – С. 187-191.

56. **Медведев, В. Э.** COVID-19 и психическое здоровье: вызовы и первые выводы [Текст] / В. Э. Медведев, О. А. Доготарь // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – № 12. – С. 4-10.

57. Научные основы организации психиатрической помощи: разработка концептуальной базы современной психиатрической службы [Текст] / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, Т. А. Солохина, И. А. Митихина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2016. – Т. 116 (9). – С. 4-12.

58. **Новицкий, М. А.** Частота встречаемости депрессивных расстройств у пациентов с шизофренией [Текст] / М. А. Новицкий, Н. А. Шнайдер, Р. Ф. Насырова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2021. – Т. 55 (3). – С. 45-61.

59. Опыт применения международной классификации функционирования в работе методистов ЛФК для оценки эффективности респираторной реабилитации пациентов с COVID-19 [Текст] / С. В. Белокопытова, И. Ю. Аксененко, Е. Н. Голобокова, Р. Н. Белокопытов // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2021. – № 3. – С. 29-33.

60. О введении режима повышенной готовности [Текст]: Указ мэра Москвы от 5 марта 2020 г. No 2-УМ. – Режим доступа: <https://rg.ru/documents/2020/03/05/moscow-ukaz12-reg-dok.html>. – Загл. с экрана.

61. О необходимости психологической поддержки граждан в условиях пандемии COVID-19 [Текст] / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, А. В. Метельская, А. Р. Шкрумяк // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, №S1. – С. 572-575.

62. **Одинцова, Г. В.** Особенности социальной адаптации женщин репродуктивного возраста при эпилепсии и мигрени [Текст] / Г. В. Одинцова, М. В. Александров, С. В. Нестерова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – Спецвыпуск 1. – С. 46-50.

63. Особенности ведения коморбидных пациентов в период пандемии

новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Национальный Консенсус 2020 [Текст] / [В. Б. Гриневич, И. В. Губонина, В. Л. Дощицин и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 4. – С. 135–172.

64. **Осколкова, С. Н.** Амбулаторные случаи психических нарушений в период коронавирусной пандемии COVID-19 [Текст] / С. Н. Осколкова // Психиатрия. – 2020. – Т. 18 (3). – С. 49-57.

65 **Островский, Д. И.** Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (обзор литературы) [Текст] / Д. И. Островский, Т. И. Иванова // Омский психиатрический журнал. – 2020. – Т. 24, № 2-1S. – С. 4-10.

66. Охрана психического здоровья [Текст] / ВОЗ. Информационный бюллетень. Июль 2020. – 2022. – 4. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1190/30/lang,ru/>

67. Пандемия в роли катализатора: COVID-19 стал стимулом к решению приоритетных задач в области психического здоровья [Электронный ресурс] / ООН. – 2021. – Режим доступа: <https://www.un.org/ru/155130>. – Загл. с экрана.

68. Пандемия коронавирусного заболевания (COVID-19) [Текст] / ВОЗ. – 2023. – Режим доступа: <https://www.who.int/europe/ru/emergencies/situations/covid-19>. – Загл. с экрана.

69. **Папсуев, О. В.** Опыт взаимодействия психиатрической службы и комплексного центра социального обслуживания [Текст] / О. В. Папсуев, Л. Я. Висневская, А. В. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 4. – С. 69-72.

70. Последующие меры в контексте политической декларации третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними [Текст] / 75 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. ВОЗ. – Женева, 2022. – 7 с.

71. Приоритетные направления профилактики неинфекционных заболеваний в повестке 75-й Всемирной ассамблеи здравоохранения: планы на будущее [Текст] / [О. М. Драпкина, Г. Я. Масленникова, Р. Н. Шепель и др.] //

Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 6. – С. 7–11.

72. Программа Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы [Электронный ресурс]: Постановление Правительства Кырг. Респ. от 1 марта 2018 года № 119 // Норматив. акты Кырг. Респ. – 2018. – Режим доступа: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/11840>. – Загл. с экрана.

73. Проект глобального плана действий сектора общественного здравоохранения по реагированию на деменцию [Текст] / Семидесятая сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения. – 2017. – 39 с.

74. Психическое здоровье [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2022. – Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. – Загл. с экрана.

75. Психические расстройства [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2022. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. – Загл. с экрана.

76. Пугачева, М. Г. Актуальные вопросы в терапии биполярного расстройства [Текст] / М. Г. Пугачева, М. М. Шапкова, В. А. Кондрашов // Вестник науки и творчества. – 2018. – № 2. – С. 57-59.

77. Результаты взаимодействия с региональными службами в рамках телемедицинских консультаций по психиатрии и наркологии [Текст] / [В. С. Скрипов, И. И. Чехонадский, Л. В. Кочорова и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2019. – № 3. – С. 73-77.

78. Реорганизация службы психического здоровья детей и подростков: предпосылки и ожидания [Текст] / [М. А. Бебчук, Е. С. Ляпина, Е. А. Гимранова и др.] // Психиатрия. – 2021. – Т. 19 (2). – С. 77-86.

79. Рост психической заболеваемости и инвалидности в регионах как индикатор разработки усовершенствования психиатрической службы региона (по Опшской области) [Текст] / [Э. Т. Бокчубаев, А. С. Сыдыков, Анарбай уулу Н. и др.] // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2017. – № 10. – С. 81-84.

80. Руководство по осуществлению mhGAP: программа действий по ликвидации пробелов в области психического здоровья (mhGAP)» [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. Копенгаген, 2018. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343072>. – Загл. с экрана.

81. Руководство по анализу рынка труда в сфере здравоохранения [Текст] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2022. – 392 с.

82. **Семенова Н. В.** Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами [Текст] / Н. В. Семенова // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 2. – С. 25-29.

83. **Семенова Н. В.** Распространенность умственной отсталости у пожилых людей в Северо-Западном Федеральном округе [Текст] / Н. В. Семенова, В. Э. Пашковский // Успехи геронтологии. – 2020. – Т. 33, № 4. – С. 680-685.

84 **Семенова, Н. Д.** Атлас психического здоровья Всемирной организации здравоохранения [Текст] / Н. Д. Семенова, М. А. Качаева, С. В. Шпорт // Российский психиатрический журнал. – 2022. – № 6. – С. 73-76.

85. **Сергеева, Н. М.** Статистическая оценка показателей состояния психического здоровья в России [Текст] / Н. М. Сергеева // Региональный вестник. – 2020. – Т. 43 (4). – С. 87–89.

86. Ситуация с охраной здоровья детей и подростков в Европе [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2018. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/situation-of-child-and-adolescent-health-in-europe-2018>. – Загл. с экрана.

87. **Смычек, В. Б.** Динамика показателей заболеваемости и первичной инвалидности детей по классам болезней нервной системы и психических расстройств [Текст] / В. Б. Смычек // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2019. – Т. 99 (2). – С. 35-44.

88. **Скрипов, В. С.** Комплексная оценка заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в динамике за период 2015-2019 гг. в Российской Федерации [Текст] / В. С. Скрипов, К. М. Есина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67, № 4. – С. 8.

89. Совершенствование оказания психиатрической помощи на основе показателей структуры и кадровой обеспеченности психиатрической службы в Северо-Западном федеральном округе: метод. рекомендации [Текст] / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: [В. С. Скрипов, К. М. Есина, С. В. Ляшкова и др.]. – СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 24 с.

90. **Соловьева, Н. В.** Коронавирусный синдром: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19 [Текст] / Н. В. Соловьева, Е. В. Макарова, И. В. Кичук // РМЖ. – 2020. – № 9. – С. 18-22.

91. Социальноэкономические проблемы недовыявления тревожных расстройств и модели поиска психиатрической помощи [Текст] / [М. П. Марачев, И. А. Аркуша, К. В. Захарова и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2022. – № 2. – С. 4-14.

92. **Стаценко, О. А.** Клинический случай острого транзиторного психоза на фоне пандемии COVID-19 [Текст] / О. А. Стаценко // Омский психиатрический журнал. – 2020. – Т. 24, 2-1S. – С. 23-29.

93. **Сулайманова, М. Р.** Актуальные вопросы взаимодействия личности с окружающим миром в условиях карантина и режима самоизоляции при пандемии коронавируса (COVID-19) [Текст] / М. Р. Сулайманова, Е. Р. Аликбарова // Вестник КРСУ. – 2020. – Т. 20, № 5. – С. 143-153.

94. Телемедицинские технологии в психиатрии и наркологии глазами специалистов [Текст] / [В. С. Скрипов, Н. В. Семенова, Л. В. Кочорова и др.] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – № 4 (38). – С. 49-54.

95. **Теркаспарьянц, Н. С.** Оценка кадрового потенциала психиатрической службы города Москвы [Текст] / Н. С. Теркаспарьянц, А. В. Масякин // Социология. – 2018. – № 1. – С. 203–210.

96. **Торникрофт, Г.** Матрица охраны психического здоровья [Текст]: пособие по совершенствованию служб [Текст] / Г. Торникрофт, М. Танселла. Пер. с англ. Киев: Сфера; 2000. – 332 с.

97. Умственная отсталость у детей и подростков [Текст]: клин.рекомендации. – 2019. – 34 с.

98. **Усюкина, М. В.** Психические расстройства при эпилепсии в современных классификациях [Текст] / М. В. Усюкина, М. В. Лаврущик // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 1. – С. 58-67.

99. Цели в области устойчивого развития [Электронный ресурс] / ООН. – 2015. Режим доступа: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/>. – Загл. с экрана.

100. **Чуркин, А. А.** Основные предпосылки к модернизации психиатрической службы [Электронный ресурс]: Четвертый Национ. Конгресс по социальной психиатрии, посвященный 90-летию ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» / А. А. Чуркин // Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профилактические аспекты). – Москва, 2011. – Режим доступа: https://expodata.info/wp-content/uploads/2017/09/psihi2011_prog.pdf. – Загл. с экрана.

101. **Шмуклер, А. Б.** Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы [Текст] / А. Б. Шмуклер, И. Я. Гурович, Г. П. Костюк // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. - Т. 26, Вып. 4. – С. 97-109.

102. **Шукиль, Л. В.** Региональные аспекты организации дифференцированных подходов к оказанию психиатрической помощи (клинико-социальные и фармакоэкономические аспекты) в Омской области

[Текст] / Л. В. Шукиль, А. И. Чеперин, А. Н. Шеллер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. - № 3. – С. 165-172.

103. **Шукиль, Л. В.** Психиатрическая помощь в Омской области [Текст] / Л. В. Шукиль, А. И. Чеперин, А. Д. Шеллер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, № 4. – С. 39-49.

104. Эпилепсия и сердечно-сосудистая система [Электронный ресурс] / Н. А. Муфазалова, Л. А. Валеева, К. В. Батракова, Л. Ф. Муфазалова // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 3 – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=30701>. – Загл. с экрана.

105. **Яздовская, А. В.** Динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера в РФ и федеральных округах в 1991–2017 гг. [Текст] / А. В. Яздовская, Н. К. Демчева, Б. А. Казаковцев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 3 (110). – С. 16-26.

106. **Ястребов, В. С.** Современные тенденции развития системы психиатрической помощи [Текст] / В. С. Ястребов, О. В. Лиманкин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2017. – Т. 117 (10). – С. 4-9.

107. A meta-analysis: The mortality and severity of COVID-19 among patients with mental disorders [Text] / [A. A. Toubasi, R. B. AbuAnzeh, H. Tawileh et al.] // Psychiatry Res. – 2021. – Vol. 299. – P. 113856.

108. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies [Text] / [M. Solmi, J. Radua, M. Olivola et al.] // Mol Psychiatry. – 2022. – Vol. 27 (1). – P. 281-295.

109. **Anxiety disorders** [Electronic resource] / World Health Organization. – 2023. – Access mode: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=An%20estimated%204%25%20of%20the,all%20mental%20disorders%20\(1\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=An%20estimated%204%25%20of%20the,all%20mental%20disorders%20(1).). – Title from the screen.

110. **Asmundson, G. J. G.** How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health

care professionals need to know [Text] / G. J. G. Asmundson, S. Taylor // *J Anxiety Disord.* – 2020. – Vol. 71. – P.102211.

111. **Babicki, M.** Mental Health in the Era of the Second Wave of SARS-CoV- 2: A Cross-Sectional Study Based on an Online Survey among Online Respondents in Poland [Text] / M. Babicki, I. Szewczykowska, A. Mastalerz-Migas // *Int J Environ Res Public Health.* – 2021. – Vol. 18 (5). – P. 2522.

112. **Bandelow, B.** Treatment of anxiety disorders [Text] / B. Bandelow, S. Michaelis, D. Wedekind // *Dialogues Clin Neurosci.* – 2017. - Vol. 19 (2). – P. 93- 107.

113. **Butterworth, P.** Trends in the prevalence of psychological distress over time: comparing results from longitudinal and repeated cross-sectional surveys [Text] / P. Butterworth, N. Watson, M. Wooden // *Frontiers Psychiatry.* – 2020. – Vol. 11. – P. 595696.

114. Community interventions to promote mental health and social equity [Text] / [E. G. Castillo, R. Ijadi-Maghsoodi, S. Shadravan et al.] // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2019. – Vol. 21 (5). - P. 1-4.

115. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Text] / World Health Organization. – 2020. – 40 p.

116. Conduct disorder [Text] / [G. Fairchild, D. J. Hawes, P. J. Frick et al.] // *Nat Rev Dis Primers.* – 2019. – Vol. 5 (1). - P. 43.

117. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic [Electronic resource] / World Health Organization. – 2020. – Access mode: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. – Title from the screen.

118. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy [Text] / [R. Rossi, V. Socci, D. Talevi et al.] // *Front Psychiatry.* – 2020. – Vol. 11. – P. 790.

119. Diagnosis of physical and mental health conditions in primary care during the COVID-19 pandemic: A retrospective cohort study [Text] / [R. Williams, D. A.

Jenkins, D. A. Ashcroft et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2020. – Vol. 5 (10). – P. 543-550.

120. **Duan, L.** Psychological interventions for people affected by the COVID- 9 epidemic [Text] / L. Duan, G. Zhu // *Lancet Psychiatry*. – 2020. – Vol. 7 (4). – P. 300-302.

121. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates [Text] / WHO. – 2017. – 24 p.

122. Depression in schizophrenia: associations with cognition, functional capacity, everyday functioning, and self-assessment [Text] / [P. D. Harvey, E. W. Twamley, A. E. Pinkham et al.] // *Schizophr Bull*. – 2017. – Vol. 43 (3). – P. 575- 582.

123. **Duan, L.** Psychological interventions for people affected by the COVID- 19 epidemic [Text] / L. Duan, G. Zhu // *Lancet Psychiatry*. – 2020. – Vol. 7 (4). – P. 300-302.

124. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Text] / American Psychiatric Association. – Arlington, VA, USA, 2013. – 5th ed. – 992 p.

125. Estimating local need for mental healthcare to inform fair resource allocation in the NHS in England: cross-sectional analysis of national administrative data linked at person level [Text] / [L. Anselmi, A. Everton, R. Shaw et al.] // *Br J Psychiatry*. – 2020. – Vol. 216 (6). – P. 338-344.

126. **Faden, R. R.** Health inequities and social justice. The moral foundations of public health [Text] / R. R. Faden, M. Powers // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. – 2008. – Vol. 51 (2). – P. 151-157.

127. **Ferrari, A. J.** A systematic review of the global distribution and availability of prevalence data for bipolar disorder [Text] / A. J. Ferrari, A. J. Baxter, H. A Whiteford // *J Affect Disord*. – 2011. – Vol. 134. – P. 1-13.

128. Frequency and quality of mental health treatment for affective and anxiety disorders among Australian adults [Text] / [M. G. Harris, M. J. Hobbs, P. M. Burgess et al.] // *Med J Aust*. – 2015. – Vol. 202. – P. 185-189.

129. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression [Text] / [A. J. Baxter, K. M. Scott, T. Vos et al.] // *Psychol Med.* – 2013. – Vol. 43. – P. 897-910.
130. **Ginn, S.** «One in four» with a mental health problem: the anatomy of a statistic [Text] / S. Ginn, J. Horder // *BMJ.* – 2012. – Vol. 344. – P. e1302.
131. Global Burden of Disease 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [Text] // *Lancet Psychiatry.* – 2022. – Vol. 9. – P. 137-150.
132. Human resources and models of mental healthcare integration into primary and community care in India: Case studies of 72 programmes [Text] / [N. van Ginneken, M. S. Maheedhariah, S. Ghani et al.] // *PLoS One.* – 2017. – Vol. 12 (6). – P. e0178954.
143. Human resources for mental health [Electronic resource] / WHO. – 2019. – Access mode: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/human-resources>. – Title from the screen.
144. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China [Text] / [C. Wang, R. Pan, X. Wan et al.] // *Int J Environ Res Public Health.* – 2020. – Vol. 17 (5). – P. 1729.
145. India country profile World Mental Health Atlas 2011 [Electronic resource] / WHO. – Geneva, 2011. – Access mode: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/ind_mh_profile.pdf. – Title from the screen.
146. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS [Text] / [C. S. Lopes, N. Hellwig, G. de Azevedo e Silva et al.] // *Int J Equity Health.* – 2016. - Vol. 15. – P. 154.
147. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx), (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, accessed 14 May 2022).

148. **Jarmain, S.** Psychiatrist Health Human Resource Planning - An Essential Component of a Hospital-Based Mental Health care System Transformation [Text] / S. Jarmain // Healthc Q. – 2016. – Vol. 18. – P. 22-36.
149. **Kadam, A. B.** Social media panic and COVID-19 in India [Text] / A. B. Kadam, S. R. Atre // Journal of Travel Medicine. – 2020. – Vol. 27(3). – P. 1-5.
150. **Kestel D.** The State of Mental Health Globally in the Wake of the COVID-19 Pandemic and Progress on the WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023) [Electronic resource] / D. Kestel // United Nations. – 2022. – Access mode: <https://www.un.org/en/un-chronicle/state-mental-health-globally-wake-covid-19-pandemic-and-progress-who-special-initiative>. – Title from the screen.
151. **Khan, S.** Chronic Stress Leads to Anxiety and Depression [Text] / S. Khan, R. A. Khan // An. Psych. and Mental Health. – 2017. – Vol. 5(1). – P. 1-4.
152. **Laursen, T. M.** Excess early mortality in schizophrenia [Text] / T. M. Laursen, M. Nordentoft, P. B. Mortensen // Annu Rev Clin Psychol. – 2014. – Vol. 10. – P. 425-448.
153. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis / [J. K. N. Chan, C. U. Correll, C. S. M. Wong et al.] // EClinical Medicine. – 2023. – Vol. 65. – P. 102294.
154. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication [Text] / R. C Kessler et al.] // Archive of General Psychiatry. – 2005. – Vol. 62, № 6. – P. 600.
155. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective [Text] / [A. M. Kilbourne, K. Beck, B. Spaeth-Rublee et al.] // World Psychiatry. – 2018. – Vol. 17 (1). – P. 30-38.
156. **Mental disorders** [Electronic resource] / WHO. – 2022. – Access mode: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. – Title from the screen.
157. Mental health [Electronic resource] / WHO. – 2022. – Access mode: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. – Title from the screen.

158. Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): the first pre-service training study [Text] / WHO // *Int. J. Ment. Health. Syst.* – 2020. – T. 14. – P. 47.
159. **Mohammadi, M.** The Global Prevalence of Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis [Text] / M. Mohammadi, M. Salmanian, Z. Keshavarzi // *Iran J Psychiatry.* – 2021. – Vol. 16 (2). – P. 205-225.
160. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science [Text] / [E. A. Holmes, R. C. O'Connor, V. H. Perry et al.] // *Lancet Psychiatry.* – 2020. – Vol. 7 (6). – P. 547-560.
161. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: A UK-wide surveillance study [Text] / [A. Varatharaj, N. Thomas, M. A. Ellul et al.] // *The Lancet Psychiatry.* – 2020. – Vol. 7 (10). – P. 875-882.
162. Mao L. Neurological manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China [Text] / [L. Mao, M. Wang, S. Chen et al.] // *JAMA Neurol.* – 2020. – Vol. 77 (6). – P. 683-690.
163. **Palmer, B. A.** The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination [Text] / B. A. Palmer, V. S. Pankratz, J. M. Bostwick // *Arch Gen Psychiatry.* – 2005. – Vol. 62 (3). – P. 247-53.
164. **Pfefferbaum, B.** Mental Health and the Covid-19 Pandemic [Text] / B. Pfefferbaum, C. S. North // *N Engl J Med.* – 2020. – Vol. 383 (6). – P. 510-512.
165. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care [Text] / [M. De Hert, C. U. Correll, J. Bobes et al.] // *World Psychiatry.* – 2011. – Vol. 10. – P. 52-77.
166. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic [Text] / [J. P. Rogers, E. Chesney, D. Oliver et al.] // *The Lancet Psychiatry.* – 2020. – Vol. 7. – P. 611-627.
167. Social determinants of mental disorders and the sustainable development goals: a systematic review of reviews [Text] / [C. Lund, C. Brooke-Sumner, F.

Baingana et al.] // *Lancet Psychiatry*. – 2018. – Vol. 5 (4). – P. 357-69.

168. Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER) [Text] / [M. Lambert, A. Karow, J. Gallinat et al.] // *BMJ Open*. – 2020. Vol. 10(5). – P. e036021.

169. Schizophrenia [Electronic resource] / WHO. – 2022. - Access mode:

170. The 2019 novel coronavirus pneumonia with onset of oculomotor nerve palsy: A case study [Text] / H. Wei, H. Yin, M. Huang, Z. Guo // *J Neurol*. – 2020. - Vol. 267. - P. 1550-1553.

171. Teletherapy versus in-person psychotherapy for depression: a meta-analysis of randomized controlled trials [Text] / [A. K. Giovanetti, S. E. Punt, E. L. Nelson et al.] // *Telemedicine and e-Health*. – 2022. – Vol. 28 (8). – P. 1077-1089.

172. Trends in Mental Health Conditions [Text] / An Analysis of Private Health care Claims. – 2024. – 28 p.

173. Trends in objectively measured and perceived mental health and use of mental health services: a population-based study in Ontario, 2002–2014 [Text] / [M. Chiu, A. Amartey, X. Wang et al.] // *CMAJ*. – 2020. – Vol. 192, no 13. – P. E329-E337.

174. Trends in the prevalence of conduct disorder from 1990 to 2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019 [Text] / [J. Wu , L. Chen, X. Li et al.]
// *Psychiatry Research*. – 2022. – Vol. 317. – P. 114907.

175. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China [Text] / [H. Xiao, Y. Zhang, D. Kong et al.] // *Med. Sci. Monit*. – 2020. – Vol. 26. – P. e923549.

176. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus [Text] / [L. Kang, Y. Li, S. Hu et al.] // *Lancet Psychiatry*. – 2020. – Vol. 7 (3). – P. e14.

177. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to

global health - The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China [Text] / [D. S. Hui, I. E. Azhar, T. A. Madani et al.] // *Int J Infect Dis.* – 2020. – Vol. 91. – P. 264-266.

178. The population dynamics of mental disorders [Text] / [W. W. Eaton, R. C. Kessler, P. B. Mortensen et al.] // *Public mental health.* – 2019. – 2nd ed. – P. 141-167.

179. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence [Text] / [S. K. Brooks, R. K. Webster, L. E. Smith et al.] // *Lancet.* – 2020. – Vol. 395 (10227). – P. 912-920.

180. **Vigo, D.** Estimating the true global burden of mental illness [Text] / D. Vigo, G. Thornicroft, R. Atun // *Lancet Psychiatry.* – 2016. – Vol. 3. – P. 171-178.

181. **Walker, E. R.** Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis [Text] / E. R. Walker, R. E. McGee, B. G. Druss // *JAMA Psychiatry.* – 2015. – Vol. 72. – P. 334-341.

182. **Williams, A. W.** A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations [Text] / A. W. Williams, J. E. Ware, C. A. Donald // *J. Hlth. Soc. Behav.* – 1981. – Vol. 22. - P. 324.

183. World mental health report: transforming mental health for all [Text] / World Health Organization. – Geneva, 2022. – 296 p.

184. **Yao, H.** Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic [Text] / H. Yao, J. H. Chen, Y. F. Xu // *Asian J. Psychiatr.* – 2020. – Vol. 51. – P. 102015.

185. **Zhai, Y.** Mental health care for international Chinese students affected by the COVID-19 outbreak [Text] / Y. Zhai , D. Xue // *Lancet Psychiatry.* – 2020. – Vol. 7 (4). - P. e22.

186. **Zhou, X.** Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak / X. Zhou // *Psychiatry Res.* – 2020. – Vol. 286. – P. 112895.

187. **Zhu, G.** Psychological interventions for people affected by the COVID-9 epidemic [Text] / G. Zhu // *Lancet Psychiatry.* – 2020. – Vol. 7 (4). – P. 300-302.

20. Во время периода изоляции Вы остаетесь (оставались) дома?
- Постоянно
 - Частично
 - Совсем нет
21. Считаете ли Вы, что предпринимаете/предпринимали меры предосторожности по распространению вируса?
- Нет
 - Да
 - Иногда
22. Считаете ли Вы, что получили достаточно информации о необходимости соблюдении мер предосторожности?
- Нет
 - Да
23. Ощущаете (ощущали) ли Вы потребность в общении с членами Вашей семьи в этот период?
- Намного меньше
 - Намного больше
 - Нет
24. Хотелось бы Вам получать эмоциональную поддержку от членов Вашей семьи в этот период? *
- Намного меньше
 - Намного больше
 - Нет
25. Есть/были ли у Вас какие-либо конфликты с членами Вашей семьи в этот период? *
- Да
 - Нет
26. Изменилось ли качество Ваших отношений с членами Вашей семьи по сравнению с тем, что было до карантина, возникшего из-за COVID-19?
- Хуже
 - Лучше
 - Не изменилось
27. Как обстояли Ваши финансовые вопросы в результате вспышки эпидемии коронавируса?
- Сложнее, чем раньше
 - Как и всегда
 - Лучше, чем раньше
28. В период эпидемии я чувствую/чувствовал (-а) себя напряженным (-ой).
- Да
 - Нет
29. В период эпидемии я чувствую/чувствовал (-а) себя расстроенным(-ой).
- Да
 - Нет
30. В период эпидемии я чувствую/чувствовал (-а) себя напуганным (-ой).
- Да
 - Нет
31. В период эпидемии я чувствую/чувствовал (-а), что поддаюсь панике.
- Да
 - Нет
32. В период эпидемии я чувствую/чувствовал (-а) себя обеспокоенным.
- Да
 - Нет
33. В период эпидемии я чувствую/чувствовал (-а) себя хорошо.
- Да
 - Нет
34. Насколько сильно изменилось Ваше эмоциональное состояние в связи с появлением тревоги и изменением/утратой чувства безопасности, по сравнению с тем, что Вы ощущали до эпидемии COVID-19?
- Стало намного хуже
 - Стало немного хуже

- Ни лучше, ни хуже
 - Немного улучшилось
 - Значительно улучшилось
35. В период эпидемии я чувствовал (-а) себя подавленным (-ой), в депрессии.
- Редко или вообще никогда (менее 1 дня)
 - Недолго по времени (1-2 дня)
 - Время от времени или среднее по продолжительности время (3-4 дня)
 - Большую часть времени или постоянно (5-7 дней)
36. В период эпидемии я испытывал (-а) много страхов.
- Редко или вообще никогда (менее 1 дня)
 - Недолго по времени (1-2 дня)
 - Время от времени или среднее по продолжительности время (3-4 дня)
 - Большую часть времени или постоянно (5-7 дней)
37. В период эпидемии мой сон был беспокойным.
- Редко или вообще никогда (менее 1 дня)
 - Недолго по времени (1-2 дня)
 - Время от времени или среднее по продолжительности время (3-4 дня)
 - Большую часть времени или постоянно (5-7 дней)
38. В период эпидемии я чувствовал (а) себя одиноким (-ой).
- Редко или вообще никогда (менее 1 дня)
 - Недолго по времени (1-2 дня)
 - Время от времени или среднее по продолжительности время (3-4 дня)
 - Большую часть времени или постоянно (5-7 дней)
39. Каким образом изменилось Ваше эмоциональное состояние относительно переживания радости или грусти/тоски, по сравнению с тем, как Вы это переживали до эпидемии COVID-19?
- Стало намного хуже
 - Стало немного хуже
 - Ни лучше, ни хуже
 - Немного улучшилось
 - Значительно улучшилось
40. Считаете ли Вы, что физические упражнения играют важную роль в период данной пандемии и изоляции?
- Да
 - Нет
41. Из-за сложившейся ситуации, Интернет занимал у Вас больше времени, чем обычно:
- Да
 - Нет
 - Почти всегда
42. Курение перед эпидемией:
- Я не курил (-а).
 - Я курил (-а).
43. Употребление алкоголя до эпидемии:
- Я не употреблял (-а) много алкоголя.
 - Я употреблял (-а) много алкоголя (более одного спиртного напитка или эквивалента дозы алкоголя каждый день).
44. Характер курения в период изоляции (по сравнению с тем, что было до этого):
- Больше, чем раньше.
 - Также, как раньше.
 - Меньше, чем раньше.
45. Характер употребления алкоголя в период изоляции (по сравнению с тем, что было до этого):
- Больше, чем раньше.
 - Также, как раньше.
 - Меньше, чем раньше.
46. Вы боялись умереть?
- Да
 - Нет

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Табл. П 1.2. - Частота пациентов в зависимости от места работы

№ пп	Пол	Ответ			
		Работаю в системе здравоохранения		Не работаю в системе здравоохранения	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	59	15,3±1,8	124	32,2±2,3
2	Женщины (n=202)	72	18,7±1,9*	130	33,8±2,4*
	Всего (n=385)	131	34,0±2,4	254	66,0±2,4**

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - p>0,05; ** - p<0,001.

Табл. П 2.2.- Частота пациентов в зависимости от занятости в период пандемии

№ пп	Пол	Работа в период изоляции			
		Да		Нет	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	117	30,3±2,3	66	17,1±1,9
2	Женщины (n=202)	72	18,7±1,9**	130	33,8±2,4**
	Всего (n=385)	189	49,1±2,5	196	50,9±2,5*

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности,* - p>0,05; ** - p<0,001.

Табл. П 3.2. - Оценка самочувствия пациентами в период пандемии

№ п п	Пол	Оценка здоровья					
		Отличное		Хорошее		Плохое	
		Абс. число	P±m	Абс. число	P±m	Абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	48	12,4±2,8	124	32,2±2,3	11	2,9±0,8
2	Женщины (n=202)	53	13,8±1,7*	107	27,8±2,2*	42	10,9±1,5**
	Всего (n=385)	101	26,2±2,2	231	60,0±2,4**	53	13,8±1,7**

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - p>0,05; ** - p<0,001.

Табл. П 4.2. - Частота наличия/отсутствия хронических заболеваний у пациентов

№ пп	Пол	Наличие хронических заболеваний			
		Да		Нет	
		Абс. число	$P \pm m$	Абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=183)	78	$20,3 \pm 2,0$	105	$27,3 \pm 2,2$
2	Женщины (n=202)	96	$24,9 \pm 2,2^*$	106	$27,5 \pm 2,2^*$
	Всего (n=385)	174	$45,2 \pm 2,5^*$	211	$54,8 \pm 2,5^*$

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - $p > 0,05$.

Табл. П 5.2. - Частота хронических заболеваний у пациентов (n=385)

№ пп	Пол	Гипертоническая болезнь		Сахарный диабет		Бронхиальная астма	
		Абс. число	$P \pm m$	Абс. число	$P \pm m$	Абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=98)	62	$16,1 \pm 1,8$	16	$4,1 \pm 1,0$	20	$5,2 \pm 1,1^*$
2	Женщины (n=116)	80	$20,8 \pm 2,0^*$	19	$4,9 \pm 1,1^*$	17	$4,4 \pm 1,0$
	Всего (n=214)	142	$36,9 \pm 2,4$	35	$9,0 \pm 1,4^{**}$	37	$9,6 \pm 1,5^*$

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - $p > 0,05$; ** - $p < 0,001$.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Табл. П 1.3. – Болели ли Вы ранее COVID-19 (на 100 опрошенных)

№ пп	Пол	Ответ					
		да		нет		не знаю	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	45	11,7±1,6	68	17,7±1,9	70	18,2±1,9
2	Женщины (n=202)	73	18,9±1,9*	48	12,5±1,6*	81	21,0±2,0*
	Всего (n=385)	118	30,6±2,3	116	30,2±2,3*	151	39,2±2,4*

Примечание - P±m – интенсивный показатель на 100 пациентов и ошибка репрезентативности, * - p>0,05.

Табл. П 2.3. – Частота наличия симптомов коронавирусной инфекции

№ п п	Пол	Ответ					
		Да		Нет		Не знаю	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	36	9,3±1,4	66	17,1±1,9	81	21,0±2,0
2	Женщины (n=202)	89	23,2±2,1**	46	11,9±1,6**	67	17,4±1,9*
	Всего (n=385)	125	32,5±2,3	112	29,1±2,3*	148	38,4±2,4*

Примечание - P±m – интенсивный показатель на 100 опрошенных и ошибка репрезентативности, * - p>0,05, ** - p<0,001.

Табл. П 3.3. – Боязнь заражения коронавирусной инфекцией

№ пп	Пол	Ответ			
		Да		Нет	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	95	24,7±2,1	88	22,8±2,1
2	Женщины (n=202)	117	30,4±2,3*	85	22,1±2,1*
	Всего (n=385)	212	55,1±2,5	173	49,9±2,5*

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - p>0,05.

Табл. П 4.3. – Боязнь заражения коронавирусной инфекцией близких членов семьи

№ пп	Пол	Ответ			
		Да		Нет	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	86	22,3±2,1	97	25,2±2,2
2	Женщины (n=202)	139	36,1±2,4*	63	16,4±1,8*
	Всего (n=385)	225	58,4±2,5	160	41,6±2,5*

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - p<0,001.

Табл. П 5.3. – Страх отдаления людей при распространении коронавирусной инфекции

№ пп	Пол	Ответ			
		Да		Нет	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	65	16,9±1,9	118	30,6±2,3
2	Женщины (n=202)	79	20,5±2,0*	123	32,0±2,3*
	Всего (n=385)	144	37,4±2,4	241	62,6±2,4**

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - p>0,05; ** - p<0,001.

Табл. П 6.3 – Изоляция в период коронавирусной инфекции

№ пп	Пол	Ответ					
		Постоянно		Частично		Нет	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	12	3,1±0,8	37	9,6±0,4	134	34,8±2,4
2	Женщины (n=202)	43	11,2±1,6*	51	13,3±1,7*	108	28,0±2,2*
	Всего (n=385)	55	14,3±1,7	88	22,9±2,1**	242	62,8±2,4**

Примечание - P±m – интенсивный показатель на 100 опрошенных и ошибка репрезентативности, * - p<0,01; ** - p<0,001.

Табл. П 7.3. – Меры предосторожности по распространению коронавирусной инфекции

№ пп	Пол	Ответ					
		Да		Нет		Иногда	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	58	15,1±1,8	33	8,6±1,4	92	23,9±2,1
2	Женщины (n=202)	91	23,6±2,1**	66	17,1±1,9**	45	11,7±1,6**
	Всего (n=385)	149	38,7±2,4	99	25,7±2,2*	137	35,6±2,4*

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - p>0,05; ** - p<0,001.

Табл. П 8.3. – Информация о необходимости соблюдения мер профилактики

№ пп	Пол	Ответ			
		Да		Нет	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	107	27,8±2,2	76	19,7±2,0
2	Женщины (n=202)	154	40,0±2,4*	48	12,5±1,6
	Всего (n=385)	261	67,8±2,3	124	32,2±2,3**

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - p<0,01; ** - p<0,001.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Табл. П 1.4. – Потребность в общении с близкими людьми в период изоляции

№ пп	Пол	Ответ					
		Меньше		Больше		Нет	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	44	11,5±1,6	71	18,4±1,9	68	17,7±1,9
2	Женщины (n=202)	59	15,3±1,8*	33	8,6±1,4***	110	28,5±2,3***
	Всего (n=385)	103	26,8±2,2	104	27,0±2,2*	178	46,2±2,3**

Примечание - P±m – интенсивный показатель на 100 пациентов и ошибка репрезентативности, * p>0,05, ** - p<0,01; *** - p<0,001.

Табл. П 2.4. – Эмоциональная поддержка членов семьи во время пандемии

№ п п	Пол	Ответы					
		Меньше		Больше		Нет	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	28	7,2±1,3	95	24,7±2,1	60	15,6±1,8
2	Женщины (n=202)	63	16,4±1,8*	103	26,8±2,2*	36	9,3±1,4**
	Всего (n=385)	91	23,6±2,1	198	51,5±2,5**	96	24,9±2,2**

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * p>0,05, ** - p<0,001.

Табл. П 3.4. – Качество отношения с членами семьи до и после изоляции

№ пп	Пол	Ответы					
		Хуже		Лучше		Нет	
		абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m
1	Мужчины (n=183)	128	33,2±2,4	43	11,1±1,6	12	3,1±0,8
2	Женщины (n=202)	138	35,8±2,4*	35	9,1±1,4*	29	7,6±1,3**
	Всего (n=385)	266	69,1±2,3	78	20,2±2,0***	41	10,7±1,5***

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * p>0,05, ** p<0,01, *** - p<0,001.

Табл. П 4.4. – Частота расстроенности респондентов пандемией

№ пп	Пол	Ответы			
		Да		Нет	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	73	19,0±1,9	110	28,6±2,3
2	Женщины (n=202)	174	45,2±2,5**	28	7,2±1,3**
	Всего (n=385)	247	64,2±2,4	138	35,8±2,4*

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * p>0,05, ** p<0,001.

Табл. П 5.4. – Частота пациентов, напуганных пандемией

№ пп	Пол	Ответ			
		Да		Нет	
		абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	Мужчины (n=183)	68	17,7±1,9	115	29,8±2,3
2	Женщины (n=202)	123	31,9±2,3**	79	20,5±2,0**
	Всего (n=385)	191	49,6±2,5	194	50,4±2,5*

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * p>0,05, ** p<0,001.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Табл. П 1.5. - Частота выполнения физических упражнений

№ п п	Пол	Ответы			
		Да		Нет	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=183)	85	22,1±2,1	98	25,5±2,2
2	Женщины (n=202)	54	14,0±1,7*	148	38,4±2,4*
	Всего (n=385)	139	36,1±2,4*	246	63,9±2,4*

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * $p < 0,001$.

Табл. П 2.5 - Использование интернета в период пандемии

№ пп	Пол	Ответы			
		Да		Нет	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=183)	113	29,3±2,3	70	18,2±1,9
2	Женщины (n=202)	98	25,5±2,2*	104	27,0±2,2**
	Всего (n=385)	211	54,8±2,5	174	45,2±2,5**

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * $p > 0,05$, ** $p < 0,001$.

Табл. П 3.5. – Распространенность курения перед началом пандемии

№ пп	Пол	Ответы			
		Курил		Не курил	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=183)	102	26,5±2,2	81	21,0±2,0
2	Женщины (n=202)	25	6,5±1,2*	177	46,0±2,5*
	Всего (n=385)	127	33,0±2,3	258	67,0±2,3*

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * $p < 0,001$.

Табл. П 4.5.– Употребление алкоголя до начала пандемии

№ пп	Пол	Ответы			
		Да		Нет	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=183)	96	25,0±2,2	87	22,6±2,1
2	Женщины (n=202)	32	8,3±1,4*	170	44,1±2,5*
	Всего (n=385)	128	33,3±2,4	257	66,7±2,4*

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * $p < 0,001$.

Табл. П 4.5. – Характер курения во время пандемии (n=385)

№ пп	Пол	Ответы					
		Больше		Также		Меньше	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=102)	34	8,9±2,6	47	12,2±1,6	21	5,4±1,1
2	Женщины (n=25)	10	2,6±0,8**	13	3,4±0,9***	2	0,5±0,3***
	Всего (n=127)	44	11,5±1,8	60	15,6±1,8*	23	5,9±1,2***

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * $p > 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Табл. П 5.5. – Характер употребления алкоголя в период пандемии

№ пп	Пол	Характер					
		Больше		Также, как и раньше		Меньше	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Мужчины (n=183)	91	23,7±2,1	35	9,1±1,4	57	14,8±1,8
2	Женщины (n=202)	29	7,5±1,3**	17	4,4±1,2*	156	40,5±2,5**
	Всего (n=385)	120	31,2±2,3	52	13,5±1,7	213	55,3±2,5

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$.



**Акт внедрения результатов научно-исследовательских,
 научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической
 деятельности**

1. Автор (соавторы) внедрения: Акпышаров Нурлан Токтосунович,
2. Наименование научно-исследовательских, научно-технических работ и (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности: Модель организации оказания психиатрической помощи населению Ошской области.
3. Краткая аннотация: Целью Национальной программы «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы» явилось укрепление психического здоровья, предотвращение психических расстройств, обеспечение доступной медицинской помощи. Каждый год в мире свыше 264 млн. человек страдают депрессией; люди с тяжелыми психическими расстройствами умирают на 10-20 лет раньше, чем население в целом; в странах с низким и средним уровнем дохода от 76% до 85% людей страдают психическими расстройствами; мировая экономика теряет более 1 трлн. долларов в год из-за депрессивных состояний трудоспособных граждан. В некоторых научных исследованиях указывается увеличение количества психических расстройств, обусловленных неопределенностью, непредсказуемостью заболевания, большим потоком информации в средствах массовой информации, социальной изоляцией и отмечается важность оказания психиатрической помощи во время пандемий. Чрезвычайно актуальным для современной психиатрии является научное обоснование совершенствования деятельности региональной психиатрической службы, направленной на внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи населению и формирование системы обеспечения качества проводимых медико-социальных мероприятий.
4. Эффект внедрения: Внедрение современных стационарозамещающих технологий (амбулаторные дневные стационары) повышает доступность плановой стационарной помощи; позволяет проводить комплексное лечение пациентов в объемах, оказываемых в стационарных условиях; рационально использовать коечный фонд стационарного лечения; плановое профилактическое оздоровление пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, включая длительно и часто болеющих пациентов.
5. Место и время внедрения: Ошский областной центр психиатрии и наркологии, с 2023 года.
6. Форма внедрения: Практические рекомендации по применению стационарозамещающих технологий (амбулаторные дневные стационары) на базе территориальных больниц и ЦОВП районов Ошской области.

Представитель организации, в которую внедрена разработка:
 Заведующий организационно-методическим отделом
 Ошского областного центра психиатрии и наркологии

К. Г. Маматов

Представитель организации, из которой исходит внедрение:
 Проректор по научной работе ОшГУ, к.-ф.м.н, доцент

В. Н. Арапбаев

15.05.2023г.



«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Джалал-Абадского центра
психического здоровья

Умарова М.А.
« / » 2023 г.

**Акт внедрения результатов научно-исследовательских
научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической
деятельности**

1. **Автор (соавторы) внедрения:** Акпышаров Нурлан Токтосунович.
2. **Наименование научно-исследовательских, научно-технических работ и (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности:** Группа само- и взаимопомощи в отделении дневного стационара.
3. **Краткая аннотация:** В последние годы, отмечается высокий уровень психических расстройств не только в мире, но и в Кыргызской Республике, обусловленных социально-экономическими преобразованиями и снижением эффективности деятельности психиатрической службы. Поэтому, целью Национальной программы «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы» явилось укрепление психического здоровья, предотвращение психических расстройств, обеспечение доступной медицинской помощи. В современных условиях крайне важным является определение направлений дальнейшего совершенствования системы помощи больным с психическими расстройствами. Изменения должны происходить в направлении развития амбулаторных и полустационарных форм помощи, активного внедрения психиатрической помощи в общесоматическую сеть с тенденцией снижения количества стационарных коек, установления оптимальной зависимости размеров и структуры психиатрической сети от реальной потребности в помощи, особенностей демографического состава населения, материальной базы региона, маршрутизации потоков пациентов для оказания специализированной помощи в оптимальном объеме, соблюдения преемственности при оказании медицинской помощи.
4. **Эффект внедрения:** Группы само- и взаимопомощи в отделении дневного стационара являются промежуточным звеном между внебольничным и стационарным психиатрическими звеньями, предназначенными для оказания помощи больным с психическими расстройствам, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, нуждающимся в лечебно-диагностической помощи в дневное время, по объему и интенсивности приближенной к стационарной.
5. **Место и время внедрения:** Джалал-Абадский центр психического здоровья, с 2023 года и по настоящее время.
6. **Форма внедрения:** Группа само- и взаимопомощи в отделении дневного стационара.

Представитель организации, в которую внедрена разработка:
заместитель директора Джалал-Абадского
центра психического здоровья

Представитель организации, из которой исходит внедрение:
Проректор по научной работе ОшГУ,
к.-ф.м.н, доцент:

10.03.2023г.

