

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-053.2:362.2 (477)

*В.С.Підкоритов**, *Л.І.Дьяченко**, *О.Є. Кутіков**, *О.О.Петриченко***, *Н.Г.Кравчук***

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» *, м. Харків, Центр медичної статистики МОЗ України **, м. Київ

Ключові слова: психічне здоров'я, діти, психіатрична допомога

Стан психічного здоров'я є однією з складових, що з одного боку визначає фізичне та соціальне благополуччя особи, а з другого - впливає на інтелектуальний потенціал нації, розвиток трудових ресурсів, морально-етичну атмосферу в соціумі. Особливого значення набуває стан психічного здоров'я молодого покоління як майбутньої основи суспільства. Дитячий вік визначає початок формування особистості, закладаючи основи стану нервово-психічного здоров'я. На даний час проблема здоров'я дітей стає не тільки медичною, а й загальною суспільно-освітньою проблемою, внаслідок значного його погіршення, зростання поширеності розладів психіки та поведінки, інвалідизації хворих.

Епідеміологічні дослідження в різних країнах світу виявляють до 30-40% розладів психіки та поведінки різних форм важкості у осіб до 20 років. Кожна 5-та дитина у світі має емоційні, поведінкові або когнітивні розлади. Значної поширеності в дитячому віці набувають депресивні розлади, їх поширеність в популяції підлітків складає від 15 до 40%. За останнє десятиріччя кількість самогубств серед осіб віком 15-24 роки збільшилась майже у 2 рази.

Дитячий та підлітковий вік є найбільш вразливим для стресових ситуацій і виникнення емоційно-поведінкових та суїцидонебезпечних станів, які обумовлені особливостями психологічного розвит-

ку в цьому віці, конфліктними ситуаціями в сім'ї, школі, з однолітками. Тільки за даними офіційної медичної статистики в Україні біля 5% дітей та підлітків є споживачами медичної допомоги внаслідок розладів психіки та поведінки. Розлади психіки та поведінки у дітей складають 13,8%, у підлітків – 4,2% від загальної кількості зареєстрованих спеціалізованими лікувально-профілактичними закладами психічних розладів в населенні України. На дитячий вік припадає 8,4% інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки. В той же час, як констатує більшість дослідників з вивчення поширеності психічних розладів, в нашій та інших країнах світу точних даних про поширеність психічних розладів в населенні, в тому числі і серед дитячого населення, не існує, що обумовлено відсутністю реєстрації хворих, які мають проблему психічного здоров'я, але не звертаються за медичною допомогою або лікуються у спеціалістів загальної практики, залишаючись поза увагою психіатра.

В 2011 р. психіатричними закладами України було зареєстровано 160614 дітей віком 0-14 років (2472,5 на 100 тис. відповідного населення) та 48367 дітей віком 15-17 років (3208,9 на 100 тис. відповідного населення) з розладами психіки та поведінки. За 10-річний період показник зареєстрованої поширеності розладів психіки та поведінки у дітей зменшився, відповідно на 5,5% та 4,4% (табл.1) (рис.1).

Таблиця 1

Поширеність розладів психіки та поведінки у дітей 0-14 та 15-17 років

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Показник на 100 тис. дитячого (0-14) населення	2616,6	2656,5	2709,0	2726,6	2683,9	2673,6	2653,3	2608,8	2582,1	2521,3	2472,5
Темп зростання (% до попереднього року)		+1,52	+1,98	+0,65	-1,57	-0,38	-0,76	-1,68	-1,02	-2,35	-1,9
Показник на 100 тис. дитячого (15-17) населення	3356,0	3271,5	3270,6	3227,6	3234,4	3225,9	3168,7	3190,9	3138,3	3181,6	3208,9
Темп зростання (% до попереднього року)		-2,52	-0,03	-1,31	+0,15	-0,26	-1,77	+0,7	-1,65	+1,38	+0,9

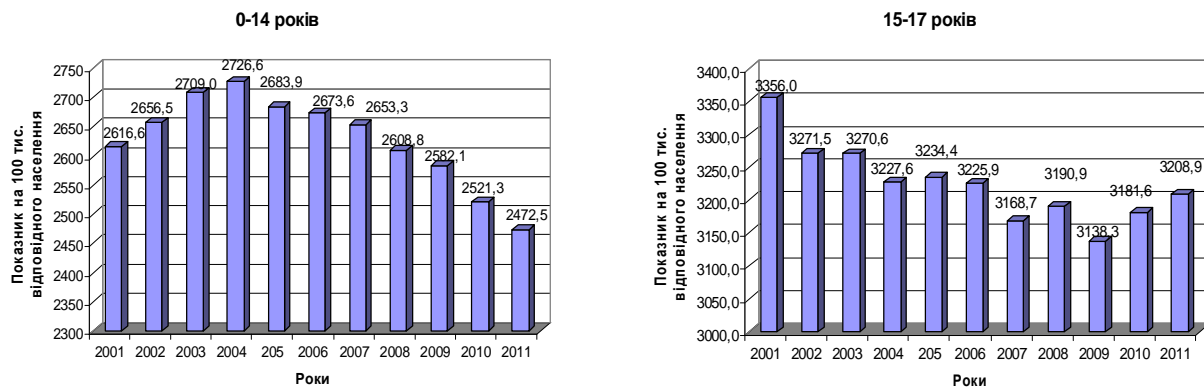


Рис.1. Поширеність розладів психіки та поведінки у дітей в Україні в 2001-2011 рр.

У структурі поширеності розладів психіки та поведінки у 2011 р., як і в попередні роки, переважали розлади непсихотичного характеру: 77,2% у дітей 0-14 років та 59,5% - у дітей 15-17 років. Найбільша питома вага в структурі поширеності розладів психіки та поведінки у дітей 0-14 років належала розладам особистості та поведінки – 61,8%, розумової відсталості - 20,8% та органічних, включаючи симптоматичні, розладів психіки – 11,8%. У дітей 15-17 років відсоток розладів особистості та поведінки зменшується до 39,0% і зростають показники розумової відсталості до 37,8% та органічних, включаючи симптоматичні, розладів психіки та поведінки – до 14,4%. Підвищується відсоток психотичних психічних розладів, в т.ч. розладів на шизофренію, шизотипові та маячні (1,2%), афективні розлади (0,3%)

Аналіз поширеності розладів психіки та поведінки у дітей за 2011 р. виявляє значні у 2,5-3 рази коливання цього показника в різних регіонах. Так, поширеність розладів психіки та поведінки у дітей 0-14 років в Волинській обл. складала 1246,1 на 100 тис. населення, в Закарпатській – 1660,7, Миколаївській 1851,5, а в Чернігівській області – 3520,3, Запорізькій – 3213,6, Харківській – 3116,6, при середньому по Україні – 2472,5. У дітей 15-17 років цей показник у м. Києві складав 1781,1 на 100 тис. відповідного населення, у Львівській області – 1997,5, Волинській – 2602,4. В той же час в Херсонській (4983,4), Луганській (4052,7), Запорізькій (4072,9) областях він перевищував середній по Україні (3208,9) у 1,5-2 рази. Такі ж коливання у 2,5-3,0 рази виявляються і в показниках психотичних і непсихотичних розладів психіки і поведінки, зареєстрованих психоневрологічними закладами в різних регіонах.

Колівання поширеності розладів психіки та поведінки по різних нозологічним формам в

областях ще більші. Так, поширеність органічних, включаючи симптоматичні розлади психіки та поведінки у 2011 р. в Сумській області складала у дітей 0-14 років 25,4 на 100 тис відповідного населення, в Волинській – 65,8, Рівненській – 95,8, а в Харківській – 834,0, Київській – 567,2, Львівській 527,0, по Україні – 290,8. У дітей 15-17 років цей показник складав в Сумській області 86,9, Волинській – 80,5, Вінницькій – 136,6. В той же час в м. Севастополі він був 1152,5, Харківській області – 1113,8, АР Крим – 1035,6; при середньому по Україні 463,3. Поширеність невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у дітей 0-14 років складала в Волинській обл. – 21,2, Миколаївській – 34,7, м. Севастополі – 31,6, при середньому по Україні 133,1, а в Хмельницькій (212,9), Київській (229,6), Харківській (394,3) – майже у 20 разів більше. Така ж ситуація і в показнику поширеності невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у дітей 15-17 років. При середньому по Україні – 233,9, цей показник в Волинській області складав 61,0, в м. Києві – 103,9, Севастополі – 104,9, а в Чернівецькій (424,6), Запорізькій (487,1), Житомирській (527,2) областях він у 9 разів вищий. Такі ж значні розбіжності в регіонах і по іншим нозологічним формам.

Вікові та регіональні коливання показників поширеності розладів психіки та поведінки не можуть віддзеркалювати істинний стан поширеності цієї патології серед дітей. Вони скоріше характеризують рівень професійної кваліфікації лікарів-психіатрів в областях, активність звертання населення за медичною допомогою в психіатричні заклади, регіональні особливості в підходах до взяття хворих під спостереження і, можливо, деякий вплив на показник кількісної структури населення в різних регіонах.

Динаміка показників захворюваності дітей на

розлади психіки та поведінки свідчить про поступове їх зниження (табл. 2).

З 2001 р. ці показники зменшилися у дітей 0-14 років з 495,0 на 100 тис. відповідного населення до 456,2 у 2011 р., тобто на 7,8%. У дітей 15-17 р. їх зменшення більш суттєве: з 485,8 на 100 тис. відповідного населення у 2001 р. до 360,8 у 2011 р., тобто на 25,7% (рис.2).

Як і в попередні роки, найбільший показник зареєстрованої захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2011 р. у дітей 0-14 років був в Чернігівській (929,7 на 100 тис. відповідного населення), Житомирській (841,0), Херсонській (758,4) областях. Значно нижчим за середній по Україні (456,2) цей показник був в Волинській (233,6), Чернівецькій (263,9) областях, м. Севастополі (258,9). У дітей 15-17 років показник зареєстрованої захворюваності більший за середній по Україні (360,8 на 100 тис. відповідного населення) був в Житомирській (947,3) та Херсонській (622,9), Тернопільській (655,1) областях, найменший - в м. Києві (110,2), Севастополі (136,3), Донецькій (194,9) області.

Вивчення коливань показників зареєстрованої захворюваності неспсихотичного та психотичного характеру в різних регіонах свідчить про їх розбіжність більш ніж у 3-5 і більше разів.

Найбільший показник вперше зареєстрованих розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру у дітей 0-14 років був в Чернігівській (856,8), Житомирській (741,5) та Херсонській (674,5) областях. Нижчий за середній по Україні (384,2) він був в Чернівецькій (180,4), Волинській (184,4) та Миколаївській (221,5) областях. Такі ж коливання між різними регіонами виявляються в показнику зареєстрованих неспсихотичних психічних розладів і у дітей 15-17 років. Максимальним цей показник був в Житомирській (759,9), Тернопільській (568,1), Івано-Франківській (379,3) областях. Нижчий за середній по Україні (251,5) - в Донецькій (94,2) області, м. Києві (88,7) та м. Севастополі (104,9).

Найбільш високий показник зареєстрованих вперше психотичних розладів психіки та поведінки у дітей 0-14 років був в Донецькій (18,3), Чернівецькій (14,0), Чернігівській (10,1) областях, у дітей 15-17 років в Полтавській (22,9), Луганській (24,4) областях, м. Севастополі (31,4). Меншим за середній по Україні (7,3), показник зареєстрованих психотичних розладів психіки та поведінки у дітей 0-14 років був в Черкаській (2,9) Полтавській, Херсонській (по 3,1) областях, у дітей 15-17 років (середній по Україні – 13,5) в Хмельницькій, Львівській (4,2) та Черкаській (4,8) областях.

Таблиця.2

Захворюваність на розлади психіки та поведінки у дітей віком 0-14 та 15-17 років

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Показник на 100 тис. відповідного (0-14) населення	495,0	495,0	499,6	503,6	497,1	482,5	485,6	494,7	470,8	471,8	456,2
Темп зростання (% до попереднього року)		0	+0,93	+0,8	-1,29	-2,94	+0,64	+1,87	-4,8	+0,21	-3,3
Щорічний внесок захворюваності в поширеність (в %)	18,9	18,6	18,4	18,5	18,5	18,0	18,3	19,0	18,2	18,7	18,4
Показник на 100 тис. відповідного (15-17) населення	485,8	440,1	435,6	441,3	419,4	362,3	368,2	417,5	374,4	398,2	360,8
Темп зростання (% до попереднього року)		-9,41	-1,02	+1,31	-4,96	-13,61	+1,63	+13,39	-10,32	+6,36	-9,4
Щорічний внесок захворюваності в поширеність (в %)	14,5	13,5	13,3	13,7	13,0	11,2	11,6	13,1	11,9	12,5	11,2

За 10-річний період кількість зареєстрованих вперше розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру у дітей 0-14 років зменшився на 5,1%, з 404,7 на 100 тис. відповідного населення у 2001 р. до 384,2 у 2011 р.; у дітей 15-17 років – на 18,1%, з 306,9 на 100 тис. відповідного населення у 2001 р. до 251,5 – у 2011 р.

Кількість зареєстрованих вперше розладів психіки та поведінки психотичного характеру у дітей 0-14 років зросла на 57,4%, з 4,7 у 2001 р. до 7,4 – у 2011 р. У дітей 15-17 років виявляється інша тенденція: зменшення цього показника

на 32,5%, з 20,1 у 2001 р. до 13,5 у 2011 р. Аналіз коливань цього показника в різних регіонах України також виявляє розбіжності у 5-10 разів.

Звертає увагу і коливання щорічних показників захворюваності на психічні розлади, особливо неспсихотичного регістру. Так, в АР Крим у 2009 р. було зареєстровано дітей 0-14 років з неспсихотичними психічними розладами 554,5 на 100 тис. населення, в 2010 р. – 679,0, а 2011 р. – 482,2. Відповідно у дітей 15-17 років: 671,5; 867,0; 360,1. В Луганській області вперше зареєстровано неспсихотичних форм психічних роз-

ладів у дітей 0-14 років у 2009 р. – 478,6, у 2010 р. – 513,6, у 2011 р. – 438,0, у дітей 15-17 років відповідно, 346,6; 338,9; 323,8. Такі щорічні коливання показників можуть характеризувати проведення в регіоні організаційних заходів надання медичної

допомоги, підходи до діагностики та реєстрації захворювання, одноразових профілактичних оглядів організованих колективів і ін., і підтверджувати відсутність даних про дійсну захворюваність дітей на розлади психіки та поведінки.

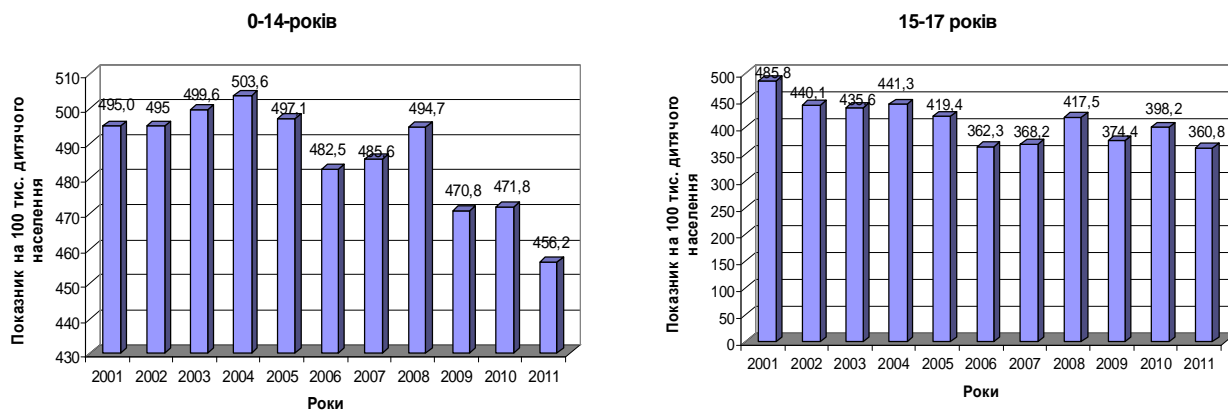


Рис.2. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у дітей в Україні в 2011 р.

В структурі зареєстрованої захворюваності переважають психічні розлади непсихотичного характеру, які у 2011 р. склали у дітей 0-14 років 84,2%, у дітей 15-17 років – 69,7% від загальної кількості вперше зареєстрованих розладів психіки та поведінки.

Більш ніж в 2 рази зменшився показник зареєстрованої захворюваності у дітей 0-14 років на епілепсію (7,9 в 2001 р. і 3,1 в 2011 р.), невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (відповідно, 43,9 та 23,2) та розумову відсталість (85,7 та 64,7). В той же час значно зросла кількість зареєстрованих хворих дітей на аутизм (1,0 та 5,2), збільшилась і кількість хворих з розладами особистості і поведінки та психологічного розвитку (відповідно, 313,4 і 319,4 та 303,3 і 314,6).

У дітей 15-17 років поступово знижуються показники зареєстрованої захворюваності на органічні, включно симптоматичні, розлади психіки з 69,7 у 2001 р. до 39,7 у 2011 р., афективні розлади, відповідно, 4,2 і 2,5, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади з 70,7 до 54,6, розумову відсталість з 158,8 до 95,9. Незначно зріс показник захворюваності на шизофренію, шизотипові та маячні розлади – з 7,0 у 2001 р. до 10,8 у 2011 р. та майже не змінився показник розладів психологічного розвитку, поведінки та емоцій – 136,8 і 138,7.

Як у випадках з показниками поширеності психічних розладів серед дитячого населення різних регіонів України, так і значні розбіжності показників захворюваності, обумовлені кількома основними чинниками: рівнем професійної кваліфікації лікарів-психіатрів дитячих; рівнем довіри населення до психіатрів і, відповідно,

показниками своєчасного звертання за психіатричною допомогою,

характером організації і підходів до диспансерного спостереження таких хворих

Питома вага дітей інвалідів в загальній кількості інвалідів внаслідок розладів психіки та поведінки у 2011 р складала 8,4%. За рекомендацією ВООЗ та відповідними нормативно-директивними документами України дитячим віком визначено вік від 0 до 17 років включно і розрахунок показників інвалідності здійснюється на дитяче населення віком 0-17 років. Це спричинило перегляд контингенту дітей інвалідів через розлади психіки та поведінки і їх абсолютне кількісне збільшення у 2005 р. на 25,6% у порівнянні з 2004 р. З 2005 р. кількість хворих, які мають групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки поступово зменшується з 26515 до 23143 у 2011 р. За 10-річний період показник інвалідності дітей внаслідок розладів психіки та поведінки зріс на 6,6% , або з 271,3 на 100 тис. відповідного (0-17 років) населення у 2001 р. до 289,2 у 2011 р. (Рис.3).

Питома вага дитячої інвалідності у контингенті хворих дітей, які перебувають під наглядом психіатрів, практично стабільний і складає з 2005 р. в середньому – 10,8%, у 2011 р. - 11,1%. (табл.3).

Вивчення коливань цього показника в регіонах свідчить про те, що максимальним його значення у 2011 р., як і в попередні роки, було в Івано-Франківській (430,5 на 100 тис. населення), Чернівецькій (372,0) та Донецькій (352,0) областях, мінімальним - в АР Крим (193,3), м. Севастополі (201,2), Закарпатській області (212,8), при середньому по Україні 289,2.

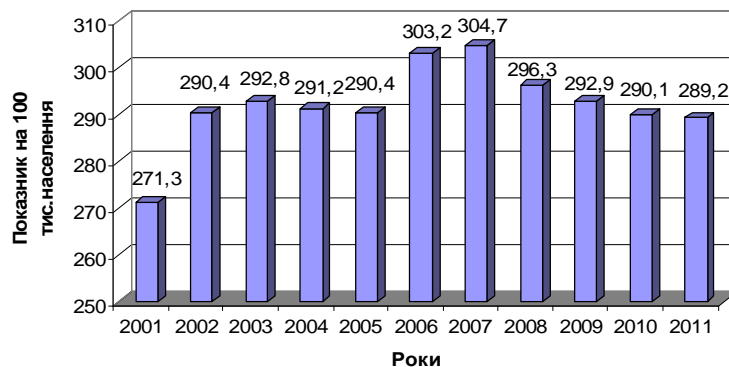


Рис.3. Динаміка інвалідизації дітей 0-17 років в Україні

Таблиця 3

Динаміка інвалідизації дітей внаслідок розладів психіки та поведінки

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Контингент дітей, які мають групу інвалідності (на 100 тис. населення)	271,3	290,4	292,8	291,2	290,4	303,2	304,7	296,3	292,9	290,1	289,2
% до попереднього року		+7,0	+0,8	-0,5	-0,5	+4,4	-0,5	-2,8	-1,2	-1,0	-0,3
% до поширеності розладів психіки та поведінки	7,6	8,0	7,9	7,8	10,3	10,8	11,0	10,8	10,9	10,9	11,1

Ще більш значні коливання показника інвалідності в областях по окремим нозологічним формам. Середній по Україні показник інвалідності дітей, хворих на шизофренію шизоафективні, шизотипові ті інші психотичні розлади складав на кінець 2011 р. 5,2 на 100 тис. дитячого (0-17 років) населення. За 10-річний період цей показник зріс на 8,3%, з 4,8 у 2001 р. до 5,2 у 2011 р. Коливання цього показника в регіонах більш ніж у 40 разів: в Сумській області в 2011 р. він складав 18,1, м. Києві – 11,0, в Харківській – 0,1, Волинській – 0,4, Тернопільській – 0,9, Запорізькій – 1,0. Вдвічі менше коливання показника інвалідності внаслідок епілепсії. В середньому по Україні цей показник складав 9,8, в Чернівецькій – 20,5, в Кіровоградській – 25,0, Хмельницькій – 18,7. Мінімальним він був у м. Севастополі – 0,0, АР Крим – 3,9 та Тернопільській області – 4,7. Найменші коливання в регіонах показника інвалідності дітей внаслідок розумової відсталості. Максимальним показник інвалідності внаслідок розумової відсталості був в Полтавській (311,5), Луганській (256,7), Одеській (251,7) областях, мінімальним – в АР Крим (132,1), Волинській (151,7) області та м. Севастополі (113,1), при середньому по Україні 206,0.

У 2011 р. психоневрологічними закладами України зареєстровано 23143 (289,2 на 100 тис.

дитячого нас.) дітей, які мають групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки. З них внаслідок шизофренії, шизоафективних, шизотипових розладів – 1,8% (5,2), епілепсії – 3,4% (9,8), органічних, включно симптоматичних, розладів психіки – 12,6% (36,5), розумової відсталості – 71,2% (206,0). (Рис.4).

Показник первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок розладів психіки та поведінки у 2005 р., коли були об'єднані дані на дітей 0-14 років та дітей 15-17 років, зріс на 13,3% з 33,9 у 2001 р. до 38,4 у 2005 р. Починаючи з 2005 р. він поступово зменшувався і на кінець 2011 р. складав 31,6 на 100 тис. дитячого (0-17 років) населення. (Рис. 5).

Первинно визнані інвалідами діти склали 7,2% від загальної кількості дітей з вперше встановленим діагнозом розладу психіки та поведінки. Щорічний внесок первинної інвалідності у контингент інвалідів дітей внаслідок розладів психіки та поведінки в середньому 10,5% , в 2011р. цей показник складав 10,9%. (табл.4).

Як і в попередні роки в 2011 р. найбільша кількість дітей, хворих на розлади психіки та поведінки первинно була визнана інвалідами в Житомирській (47,5 на 100 тис. дитячого населення), Запорізькій (46,1), Полтавській (44,7) областях, найменша – в Закарпатській (16,5), Волинській (17,9) областях, АР Крим (20,2), при середньому по Україні 31,6.

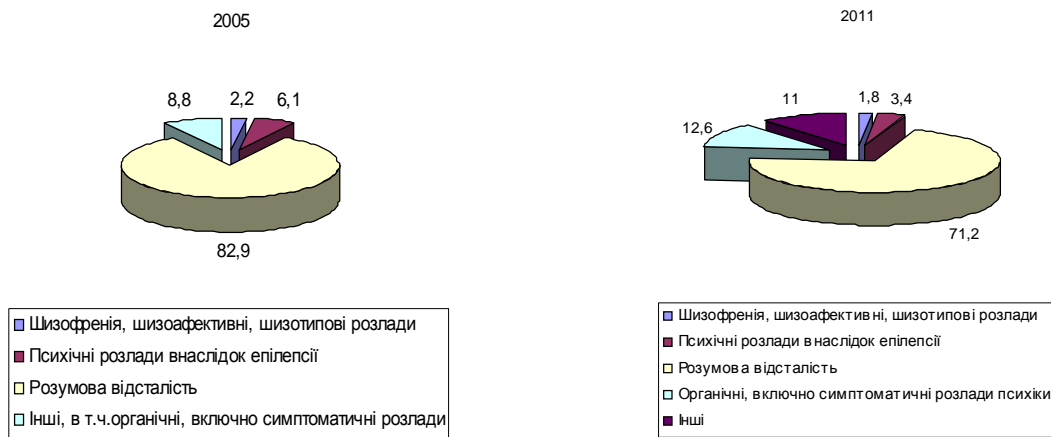


Рис.4. Структура інвалідності дітей 0-17 років, які мають групу інвалідності

Таблиця 4
Динаміка первинної інвалідації дітей, внаслідок розладів психіки та поведінки

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Первинно визнано дітей інвалідами (на 100 тис. відповідного населення)	33,9	33,0	33,2	31,4	38,4	30,9	28,9	28,2	28,7	30,6	31,6
% до попереднього року		-2,6	+0,6	+5,4	+15,7	-19,5	-6,5	-2,4	+1,8	+6,6	+3,3
% до показника захворюваності на розлади психіки та поведінки	5,4	5,3	5,3	4,9	8,0	6,8	6,3	5,9	6,4	6,7	7,2
% щорічного внеску первинної інвалідності у контингент, який має групу інвалідності	12,5	11,4	11,3	10,8	13,2	10,2	9,5	9,5	9,8	10,6	10,9

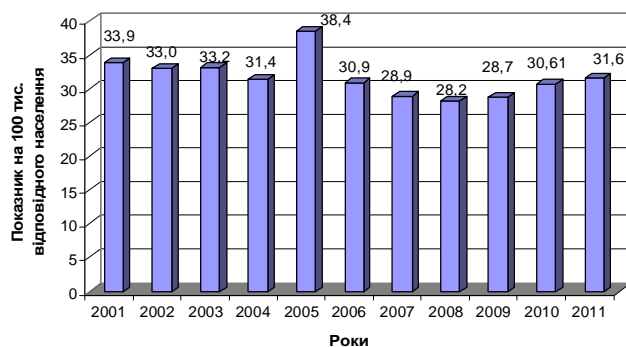


Рис. 5. Первинна інвалідація дітей 0-17 років в Україні

Вивчення щорічних коливань показника первинно визнаних інвалідами дітей з різними нозологічними формами розладів психіки та поведінки свідчить про те, що середній по Україні цей показник по шизофренії, шизоафективним, шизотиповим розладам в динаміці не перевищував 0,85-1,70. В значній кількості областей первинно визнаних інвалідами дітей в 2011 р. з такою патологією взагалі не було (Волинська, Житомирська, Миколаївська, Київська, Чернівецька області), найбільший показник визнаних первинно інвалідами дітей внаслідок шизофренії, шизоафективних, шизотипових, інших хронічних психотичних розладів реєструвався в

Кіровоградській (2,5), Сумській (3,8), Харківській (2,2) областях, найменший в Закарпатській (0,3), Вінницькій (0,3), Одеській (0,4) областях, при середньому по Україні 0,9, коливання цього показника між регіонами не перевищувало 2-2,5 рази. Більш значні щорічні коливання, з тенденцією до зниження, виявляються в показниках первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок епілепсії. В 2011 р. первинно визнано інвалідами дітей внаслідок епілепсії – 0,9 на 100 тис. дитячого населення, і в порівнянні з 2005 р. він зменшився на 55,0%. Коливання цього показника, як і в попередні роки, в регіонах у 2-8 разів. Найбільшим показником визнаних

первинно інвалідами внаслідок епілепсії був в Чернівецькій (2,7), Харківській (2,2), Чернігівській (1,7) областях, найменший – в Київській (0,3), Закарпатській (0,3), Рівненській (0,3) областях. В Волинській, Івано-Франківській, Сумській, Тернопільській областях, м. Севастополі в 2011 р., як і в попередні роки, первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок епілепсії не було. Показник первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок розумової відсталості складав у 2011 р. 17,4 на 100 тис. дитячого населення. В порівнянні з 2005 р. він зменшився на 39,6%, його коливання в різних регіонах перевищувало 2-4 рази. В Полтавській області цей показник складав 36,5 на 100 тис. дитячого населення. в Житомирській – 32,6, Сумській – 27,3, а в м. Севастополі він був 10,0, Черкаській – 10,3, Львівській – 10,6. Такі ж

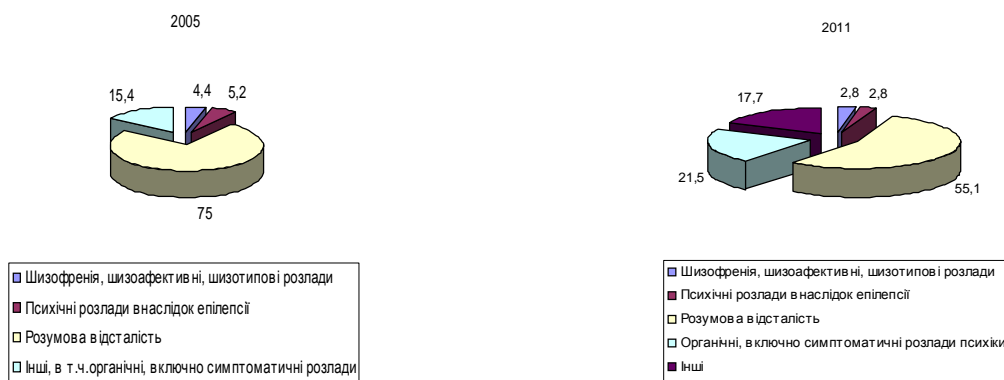


Рис.6. Структура первинної інвалідності дітей 0-17 років внаслідок розладів психіки та поведінки

Значні розбіжності показників інвалідності дітей внаслідок розладів психіки та поведінки як по регіонам України, так і по нозологічним формам психічних розладів пов'язані з одного боку з якістю роботи психіатричних закладів по виявленню і діагностиці захворювання, з іншого боку – роботою МСЕК.

На початок 2012 р. забезпеченість психіатричними ліжками дітей, хворих на психічні та поведінкові розлади складала 20,3 на 100 тис. дитячого населення проти 26,7 у 2001 р. Скорочення ліжкового фонду відбулось в більшості областей України. На 40-60% скоротилась кількість психіатричних ліжок для дітей в Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Івано-Франківській, Одеській областях, м. Києві, м. Севастополі. В той же час не зафіксовано зростання ліжкового фонду для дітей, хворих на психічні та поведінкові розлади в стаціонарній мережі загально-соматичних закладів, розширення мережі спеціалізованих кабінетів, удоско-

значні коливання в регіонах і в показнику первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок органічних, включно симптоматичних розладів психіки. При середньому по Україні в 6,8 на 100 тис. дит. нас., в Миколаївській області він був 18,1, Херсонській – 17,1, м. Севастополі – 16,6, а в Сумській обл. - 0,0, Закарпатській – 0,7, Хмельницькій – 1,2.

В структурі первинно визнаних інвалідами дітей, як і в попередні роки, перше рангове місце в 2011р. посідала розумова відсталість – 55,1% (17,4 на 100 тис. дитячого населення), проте в порівнянні з 2001 р. його питома вага зменшилась на 37,4%, на 69,0% зменшився і показник первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок епілепсії і значно зріс показник первинно визнаних інвалідами внаслідок органічних включно симптоматичних і інших розладів психіки. (Рис.6).

налення позалікарняних форм психіатричної допомоги дітям.

В Київській, Херсонській, Чернівецькій, Рівненській областях дитячий ліжковий фонд психіатричних закладів, хоч і незначно, зріс на 15-20 ліжок (відповідно – з 17,7 у 2001 р. до 23,0 у 2011 р. з 11,1 до 15,0; з 16,2 до 25,9; з 1,9 до 3,7).

Недостатньо використовується ліжко для дітей з розладами психіки та поведінки в Івано-Франківській (163 дні), Чернігівській (193 дні), Полтавській (171 день) областях, при досить високих показниках захворюваності на психічні розлади в цих областях (відповідно, 384,3, 810,9 і 484,7 при середньому по Україні – 438,2). Найнижчий показник оберту ліжка також в Чернігівській (7,3), Полтавській (5,8) областях, при середньому по Україні – 11,9.

Середнє перебування хворого у стаціонарі досить різноманітне і коливається від 10-15 днів (Івано-Франківська, Рівненська області) до 39-

43 днів в Тернопільській і Сумській областях, при середньому по Україні 26 днів. За 10-річний період перебування хворого в стаціонарі скоротилось, в середньому по Україні на 7 днів.

За 10-річний період кількість стаціонарних ліжок для дітей 0-17 років в спеціалізованих психіатричних закладах України зменшилась на 24% (Рис.7).

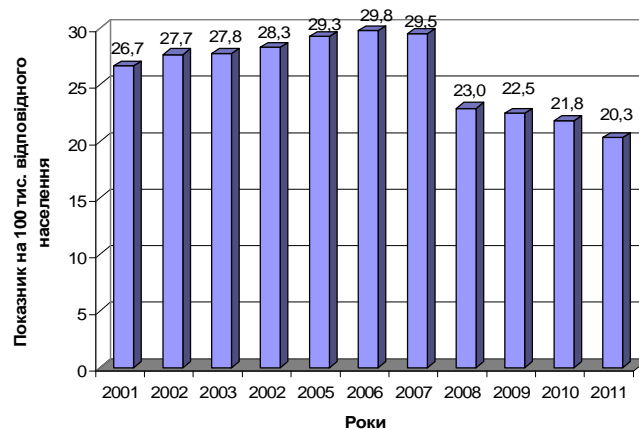


Рис.7. Кількість стаціонарних ліжок для дітей 0-17 років в спеціалізованих психіатричних закладах України в 2001-2011 рр.

Госпіталізована захворюваність дітей 0-17 у 2011 р. складала 270,0, дітей 0-14 років – 206,7, дітей 15-17 років – 542,8 на 100 тис. відповідного населення. За 10-річний період кількість госпіталізова-

них дітей 0-17 років зменшилась на 38%, дітей 0-14 років на 9,2% (з 227,5 у 2001р. до 206,7 у 2011 р.), дітей 15-17 років на 18,0% (з 662,1 до 542,8, відповідно) (Рис.8).

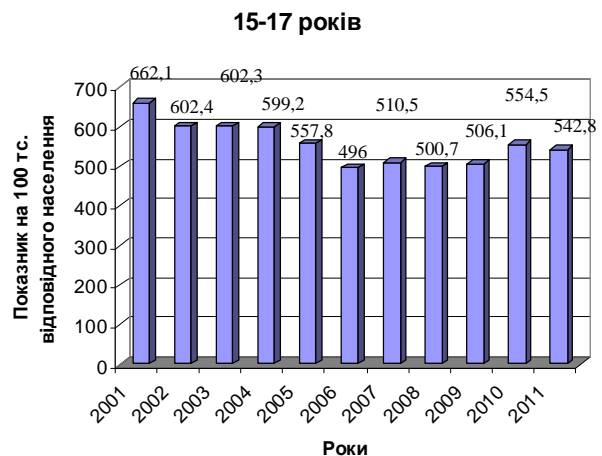
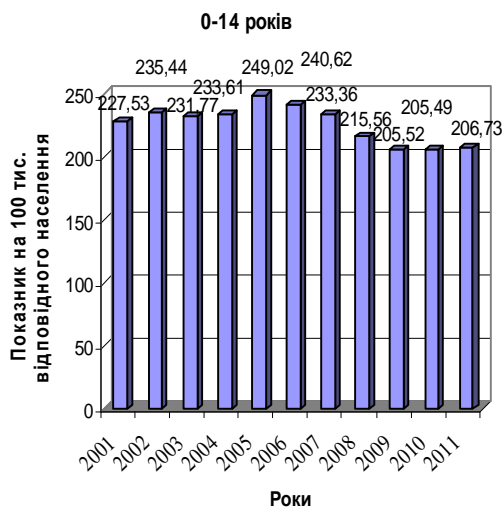


Рис.8. Динаміка госпіталізованої захворюваності дітей України

Аналіз госпіталізованої захворюваності виявляє значні розбіжності в регіонах до підходу стаціонарного лікування дітей. У 2011 р. при середньому показнику госпіталізованої захворюваності дітей 0-17 років – 270,0 на 100 тис. відповідного населення, в Рівненській області він склав 70,7, Донецькій – 104,2, а в АР Крим – 597,5, Черкаській області – 409,2.

В структурі госпіталізованої захворюва-

ності дітей 0-17 років, як і в попередні роки переважали розлади психіки непсихотичного характеру 145,6 на 100 тис. дитячого населення (53,9%), з них непсихотичні психічні розлади органічного походження – 53,0 (19,6%), розлади психологічного розвитку поведінки дитячого та підліткового віку – 81,3 (30,1%). Розумова відсталість складала 112,6 (41,7%). (рис.9).

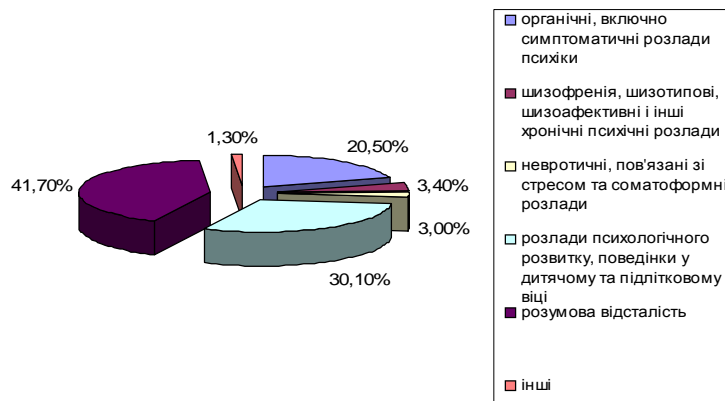


Рис.9. Структура госпіталізованої захворюваності дітей 0-17 років у 2011 р.

В структурі госпіталізованої захворюваності за 10-річний період суттєвих змін не виявлено, як і в щорічному відсотку госпіталізованих від загальної кількості хворих, які перебувають під спостереженням у психоневрологічних закладах, щорічно госпіталізується дітей 0-14 років 17-18%, підлітків – 8-8,5%.

Вивчення нозологічної структури госпіталізованої захворюваності виявив певні вікові розбіжності. За 10-річний період серед дітей 0-14 років збільшився тільки показник госпіталізованої захворюваності на органічні включно симптоматичні розлади на 12,6%, в т.ч. на інші психози та слабумство органічного походження вдвічі.

У дітей 15-17 років показник госпіталізованих на органічні включно симптоматичні розлади зменшився на 41,6%, але збільшився на шизофренію, шизоафективні, шизотипові та інші психотичні розлади на 4,4% та розумову відсталість на 8,1%

Серед госпіталізованих хворих дітей віком 0-14 років 60,0% склали хворі на непсихотичні психічні розлади і 37,9% - на розумову відсталість, серед дітей віком 15-17 років, відповідно, 43,8% та 48,0%.

В порівнянні з 2001 р. ці показники у дітей віком 0-14 років зменшились, а у дітей віком 15-17 років зменшився показник госпіталізованої захворюваності як психотичного, так і непсихотичного регістру, а показник на розумову відсталість зріс.

Аналіз показників госпіталізації дітей, хворих на психічні розлади засвідчує, що стаціонарне лікування і на сьогоднішній день залишається домінуючою формою психіатричної допомоги. Нагальною потребою є розвиток амбулаторної ланки психіатричної допомоги, як і впровадження мультидисциплінарних бригад в практику роботи стаціонарних і амбулаторних

дитячих психіатричних закладів.

Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби, що забезпечує спеціалізованою допомогою дітей, віддзеркалює той факт, що за 10-річний період забезпеченість дитячого населення лікарями психіатрами фізичними особами скоротилась на 5,9% У 2001 р. цей показник склав 5,08 на 100 тис. відповідного населення, у 2011 р. – 4,8. Найбільш високим у 2011 р., як і в попередні роки, він був у АР Крим (8,33), м. Києві (8,05), м. Севастополі (8,31), нижчим у 2-5 разів за середній по Україні він був у Миколаївській (1,9), Рівненській (0,74), Закарпатській (1,76) областях.

Укомплектованість штатних посад фізичними особами по Україні становить 75,6%. В регіонах укомплектованість розподілена досить нерівномірно. В Чернівецькій області 8 фізичних осіб займали 7 штатних посад (106,7% укомплектованості), в Закарпатській 5 фізичних осіб займали 4,75 штатних посади (105,3%), в Миколаївській області укомплектованість лише 41,0% (4 особи на 9,15 штатних посади), в Рівненській – 33,3% (2 особи на 6 штатних посад). Тільки 73,1% лікарів атестовані.

65,1% з загальної кількості зайнятих посад дитячих психіатрів складають дільничні дитячі психіатри. На одну посаду дільничного дитячого психіатра у 2011 р. припадає 708 дітей. Коливання цього показника від 427 осіб в м. Севастополі до 1940 осіб в Херсонській області. Кількість відвідувань до 1 дільничного лікаря в середньому по Україні була 4704, з коливанням цього показника від 2059 по м. Києву до 13025 в Херсонській області.

Таким чином, за останні 10 років забезпеченість психіатричних закладів України фізичними особами лікарів-психіатрів дитячих не тільки не покращилась, а навпаки, в окремих областях навіть погіршилась. Крім того, потре-

бує підвищення і рівень професійної підготовки лікарів дитячих в значній кількості психіатричних закладів країни, особливо в умовах реформування всієї медичної галузі, впровадження інституту сімейної медицини.

ВИСНОВКИ

Проблема психічного здоров'я дітей є загальною для всіх країн світу. За даними багатьох дослідників стан психічного здоров'я дітей за останні роки погіршився, що обумовлено комплексним впливом соціальних, екологічних, демографічних, економічних та особистісних факторів. Більшість дітей з відхиленнями психічного здоров'я не отримує належної медичної допомоги. В Україні за останнє десятиріччя показники зареєстрованої як поширеності, так і захворюваності на розлади психіки та поведінки у дітей формально зменшилися. Проте, це не означає покращення стану здоров'я і зменшення дійсної захворюваності у дітей на розлади психіки та поведінки. Це скоріше характеризує зменшення звертання дітей та їх батьків за медичною допомогою в психоневрологічні заклади, низьку активність виявлення хворих на цю патологію як психіатрами, так і педіатрами, лікарями загальної практики, неефективну організаційну структуру психіатричної допомоги, недосконалість сучасних підходів до виявлення різних категорій хворих.

Можливо, стигматизація і негативне ставлення до дітей з будь-якими психічними розладами оточуючих, змушують їх батьків приховувати прояви психічного розладу, звертатись за допомогою до лікарів вже після появи у дітей виражених психічних і поведінкових порушень.

Взагалі до 80% дітей з різними розладами психіки та поведінки (за даними різних авторів) отримують медичну допомогу не у психіатрів, а у лікарів загальної практики, недостатня кваліфікація яких з питань розладів психіки та поведінки у дітей, призводить до хронізації розладу, неадекватному його лікуванню, розвитку у них ауто- і гетероагресивної поведінки.

Економічна криза, стигматизація психіатричної допомоги дітям, недосконалість амбулаторної психіатричної допомоги негативно вплинули на якість та доступність психіатричної допомоги дітям. Навіть в промислово розвинутих областях дитячі психіатри працюють лише в обласних та міських лікувально-профілактичних закладах. В той же час посади дитячих психіатрів відсутні в більшості районних центрів. Потребує реорганізації і розширення амбулатор-

на медична допомога дітям з психічними та поведінковими розладами. Ліжковий фонд для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки зосереджений в обласних та міських психоневрологічних закладах і скоротився за останні 10 років на 18,4%. Практично відсутні ліжка для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки в загальносоматичних закладах. Амбулаторна мережа дитячих психіатричних закладів працює неефективно і потребує радикальної реорганізації.

В структурі захворюваності на психічні розлади у дітей найбільший відсоток складають розлади поведінки та емоцій, психічні розлади органічного походження та розумової відсталості різного ступеня важкості. Висока поширеність цих розладів обумовлює зростання шкільної дезадаптації, девіантної поведінки, проблем соціалізації дитини. За останній час дослідники звертають увагу на зростання у дітей афективних розладів, що досить часто стають причиною дитячих суїцидів та нещасних випадків. В Україні афективні розлади у дітей майже не діагностуються. Це обумовлено тим, що з одного боку діти та їх батьки не приділяють уваги проявам депресії, вважаючи їх віковими недоліками особистості, з іншого – недостатньою кваліфікацією самих дитячих психіатрів, які кваліфікують такі розлади як розлади поведінки і та ін. Тому часто тривожні та депресивні розлади у дітей стають фактором вживання алкогольних та наркотичних засобів.

Психіатрична допомога дітям з розладами психіки та поведінки потребує реорганізаційних змін та удосконалення якості її надання. Перш за все охорона психічного здоров'я дітей повинна стати пріоритетним напрямом державної політики, з акцентом на профілактику психічних та поведінкових розладів з врахуванням економічних, соціальних, юридичних, освітніх аспектів.

Наступним завданням є реформування медичної допомоги дітям з розладами психіки та поведінки. Перш за все необхідно створювати умови надання психіатричної допомоги дітям в максимально не стигматизованих умовах:

- можливість надання консультативної допомоги за місцем проживання чи навчання; підвищення якості первинної медичної допомоги;
- розробка принципів психосоціальних лікувально-реабілітаційних методів в дитячій психіатрії;
- розширення соціально-орієнтованої, психологічної, психотерапевтичної допомоги, максимально наближеної до повсякденного оточення

дитини;

- реорганізація стаціонарної мережі з диференціацією ліжкового фонду психіатричних закладів, інтеграцією спеціалізованої психіатричної допомоги дітям в загально соматичну мережу шляхом відкриття психіатричних відділень в структурі багатoproфільних лікарень;

- оптимізація амбулаторно-поліклінічної допомоги в психіатричних та загально-соматичних закладах;

- залучення до вирішення проблем психічного здоров'я дітей працівників дошкільних закладів, шкіл, коледжів;

- розвиток альтернативних амбулаторних форм психолого-психіатричної допомоги.

Важливою проблемою є раннє виявлення роз-

ладів психіки та поведінки.

Значна роль в позитивному її вирішенні має обізнаність працівників дошкільних закладів, шкіл, коледжів, лікарів первинної ланки медичної допомоги, соціальних працівників з питань психологічного розвитку, емоційного стану дитини та психічних і поведінкових розладів. З цією метою необхідна розробка диференційованих психоосвітніх програм з питань ранньої діагностики розладів психіки та поведінки, порушень емоцій, розробка і впровадження в практику клінічних протоколів надання медичної допомоги дітям на різних етапах з врахуванням форм психолого-психічних розладів, визначення ролі сім'ї у вихованні дитини та збереженні її здоров'я.

*В.С. Подкорытов**, *Л.И. Дьяченко**, *А.Е. Кутиков**, *О.О. Петриченко***, *Н.Г. Кравчук ***

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» *, г. Харьков, Центр медицинской статистики МЗ Украины **, г. Киев

В статье проанализированы заболеваемость и распространенность психических расстройств и расстройств поведения у детей в Украине. Изучена их инвалидизация вследствие психических расстройств, проанализирована динамика обеспеченности стационарной психиатрической помощью и кадрами врачей психиатров. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 5-15).

*V.S. Podkorytov**, *L.I. Dyachenko**, *A.E. Kutikov**, *O.O. Petrychenko***, *H.G. Kravchuk***

MENTAL HEALTH STATE OF A CHILD POPULATION OF UKRAINE AND AN ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH CARE

**“Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine” State Institution, Kharkiv,
**Centre of Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

In the article an incidence and a prevalence of mental and behavioral disorders in children in Ukraine have been analyzed. Children's invalidity due to mental disorders was studied, and dynamics of provision with an in-patient psychiatric care and a staff of physicians-psychiatrists were analyzed. (Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — No. — P.). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 5-15).

Література

1. Лазоришинець, В. В. Тези до концепції реформування шкільної медицини: від спеціалізованої психіатричної допомоги до охорони психічного здоров'я [Текст] / В. В. Лазоришинець, Р. О. Моїсеєнко, В. В. Залеська, І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва, В. І. Шинкаренко, В. А. Павлюченко, В. В. Хведчук, О. В. Доленко, Ю. С. Півська // *Новости медицины и фармации. Психиатрия*. - 2010. - №329. - С.18-23.

2. Проект концепції вдосконалення психіатричної допомоги дітям [Текст] // *НейроNews. Психоневрологія і нейропсихіатрія* - 2012. - №5 (40). - С.8-12.

3. Моїсеєнко, Р.О. Від спеціалізованої дитячої психіатричної допомоги – до системи охорони психічного здоров'я дітей [Текст] / Р. О. Моїсеєнко, О. В. Терещенко, І. А. Марценковський // *Український вісник психоневрології*. - 2010. - Т.18, вип.3 (64). - С.14-18.

4. Фримонт, Ванда «Альтернативи обучению врачей общей практики основам детской психиатрии не существует» [Текст] / Ванда Фримонт // *НейроNews. Психоневрологія і нейропсихіатрія* - 2011. - №3 (30). - С.7-13.

5. Лазоришинець, В. В. Профилактика в детской психиатрии:

необходимость смены парадигмы [Текст] / В. В. Лазоришинець, Р. О. Моїсеєнко, В. В. Залеська, С.Ф.Глузман, І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва, В. І. // *НейроNews. Психоневрологія і нейропсихіатрія* - 2010. - №3 (22). - С.5-12.

6. Марценковський, І. А. Особливості діагностики та лікування депресивних розладів у дитячому віці [Текст] / І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва // *НейроNews. Психоневрологія і нейропсихіатрія* - 2007. - №3 (04). - С.19-24.

7. Кузнецов, В. Н. Вопросы выявления нарушений развития психических функций в раннем детстве [Текст] / В.Н. Кузнецов // *Психічне здоров'я*. - 2010. - №1-2. - С.35-44.

8. Менделевич, Б. Д. Региональные факторы формирования частоты психических расстройств и расстройств поведения у подростков в России [Текст] / Б. Д. Менделевич // *Неврологические вести*. - 2009. - Т.41. - №3. - С.74-77.

9. Грубцова, Н. Н. Аффективные расстройства у подростков [Текст] / Н. Н. Грубцова // *Современные социально-психологические проблемы психиатрии и наркологии: Рос.научно-практ.конф. с межд.уч., Томск, 15-16 окт. - 2008. Тез.докладов, Томск; Красноярск. - 2008. - С.35-36.*

Поступила в редакцию 06.09.2012