

УДК 616.89-02-07 (575.2) (04)

**ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ  
НА ДИАГНОСТИКУ И ТЕРАПИЮ АМБУЛАТОРНЫХ  
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПРОЖИВАЮЩИХ  
НА ЮГЕ КЫРГЫЗСТАНА**

*У.И. Исмаилов* – аспирант,  
*Т.А. Нелюбова* – канд. мед. наук, доцент,  
*А.С. Ким* – канд. мед. наук, доцент

---

Investigations have been carried out in the system of the first medical-sanitary aid in the context of the unified methodological approach with application of psychiatric diagnostic screening and an interview. The group of diseases to be actively revealed, comprised disturbing and depressing disorders and the data have shown that a part of patients with these disorders in the general medical system of the observed countries is from 0,9 to 22,6 (7,9% in average) of the number of all the users.

Многие клиничко-психопатологические и биологические исследования амбулаторных психических расстройств в последнее десятилетие убедительно свидетельствуют о существовании общего аффективного (тревожно-депрессивного) звена широкого круга расстройств, связанных преимущественно с влиянием ситуационно-средовых и личностных факторов [1].

В настоящее время исследователи оперируют понятием относительной коморбидности депрессивных и тревожных расстройств, тревожных расстройств и соматизации, т.е. сочетание соматоформных расстройств с другими тревожными расстройствами с признаками вегетативного симптомокомплекса [1].

Существенной трудностью в исследовании является незнание психиатрами языка, обычаев и верований отдельных племенных сообществ. Развитие современной мировой психиатрии, находящейся в тесной связи со все возрастающими контактами людей из разных стран, делает чрезвычайно важным уточнения психопатологической структуры культуральных синдромов и их интерпретаций с позицией существующих классификаций пси-

хических расстройств и нарушения поведения (в том числе и МКБ-10) [2].

Наиболее крупным и достоверным в этом отношении является кросс-культуральное исследование, проведенное ВОЗ в 14 странах. Исследования осуществлялись в системе первичной медико-санитарной помощи в рамках единого методологического подхода с применением психиатрического диагностического скрининга и собеседования. В группу заболеваний, подлежащих активному выявлению, входили тревожные и депрессивные расстройства. Данные показали, что доля пациентов с этими расстройствами составляла в общей медицинской сети обследуемых стран от 0,9 до 22,6 (в среднем 7,9%) от числа всех ее пользователей [3]. Это свидетельствует о высокой распространенности тревожных расстройств в контингенте пациентов амбулаторных общемедицинских учреждений, в том числе лиц, никогда не обращавшихся к психиатрам.

В связи с этим нами была поставлена цель изучить частоту и распространенность аффективных расстройств амбулаторного уровня (рубрика F-4 по МКБ-10) у проживающих на юге Кыргызстана (Баткенская область). Дос-

тижение этой цели позволило бы выявить факторы, обуславливающие трудности диагностики аффективных расстройств, выработать систему мониторинга, способствующего своевременной диагностике этих расстройств, установить особенности клинических проявлений, с учетом этнокультурального фактора и механизмов, влияющих на диагностику, проявления, течения этих расстройств у жителей на юге Кыргызстана (табл. 1).

Таким образом, среди всех обследованных в Баткенской области больше всех встречаются тревожно-депрессивные расстройства (151, 63,9%), чем соматоформные расстройства (85, 36,0%).

Среди обследованных в Баткенской области подавляющее большинство составляют больные с продолжительностью болезни от 3 до 5 лет – 98 (41,9%), а также свыше 5 лет – 71 (30,0%), что свидетельствует о хронизации аффективных расстройств и перехода в соматизацию (табл. 2).

В объективном психическом статусе обнаружилось преимущественно раздражительность, тревога, утрата чувства удовольствия, страхи, снижение настроения (табл. 3).

Результаты шкалы Гамильтона показали, что среди обследованных преобладают пациенты со средним уровнем тревоги и высоким уровнем депрессии (табл. 4).

Таблица 1

Распределение непсихотических форм аффективных расстройств по нозологии (Баткенская область)

Нозологические формы (шифр диагноза)	Абс. число	%
F-40. Тревожно-фобические расстройства	17	7,2
F-41. Тревожные расстройства с психовегетативной симптоматикой	61	25,8
F-43. 2. Смешанные тревожные и депрессивные расстройства	73	26,7
F-45. Соматоформные расстройства	85	36,0
Итого:	236	100

Таблица 2

Распределение по продолжительности аффективных расстройств

До 3 лет		От 3 до 5 лет		Свыше 5 лет	
Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
67	28,3	98	41,5	71	30,0

Таблица 3

Распределение основных клинических симптомов по частоте предъявления

Симптом	Абс. число	%
Снижение настроения	87	11,6
Бедная, маскообразная мимика	51	6,8
Замедленное мышление	19	2,5
Тревога	166	22,1
Страхи	109	14,5
Раздражительность	173	23,0
Утрата чувства удовольствия	133	17,7
Снижение памяти	7	0,9
Заторможенность, бедность жестикуляции	5	0,7
Идеи самообвинения		0,0
Суицидальные мысли	2	0,3

Таблица 4

Данные шкалы Гамильтона для выявления депрессии и тревоги по Баткенской области

Уровень депрессии				Уровень тревоги			
средний		высокий		средний		высокий	
абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
150	65,3	86	36,7	166	70,4	70	39,6

Недостаточная укомплектованность центров семейной медицины врачами-психиатрами, отсутствие психотерапевтов и психологов, а также широкая распространенность случаев стигматизации лиц с психическими проблемами служит препятствием для разработки и реализации стратегии охраны психического здоровья. Стигматизация является основной причиной дискриминации и социальной изоляции [4].

“Стигматизация и дискриминация, связанные с психическими заболеваниями, чрезвычайно затрудняют принятие своевременных мер на ранних стадиях, в особенности в сельских местностях” [5–7].

Указанные выше причины вынуждали пациентов получать медицинскую и лечебную помощь только от врачей терапевтического профиля (табл. 5). Так, анализ обращения опрошенных за медицинской помощью к специалистам показывает, что подавляющее большинство обращались к семейным врачам – 127 (53,8%), затем невропатологам – 41 (17,4%), акушер-гинекологам – 23 (9,7%), кардиологам – 22 (9,3%).

Таблица 5

Распределение маршрута пациентов к специалистам

Специалист	Абс. число	%
Семейный врач	127	53,8
Невропатолог	41	17,4
Акушер-гинеколог	23	9,7
Кардиолог	22	9,3
Эндокринолог	18	7,6
Онколог	5	2,1
Итого	236	100,0

Важной этнокультуральной характеристикой является отношение к религии. В течение последних лет в Кыргызстане, как и в других

странах, резко возрос интерес к вопросам религии, увеличилось число верующих людей. С одной стороны, это связано с радикальным изменением отношения государства к религии, поскольку в годы советской власти многие верующие по политическим мотивам были вынуждены скрывать свою религиозность. С другой стороны, в настоящее время негативные последствия социально-экономического кризиса, утрата прежних идеалов, социальная незащищенность побуждают людей искать новые духовные ценности и прежде всего в религии.

Отсутствие квалифицированных специалистов, плохое транспортное сообщение и стигматизация населения вынуждают пациентов обращаться к целителям (табл. 6).

Таблица 6

Распределение обращения к целителям

Обращение	Абс. число	%
Постоянное	43	18,2
Частое	65	27,5
Иногда	53	22,5
Нет	75	31,8
Итого	236	100

Как видно из табл. 7, большинство респондентов составляют женщины – 201 (85,2%). Это объясняется, тем что они во время обследования были более контактными, доброжелательно соглашались быть опрошенными, проявляли большую терпимость и более серьезно относились к процедуре обследования, чем мужчины.

По национальной принадлежности обследованные распределились следующим образом: кыргызы, узбеки, таджики и другие национальности (табл. 8).

Таблица 7

Распределение пациентов по полу

Пол	Абс. число	%
Мужской	35	14,8
Женский	201	85,2
Итого	236	100,0

Таблица 8

Распределение пациентов по национальности

Национальность	Абс. число	%
Кыргызы	134	56,8
Узбеки	51	21,6
Таджики	42	17,8
Русские	5	2,1
Др. национальности	4	1,7
Итого	236	100,0

По возрастному составу основной контингент приходится на самый работоспособный период от 21 до 50 лет (табл. 9).

Таблица 9

Распределение пациентов по возрастным критериям

Возраст, лет	Абс. число	%
до 20	10	4,2
21–30	48	20,3
31–40	65	27,5
41–50	67	28,4
51–60	46	19,5
Итого	236	100,0

Половина обследованных являются безработными, что само по себе вызывает тревогу за завтрашний день, создает конфликтную ситуацию в семье, усиливает криминализацию (табл. 10).

Таблица 10

Распределение пациентов по занятости

Занятость	Абс. число	%
Работает	119	50,4
Временно на работает	90	38,1
Инвалид	2	0,8
Пенсионер	25	10,6
Итого	236	100,0

Таким образом, разработка и осуществление эффективных планов укрепления психического здоровья в Баткенской области позволит оптимизировать качество оказания психиатрической помощи, с учетом указанных выше особенностей региона поднять уровень психического благополучия общества в целом.

### Литература

1. *Ким А.С.* Соматоформный синдром и феномен соматизации. – Бишкек, 2007 – 108 с.
2. *Марилов В.В.* Культуральные аспекты современной психиатрии. // Ж. неврол. и психиатр. им. Корсакова. – 2002. – №6. – С. 64–67.
3. *Goldberg G.P., Lecrubier Y.* From the frequency of mental disorders across centers. In: *Ustun T.B., Sartorius N.* Mental illness in general health care: an international study. - Chichester, 1955. – P. 323–334.
4. *Wahl O.F.* Mental health consumers: experience of stigma // *Schizophrenia Bulletin.* – 1999. – V. 25. – P. 467–478.
5. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров, январь 2005. – ВОЗ-2006. – 185 с.
6. *Дмитриева Т.Б., Положий Б.С.* Этнокультуральная психиатрия. – М.: Медицина, 2003. – 448 с.
7. *Blacker C.V.R., Clare A.W.* Depressive Disorder in Primary Care // *Brit. J. Psychiatry.* – 1987. – V. 150. – P. 737–751.