

Психическое здоровье детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2012 годах

Е.В. Макушкин, Н.К. Демчева, Н.А. Творогова

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»
Минздрава России

Резюме. На основе эпидемиологического исследования за период 2000–2012 годов выявлены высокие показатели общей и первичной заболеваемости детского и подросткового населения в Российской Федерации и по всем федеральным округам. Установлено увеличение числа инвалидов среди детей и подростков при снижении коечных мест и тенденции сокращения числа детских и подростковых психиатров в психиатрических службах субъектов. Сложившаяся ситуация требует дальнейшего пересмотра подходов к оказанию психиатрической помощи несовершеннолетним лицам. Необходимо избежать сокращения объемов психиатрических ресурсов. Однако комплекс организационных мероприятий немалозначим без адекватного финансового обеспечения территориальных программ оказания психиатрической помощи, в том числе на основании выполнения Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и выделения субсидий на диспансеризацию, лечение и профилактику.

Ключевые слова: распространенность психических заболеваний, детская заболеваемость, подростковая заболеваемость, инвалидность детей и подростков.

Mental health of children and teenagers in the russian federation in 2000–2012

E.V. Makushkin, N.K. Demcheva, N.A. Tvorogova

The State Scientific Centre of Social and Forensic Psychiatry by V.P. Serbsky» Ministries of Health of the Russian Federation

Summary. On the basis of epidemiological research during 2000–2012 high indicators of the general and primary disease of the children's and teenage population in the Russian Federation and on all federal districts are revealed. The increase in number of invalids among children and teenagers is established at decrease medical places and a tendency of reduction of number of children's and teenage psychiatrists in psychiatric services of subjects. The Current situation demands the further revision of approaches to rendering of the psychiatric help to minor persons. It is necessary to avoid reduction of volumes of psychiatric resources. However the complex of organizational actions is inconceivable without adequate financial maintenance of territorial programs of rendering of the psychiatric help, including on the basis of performance of the Program of the state guarantees of free rendering to citizens of medical aid and allocation of grants for prophylactic medical examination, treatment and preventive maintenance.

Key words: prevalence of mental diseases, children's disease, teenage disease, physical inability of children and teenagers.

Наиболее высокие уровни общей заболеваемости в Российской Федерации в последние десятилетия приходится на детско-подростковый и юношеский возраст и затрагивают от 3,0 до 5,5% населения данных возрастных групп, что по-прежнему требует самого пристального внимания к развитию служб охраны психического здоровья детей и подростков на федеральных и региональных уровнях [5, 6].

Вместе с тем некоторые исследователи полагают, что учтенные статистические данные отражают не полную картину заболеваемости, поскольку лишь небольшой процент населения при резко выраженных симптомах психического расстройства обращается за специализированной помощью [2, 3, 4, 5, 7]. Специалистам известна тенденция обращения родителей, педагогов, опекунов ребенка, имеющего проблемы в развитии и поведении, к школьным психологам, дефекто-

логам, неврологам. Уже традиционно происходит смещение акцентов в оказании специализированной помощи. Соответственно, последняя оказывается на ранних этапах картины заболевания либо недостаточно, либо далеко не всегда профильными специалистами системы здравоохранения. Например, ребенок с расстройством аутистического спектра, как правило, лишь в последнюю очередь будет проконсультирован специалистом-психиатром. Такого рода примеры не редки, и необходимость обращения за специализированной помощью, в первую очередь является решением и ответственностью родителей, как правило, на ранних этапах заболевания не знакомых с клиническими проявлениями психических расстройств.

Организационные проблемы, связанные с охраной психического здоровья детей и подростков, остро стоят в настоящее время. Социально-экономические преобразования, происходящие в

последние десятилетия, влияют в первую очередь на состояние здоровья именно этой категории населения, что обусловлено целым рядом факторов [1, 3, 4, 5, 8]. В специальной литературе последних лет отмечается, что психологическое напряжение, которое испытывает ребенок в результате воздействия неблагоприятных макро- и микросоциальных факторов, в значительной степени ухудшает его психическое здоровье. У несовершеннолетних растет чувство апатии, неуверенности в будущем, подавленность. Психогенные «невроз», тревога, негативные эмоции усиливают дистресс, нередко приводя к агрессии, алкоголизму, наркомании и даже к самоубийству [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Материалы и методы исследования

Работа основана на анализе статистических данных отчетных форм № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения», № 36 «Сведения о контингентах психически больных», № 30 «Сведения о системе здравоохранения», отражающих объективно учтенную заболеваемость психическими расстройствами населения Российской Федерации за 2000 – 2012 годы и обеспеченность населения психиатрической помощью.

В качестве основных методов использовались: эпидемиологический, демографический и математико-статистический.

Результаты исследования и обсуждение

Эпидемиологическое исследование заболеваемости психическими расстройствами детского и подросткового населения позволяет говорить о существенных различиях величин показателей заболеваемости и их динамики в зависимости от принадлежности к возрастной группе, временного периода, в течение которого получены статистические данные и от того в каких числах выражается заболеваемость – в абсолютных или в относительных.

Обращает на себя внимание тот факт, что на протяжении всего рассматриваемого в исследовании периода показатели как общей, так и первичной заболеваемости как детей, так и подростков превышают аналоговые показатели заболеваемости у взрослого населения. К примеру, общая детская заболеваемость превышает взрослую на 8,84–18,52%, а подростковая заболеваемость – на 28,75–38,76% в зависимости от рассматриваемого года.

Другой, не менее важной для здравоохранения особенностью заболеваемости рассматриваемых возрастных групп, является неоднозначность динамики, выраженной как в абсолютных числах, так и в показателе на 100 тыс. детского и подросткового населения. С 2000 года общее число психически больных детей (0–14 лет) последовательно снижается с 820 955 в 2000-м до 674 342 в 2012 году. На первый взгляд имеет положительную тенденцию, что с 2000 по 2012 год общая заболеваемость, выраженная в абсолютных числах, снизилась на 17,86%. Однако заболевае-

мость, выраженная в относительных величинах, т.е. в интенсивных показателях, росла до 2006 года (с 3140,7 до 3293,0 на 100 тыс. населения) и за 6 летний период темп ее прироста составил 4,85%. Объективно отметим, что начиная с 2007 года рассматриваемый показатель последовательно снижается и в 2012 году составляет уже 3036,6 на 100 тыс. населения. Итоговый темп снижения показателя общей заболеваемости детского населения к 2012 году составляет 3,31%, что ниже темпа снижения заболеваемости в абсолютных числах на 14,55%.

В отношении подросткового населения (несовершеннолетние 15–17 лет) различия в динамике общей заболеваемости, выраженной в абсолютных и относительных числах, достигают выраженного контраста. Если количество подростков, имеющих психические расстройства, в абсолютных числах с 2000 по 2012 год снизилось на 27,47% (с 268 648 до 194 844), то в показателе на 100 тыс. населения – оно увеличилось на 25,87% (с 3591,5 до 4520,5). Причем показатель общей заболеваемости последовательно увеличивался от года к году вплоть до 2010 года, когда он достигает максимального значения за весь рассматриваемый период – 4633,9 на 100 тыс. населения, и лишь за последние 2 года он несколько снизился (на 2,45%).

Кроме того, если в абсолютных числах общая подростковая заболеваемость ниже детской заболеваемости, то в относительных числах она выше детской. По-видимому, это объясняется более ярким клиническим оформлением и структурированием психического расстройства в подростковом возрасте, с наличием выраженных расстройств поведения в пубертате, что и определяет уже системное оказание специализированной психиатрической помощи.

Прослеженная картина динамики заболеваемости у детского и подросткового населения во многом определяется демографической ситуацией с отрицательной динамикой численности населения данных возрастных групп по стране в целом. Так, с 2000 по 2012 год численность детского населения снизилась на 15,04% (с 26 139 179 до 22 207 236), а численность подросткового населения – на 42,38% (с 7 480 068 до 4 310 219). При этом, если число детей, начиная с 2008 года в РФ увеличивается, то число подростков в популяции снижается до 2012 года. Темп снижения численности подросткового населения, который существенно опережает (на 27,34%) темп снижения общего числа психически больных подростков, служит одной из значимых причин увеличения «плотности» или частоты встречаемости больных подростков среди населения данной возрастной группы (табл. 1).

Картина динамики первичной заболеваемости детей и подростков отличается от картины общей заболеваемости. Первичная заболеваемость, как детей, так и подростков за рассматриваемый период по РФ в целом снизилась как в абсолютных числах, так и в показателях на 100 тыс. населения.

Таблица 1. Динамика показателей общей заболеваемости и численности детского (0-14 лет) и подросткового (15-17 лет) населения по РФ за 2000–2012 годы

| Год | Общая заболеваемость детей (0-14 лет) и подростков (15-17 лет) в абсолютных числах и в показателе на 100 тыс. населения | | | | Численность детского населения | Численность подросткового населения |
|------------------|---|-------------|-----------|-------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| | 0-14 лет | | 15-17 лет | | | |
| | Абс. | На 100 тыс. | Абс. | На 100 тыс. | | |
| 2000 | 820 955 | 3 140,7 | 268 648 | 3 591,5 | 26 139 179 | 7 480 068 |
| 2001 | 792 289 | 3 173,3 | 274 169 | 3 646,8 | 24 967 265 | 7 518 108 |
| 2002 | 776 917 | 3 220,0 | 285 000 | 3 744,3 | 23 770 950 | 7 540 845 |
| 2003 | 746 170 | 3 223,9 | 292 849 | 3 865,1 | 22 721 178 | 7 508 156 |
| 2004 | 722 542 | 3 222,8 | 296 559 | 4 027,3 | 21 878 723 | 7 284 269 |
| 2005 | 713 748 | 3 272,5 | 287 626 | 4 100,7 | 21 810 665 | 7 014 022 |
| 2006 | 703 259 | 3 293,0 | 273 458 | 4 145,8 | 21 356 000 | 6 596 060 |
| 2007 | 695 995 | 3 289,1 | 259 306 | 4 257,4 | 21 160 763 | 6 090 661 |
| 2008 | 691 313 | 3 255,3 | 241 490 | 4 412,2 | 21 236 309 | 5 473 261 |
| 2009 | 688 005 | 3 205,1 | 227 536 | 4 606,4 | 21 466 083 | 4 939 589 |
| 2010 | 681 984 | 3 145,9 | 213 896 | 4 633,9 | 21 677 997 | 4 615 942 |
| 2011 | 678 812 | 3 087,2 | 202 061 | 4 596,1 | 21 988 183 | 4 396 394 |
| 2012 | 674 342 | 3 036,6 | 194 844 | 4 520,5 | 22 207 236 | 4 310 219 |
| Темп роста, % | 82,14 | 96,69 | 72,53 | 125,87 | 84,96 | 57,62 |
| Темп прироста, % | -17,86 | -3,31 | -27,47 | 25,87 | -15,04 | -42,38 |

При этом если в абсолютных числах заболеваемость детей снизилась на 22,40% (с 164 393 до 127 563), то в показателе на 100 тыс. детского населения с на 8,67% (с 628,9 до 574,4). Заболеваемость подростков в абсолютных числах снизилась на 51,91% (с 40 594 до 19 522), а в показателе – на 16,55% (с 542,7 до 452,9). Динамика показателей первичной заболеваемости как детей, так и подростков не последовательна. С 2000 по 2004 год наблюдался рост данных показателей для детского населения. За рассматриваемые 5 лет первичная детская заболеваемость возросла на 8,38%, т.е. с 628,9 до 681,6 на 100 тыс. населения, после чего она постепенно снижается год от года. Последовательный рост показателя первичной заболеваемости подростков наблюдался до 2003 года, когда он увеличился на 3,00% (с 542,7 до 559,0 на 100 тыс. населения), в дальнейшем он то увеличивается, то снижается вплоть до 2009 года. После 2009 года он последовательно снижался, и темп снижения рассматриваемого показателя за последние 3 года составил 11,80% (табл. 2).

Следует отметить, что так же, как это наблюдалось и в отношении показателя общей заболеваемости, показатель первичной заболеваемости, как детей, так и подростков значительно превышает на протяжении всего рассматриваемого периода показатель первичной заболеваемости взрослого населения. Показатель первичной заболеваемости детей в 2000 году превышал таковой для взрослого населения на 40,59%, а в 2012 – на 42,84%. Первичная заболеваемость подростков в 2000 году была выше заболеваемости взрослых на 31,16%, а в 2012 – на 27,52%.

Таблица 2. Динамика показателей первичной заболеваемости детей (0–14 лет) и подростков (15–17 лет) за 2000–2012 годы по РФ, рассчитанных на 100 тыс. детского и подросткового населения

| Год | Первичная заболеваемость детей (0–14 лет) и подростков (15–17 лет) в абсолютных числах и в показателе на 100 тыс. населения | | | |
|------------------|---|-------------|-----------|-------------|
| | 0–14 лет | | 15–17 лет | |
| | абс. | на 100 тыс. | абс. | на 100 тыс. |
| 2000 | 164 393 | 628,9 | 40 594 | 542,7 |
| 2001 | 157 337 | 630,2 | 42 317 | 562,9 |
| 2002 | 158 121 | 665,2 | 42 096 | 553,1 |
| 2003 | 146 775 | 646,0 | 42 356 | 559,0 |
| 2004 | 149 117 | 681,6 | 41 063 | 557,6 |
| 2005 | 145 481 | 667,0 | 37 187 | 530,2 |
| 2006 | 142 111 | 665,4 | 33 872 | 513,5 |
| 2007 | 140 867 | 655,7 | 31 482 | 516,9 |
| 2008 | 136 975 | 645,0 | 28 117 | 513,7 |
| 2009 | 140 209 | 653,2 | 26 608 | 538,7 |
| 2010 | 130 912 | 603,9 | 23 702 | 513,5 |
| 2011 | 128 810 | 585,8 | 21 598 | 491,3 |
| 2012 | 127 563 | 574,4 | 19 522 | 452,9 |
| Темп роста, % | 77,60 | 91,33 | 48,09 | 83,45 |
| Темп прироста, % | -22,40 | -8,67 | -51,91 | -16,55 |

Таблица 3. Динамика показателей общей заболеваемости и численности детского (0-14 лет) населения по РФ и федеральным округам за 2000–2012 годы

| РФ и федеральные округа | Общая заболеваемость детей (0-14 лет) в абсолютных числах и в показателе на 100 тыс. населения | | | | | | Численность населения | | |
|-------------------------|--|---------|-----------------------------------|-------------|---------|-----------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------------------|
| | Абс. | | Темп прироста в 2012 к 2000 г., % | На 100 тыс. | | Темп прироста в 2012 к 2000 г., % | 2000 | 2012 | Темп прироста в 2012 к 2000 г., % |
| | 2000 | 2012 | | 2000 | 2 012 | | | | |
| РФ | 820 955 | 674 342 | -17,86 | 3 140,7 | 3 036,6 | -3,31 | 261 391 79 | 222 072 36 | -15,04 |
| Центральный | 190 760 | 132 940 | -30,31 | 3 251,1 | 2 598,8 | -20,06 | 586 760 6 | 511 545 0 | -12,82 |
| Северо-Западный | 81 606 | 67 225 | -17,62 | 3 504,0 | 3 567,7 | 1,82 | 2 328 961 | 1 884 290 | -19,09 |
| Южный | 58 149 | 57 947 | -0,35 | 2 298,1 | 2 736,2 | 19,06 | 2 530 318 | 2 117 820 | -16,30 |
| Северо-Кавказский | 54 471 | 42 953 | -21,15 | 2 447,1 | 2 014,1 | -17,69 | 1 873 727 | 2 132 592 | -4,19 |
| Приволжский | 169 455 | 140 857 | -16,88 | 2 878,9 | 3 061,7 | 6,35 | 5 886 032 | 4 600 587 | -21,84 |
| Уральский | 82 133 | 67 672 | -17,61 | 3 503,0 | 3 339,7 | -4,66 | 2 344 654 | 2 026 271 | -13,58 |
| Сибирский | 142 987 | 136 107 | -4,81 | 3 609,8 | 4 140,2 | 14,69 | 3 961 104 | 3 287 450 | -17,01 |
| Дальневосточный | 41 394 | 28 641 | -30,81 | 3 073,6 | 2 746,6 | -10,64 | 1 346 779 | 1 042 776 | -22,57 |

Значения показателей общей и первичной заболеваемости детского населения, а также их динамика существенно различаются по Федеральным округам Российской Федерации. Наиболее высокие показатели общей заболеваемости детей отмечаются в Сибирском, Северо-Западном и Уральском округах.

Так, в 2000 году рассматриваемый показатель в названных округах составлял 3609,8; 3504,0 и 3503,0, а в 2012 году – 4140,2; 3567,7 и 3339,7 на 100 тыс. детского населения соответственно, и данные показатели существенно превышали таковые по РФ в целом. Вместе с тем величина показателей заболеваемости не всегда соответствует их динамике. Так, в Сибирском округе с 2000 по 2012 год заболеваемость детей возросла на 14,69%, Северо-Западном округе – на 1,82%, а в Уральском Округе заболеваемость снизилась на 4,66% (табл. 3).

Развитие амбулаторно-поликлинических услуг, сетевой службы, бригадных мобильных видов работы, активное межведомственное взаимодействие влияют на показатели общей и первичной заболеваемости. Так, например, наибольший рост показателя общей заболеваемости у детей отмечался в Южном округе, где он увеличился с 2298,1 до 2736,2 на 100 тыс. населения (на 19,6%). Постепенная ликвидация кадрового дефицита на местном уровне может закономерно повлиять на интенсивные и экстенсивные показатели как деятельности психиатрической службы, так и структуры заболеваемости. Что касается детской заболеваемости в абсолютных числах, то она в большей или в меньшей степени снизилась по всем округам РФ, однако во всех округах снизилась и численность детского населения. Особенно значительное снижение детского населения отме-

чалось в Дальневосточном, Приволжском и Северо-западном округах (на 22,57; 21,84 и 19,09% соответственно). Хотя прямой параллели между величиной снижения детского населения и величиной снижения числа психически больных детей в федеральных округах провести нельзя, очевидно, что снижение численности населения отражается на показателях общей заболеваемости за счет увеличения частоты встречаемости больных в рассматриваемой популяции.

Заболеваемость подростков в показателях на 100 тыс. населения выше показателей заболеваемости детей по всем федеральным округам. Наиболее высокие показатели в 2000 году отмечались в Сибирском (4281,7 на 100 тыс. населения), Дальневосточном (3733,9 на 100 тыс. населения) и Центральном (3681,4 на 100 тыс. населения) округах РФ. К 2012 году картина несколько изменилась. Наиболее высокие показатели заболеваемости остались в Сибирском и Дальневосточном округах (6603,5 и 5248,3 соответственно), а третье место по величине показателя общей заболеваемости занял Северо-Западный округ (4796,4). Важно отметить, что к 2012 году показатель общей заболеваемости подростков вырос по всем округам РФ, хотя темп его прироста существенно отличается в зависимости от конкретного округа. Наиболее существенно показатель общей заболеваемости подростков увеличился в Сибирском (на 54,23%), Дальневосточном (40,56%) и Северо-Западном (44,82%) округах.

В демографическом отношении особенного внимания заслуживают высокие проценты снижения численности подросткового населения по всем федеральным округам России, которые в зависимости от округа в 2–5 раз, превышают таковые в отношении детского населения (табл. 4).

Таблица 4. Динамика показателей общей заболеваемости и численности подросткового (15–17 лет) населения по РФ и федеральным округам за 2000–2012 годы

| РФ и федеральные округа | Общая заболеваемость подростков (15-17 лет) в абсолютных числах и в показателе на 100 тыс. населения | | | | | Численность населения | | | |
|-------------------------|--|---------|-----------------------------------|-------------|---------|-----------------------------------|------------|-----------|-----------------------------------|
| | Абс. | | Темп прироста в 2012 к 2000 г., % | На 100 тыс. | | Темп прироста в 2012 к 2000 г., % | 2000 | 2012 | Темп прироста в 2012 к 2000 г., % |
| | 2000 | 2012 | | 2000 | 2012 | | | | |
| РФ | 268 648 | 194 844 | -27,47 | 3 591,5 | 4 520,5 | 25,87 | 7 480 068 | 4 310 219 | -42,38 |
| Центральный | 63 940 | 37 640 | -41,13 | 3 681,4 | 3 713,5 | 0,87 | 1 736 821 | 1 013 587 | -41,64 |
| Северо-Западный | 23 890 | 17 094 | -28,45 | 3 311,9 | 4 796,4 | 44,82 | 721 330 | 356 395 | -50,59 |
| Южный | 21 992 | 17 650 | -19,74 | 2 972,4 | 4 095,5 | 37,79 | 739 882 | 430 961 | -41,75 |
| Северо-Кавказский | 15 542 | 13 215 | -14,97 | 2 870,1 | 3 153,4 | 9,87 | 478 133 | 419 075 | -22,61 |
| Приволжский | 57 605 | 41 744 | -27,53 | 3 583,1 | 4 541,0 | 26,73 | 1 607 700 | 919 277 | -42,82 |
| Уральский | 22 668 | 17 041 | -24,82 | 3 349,9 | 4 664,0 | 39,23 | 676 681,5 | 365 371 | -46,01 |
| Сибирский | 49 039 | 39 870 | -18,70 | 4 281,7 | 6 603,5 | 54,23 | 1 145 328 | 603 775 | -47,28 |
| Дальневосточный | 13 972 | 10 590 | -24,21 | 3 733,9 | 5 248,3 | 40,56 | 3 74 192,5 | 201 778 | -46,08 |

В Северо-Западном округе темп снижения численности подросткового населения оказался наиболее высоким. За рассматриваемый период он превысил 50 % (50,59%), однако и во всех остальных округах, за исключением Северо-Кавказского округа, где численность подростков снизилась на 22,61%, темп снижения численности подросткового населения превышает 40%, что является отражением демографической ситуации в исследуемый период в отношении названной категории, а также поводом для особого внимания к изучению этой проблемы с анализом состояния здоровья подросткового населения.

В то время как по стране в целом показатели первичной заболеваемости у детей и подростков снижаются, в отдельных округах эти показатели растут. Так показатели заболеваемости детского населения с 2000 по 2012 год существенно увеличились в Сибирском (на 13,46%) и Северо-западном округах (на 9,84%). В этих же регионах величина рассматриваемых показателей наиболее высока и существенно превышает средний показатель по РФ. В Северо-западном округе в 2000 году первичная заболеваемость детей составляла 778,3, а в 2012 году уже 854,9 на 100 тыс. детского населения, в Сибирском округе в 2000 году она составляла 709,8, а в 2012 году – 805,4 на 100 тыс. населения. Наиболее низкие показатели заболеваемости отмечены в Северо-Кавказском (351,8 и 251,1) и в Южном (472,2 и 471,7) округах России. Такого рода неравнозначные показатели сложно объяснить и имеют многофакторную природу. С одной стороны, психиатры [5] отмечают рост доверия населения как психиатрам, так и психиатрической службе. Соответственно в некоторых регионах отмечается более активная обращаемость за профильной помощью.

Однако, например, некоторые субъекты Кавказского региона уже традиционно дают низкие

показатели заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в детском и подростковом возрасте. По-видимому, обращаемость за специализированной помощью еще во многом определяется социокультурными особенностями и родовыми традициями. Семья больного ребенка лишь в самых крайних случаях обращается к специалисту-психиатру, нередко уже для решения вопроса об инвалидизации. Организаторы здравоохранения хорошо знают, что развитие сети амбулаторно-поликлинических услуг, кабинетов специалистов в педиатрических поликлиниках, работа специалистов бригадными методами в отдаленных регионах и сельской местности, активная обращаемость родителей (опекунов) в связи с проблемами развития и поведения ребенка определяют рост показателей первичной заболеваемости. В этой связи с вступлением в действие приказа Минздрава России от 21.12.2012 года № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», также можно спрогнозировать наряду с увеличением объемов медицинской помощи (профилактические осмотры) и динамичное увеличение показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами преимущественно пограничного (не психотического) уровня в результате диспансеризации, начавшейся в сентябре 2013 года.

Наименьший темп снижения первичной заболеваемости наблюдается в Южном и Уральском округах РФ (0,11 и 4,20% соответственно) (табл. 5).

Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости подросткового населения, превышающие средний показатель по РФ, в 2000 году наблюдались в Сибирском, Центральном и Дальневосточном округах (709,8; 606,3 и 595,4 на 100 тыс. населения соответственно). В 2012 году наиболее высокие показатели также отмечались в

Таблица 5. Динамика показателей первичной заболеваемости детей (0–14 лет) за 2000–2012 годы по РФ и федеральным округам, рассчитанных на 100 тыс. детского населения

| РФ и федеральные округа | Первичная заболеваемость детей (0-14 лет) в абсолютных числах и в показателе на 100 тыс. населения | | | | | |
|-------------------------|--|---------|-----------------------------------|-------------|-------|-----------------------------------|
| | Абс. | | Темп прироста в 2012 к 2000 г., % | На 100 тыс. | | Темп прироста в 2012 к 2000 г., % |
| | 2000 | 2012 | | 2000 | 2012 | |
| РФ | 164 393 | 127 563 | -22,40 | 628,9 | 574,4 | -8,67 |
| Центральный | 38849 | 24 787 | -36,20 | 662,1 | 484,6 | -26,82 |
| Северо-Западный | 18127 | 16 109 | -11,13 | 778,3 | 854,9 | 9,84 |
| Южный | 11949 | 9990 | -16,39 | 472,2 | 471,7 | -0,11 |
| Северо-Кавказский | 7830 | 5 355 | -31,61 | 351,8 | 251,1 | -28,62 |
| Приволжский | 33 909 | 25 109 | -25,95 | 576,1 | 545,8 | -5,26 |
| Уральский | 17 796 | 14 734 | -17,21 | 759,0 | 727,1 | -4,20 |
| Сибирский | 28 116 | 26 476 | -5,83 | 709,8 | 805,4 | 13,46 |
| Дальневосточный | 7 817 | 5 003 | -36,00 | 580,4 | 479,8 | -17,34 |

Таблица 6. Динамика показателей первичной заболеваемости подростков (15–17 лет) за 2000–2012 годы по РФ и федеральным округам, рассчитанных на 100 тыс. детского и подросткового населения

| РФ и федеральные округа | Первичная заболеваемость подростков (15-17 лет) в абсолютных числах и в показателе на 100 тыс. населения | | | | | |
|-------------------------|--|--------|-----------------------------------|-------------|-------|-----------------------------------|
| | Абс. | | Темп прироста в 2012 к 2000 г., % | На 100 тыс. | | Темп прироста в 2012 к 2000 г., % |
| | 2000 | 2012 | | 2000 | 2012 | |
| РФ | 40 594 | 19 522 | -51,91 | 542,7 | 452,9 | -16,54 |
| Центральный | 10 530 | 4 397 | -58,24 | 606,3 | 433,8 | -28,45 |
| Северо-Западный | 3 231 | 1 840 | -43,05 | 447,9 | 516,3 | 15,26 |
| Южный | 3 115 | 1 454 | -53,32 | 421,0 | 337,4 | -19,86 |
| Северо-Кавказский | 2 178 | 1 465 | -32,74 | 402,2 | 349,6 | -13,08 |
| Приволжский | 7 508 | 3 674 | -51,07 | 467,0 | 399,7 | -14,42 |
| Уральский | 3 475 | 1 570 | -54,82 | 513,5 | 429,7 | -16,33 |
| Сибирский | 8 329 | 4 086 | -50,94 | 727,2 | 676,7 | -6,94 |
| Дальневосточный | 2 228 | 1 036 | -53,50 | 595,4 | 513,4 | -13,77 |

Сибирском и Дальневосточном округах (676,7 и 513,4 на 100 тыс. населения), а в Центральном округе данный показатель снизился на 28,45% и составил 433,8 на 100 тыс. населения. В результате он оказался несколько ниже, чем по РФ в целом. При этом в Северо-Западном округе первичная заболеваемость подростков в показателе на 100 тыс. населения возросла до 516,3 (на 15,26%) и превысила средний показатель по России.

Таким образом, при снижении показателя первичной заболеваемости по всем округам, за исключением Северо-Западного округа, где он вырос на 15,26%, темпы его снижения, как это наблюдалось и в отношении детского населения, различны. Наиболее существенно показатель первичной заболеваемости подростков снизился в Центральном (на 28,45%), Южном (на 19,86%) и Уральском (на 16,33%) округах. Наименьшее снижение показателя первичной заболеваемости наблюдалось в Сибирском округе – на 6,94% (табл. 6).

Выявленные в результате анализа учтенных данных более высокие показатели заболеваемости подросткового населения, нежели детского, рост показателей общей подростковой заболеваемости во всех регионах страны позволяют предполагать, что психические заболевания диагностируются несвоевременно и даже поздно. Определенно, большой процент заболеваний выявляется в до-призывном и призывном возрасте, когда подростки освидетельствуются медицинскими комиссиями при военкоматах.

Поздняя диагностика психических расстройств у детского и подросткового населения является, прежде всего следствием позднего обращения за психиатрической помощью, когда заболевание приобретает развернутую клиническую картину с тяжелыми и выраженными проявлениями психической и поведенческой патологии. Подтверждением сказанному являются высокие показатели инвалидности и рост инвалидизации детей и под-

Таблица 7. Динамика показателей общего количества детей и подростков (0-17 лет), являющихся инвалидами по психическим заболеваниям в 2000-2012 годах по РФ и федеральным округам, рассчитанных на 100 тыс. детского и подросткового населения

| РФ и федеральные округа | Контингент детей и подростков (0-17), признанных инвалидами по психическому заболеванию на конец года в федеральных округах и РФ в абсолютных числах и показателе на 100 тыс. населения | | | | | |
|-------------------------|---|--------|-----------------------------------|-----------------------|-------|-----------------------------------|
| | абс. | | темп прироста в 2012 к 2000 г., % | на 100 тыс. населения | | темп прироста в 2012 к 2000 г., % |
| | 2000 | 2012 | | 2000 | 2012 | |
| РФ | 92005 | 119281 | 29,65 | 278,0 | 449,8 | 61,80 |
| Центральный | 18080 | 20682 | 14,39 | 241,4 | 337,4 | 39,76 |
| Северо-западный | 7842 | 9507 | 21,23 | 262,6 | 424,3 | 61,59 |
| Южный | 10179 | 12251 | 20,36 | 316,4 | 480,7 | 51,93 |
| Северо-кавказский | 7111 | 9422 | 32,50 | 259,4 | 369,2 | 42,33 |
| Приволжский | 19208 | 28914 | 50,53 | 260,0 | 523,8 | 101,43 |
| Уральский | 8851 | 12033 | 35,95 | 297,5 | 503,1 | 69,14 |
| Сибирский | 16748 | 20549 | 22,70 | 334,4 | 528,1 | 57,91 |
| Дальневосточный | 3986 | 5923 | 48,60 | 236,7 | 475,9 | 101,06 |

Таблица 8. Динамика показателей детей и подростков (0-17 лет), впервые признанных инвалидами по психическим заболеваниям в 2000-2012 годах по РФ и федеральным округам, рассчитанных на 100 тыс. детского и подросткового населения

| РФ и федеральные округа | Контингент детей и подростков (0-17), впервые признанных инвалидами по психическому заболеванию в федеральных округах и РФ в абсолютных числах и показателе на 100 тыс. населения | | | | | |
|-------------------------|---|-------|-----------------------------------|-----------------------|------|-----------------------------------|
| | абс. | | темп прироста в 2012 к 2000 г., % | на 100 тыс. населения | | темп прироста в 2012 к 2000 г., % |
| | 2000 | 2012 | | 2000 | 2012 | |
| РФ | 14740 | 12946 | -12,17 | 43,8 | 48,8 | 11,35 |
| Центральный | 2425 | 2313 | -4,62 | 31,9 | 37,7 | 18,34 |
| Северо-западный | 1028 | 1181 | 14,88 | 33,7 | 52,7 | 56,39 |
| Южный | 2040 | 1325 | -35,05 | 62,4 | 52,0 | -16,67 |
| Северо-кавказский | 1324 | 1085 | -18,05 | 47,8 | 42,5 | -11,12 |
| Приволжский | 2834 | 3059 | 7,94 | 37,8 | 55,4 | 46,54 |
| Уральский | 1338 | 1321 | -1,27 | 44,3 | 55,2 | 24,68 |
| Сибирский | 3144 | 2064 | -34,35 | 61,6 | 53,0 | -13,85 |
| Дальневосточный | 607 | 598 | -1,48 | 35,3 | 48,0 | 36,23 |

ростков (табл. 7). Однако наряду со сказанным в этом мы видим и тенденцию к дестигматизации в психиатрии, поскольку население (семья больного ребенка либо его опекуны) стремится получить гарантированную государством социальную поддержку ребенку-инвалиду. До 2000 года такая тенденция была несущественной, значение «стигмы» психиатрического диагноза доминировало.

Контингент детей и подростков (0-17 лет), являющихся инвалидами по психическому заболеванию, за рассматриваемый в работе период вырос как в абсолютных числах, так и в интенсивных показателях. Если в 2000 году в РФ общее количество детей-инвалидов составило 92 005 человек,

то в 2012-м эта цифра выросла до 119 281, т.е. на 29,65%, и если в 2000 году процент инвалидов среди детей с психической патологией составлял 8,44%, то в 2012 году этот процент увеличился до 13,72. Важно отметить, что рост количества детей-инвалидов наблюдается по всем округам Российской Федерации. Наиболее существенно количество детей, признанных инвалидами, возросло в Приволжском (на 50,53%), Дальневосточном (на 48,60%), Уральском (на 35,95%), Северо-Кавказском (на 32,50%) округах.

Интенсивность роста детской инвалидности, выраженная в показателях на 100 тыс. населения еще более высока, что прослеживается абсолютно

Таблица 9. Динамика детского (0-17 лет) коечного фонда в 2000-2012 годах в РФ и федеральных округах, в абсолютных цифрах и рассчитанных на 100 тыс. детского населения

| РФ и федеральные округа | Детский коечный фонд в абсолютных цифрах и на 100 тыс. населения | | | | | |
|-------------------------|--|------|-----------------------------------|-----------------------|------|-----------------------------------|
| | абс | | темп прироста в 2012 к 2000 г., % | на 100 тыс. населения | | темп прироста в 2012 к 2000 г., % |
| | 2000 | 2012 | | 2000 | 2012 | |
| РФ | 10187 | 7456 | -26,81 | 3,98 | 2,81 | -29,40 |
| Центральный | 3884 | 2627 | -32,36 | 6,76 | 4,29 | -36,54 |
| Северо-Западный | 1033 | 730 | -29,33 | 4,56 | 3,26 | -28,51 |
| Южный | 655 | 415 | -36,64 | 2,65 | 1,63 | -38,49 |
| Северо-Кавказский | 370 | 190 | -48,65 | 1,99 | 0,74 | -62,81 |
| Приволжский | 1473 | 1105 | -24,98 | 2,56 | 2 | -21,88 |
| Уральский | 807 | 788 | -2,35 | 3,52 | 3,29 | -6,53 |
| Сибирский | 1495 | 1225 | -18,06 | 3,86 | 3,15 | -18,39 |
| Дальневосточный | 445 | 376 | -15,51 | 3,39 | 3,02 | -10,91 |

во всех округах РФ. Всего по РФ с 2000 по 2012 год общий показатель инвалидности вырос на 61,80%. Особенно интенсивный рост рассматриваемого показателя отмечается в Приволжском и Дальневосточном округах, где он вырос на 101,43 и на 101,06% соответственно.

Численность детей, впервые признанных инвалидами, в отличие от общего числа детей-инвалидов по РФ в целом к 2012 году снизилась с 14 740 до 12 946, т.е. на 12,17% (табл. 8).

Вместе с тем, в отдельных округах она выросла. В Северо-Западном – на 14,88% (с 1028 до 1181 человек) и в Приволжском – на 7,94% (с 2834 до 3059 человек).

Контингент детей, впервые признанных инвалидами, выраженный в показателе на 100 тыс. населения, по РФ в целом вырос на 11,35%. При этом динамика указанного показателя за рассматриваемый период существенно отличалась в зависимости от федерального округа. Так, наибольший прирост показателя, отражающего количество детей, впервые признанных инвалидами, на 100 тыс. населения, отмечался в Северо-Западном округе, где он увеличился на 56,39%. Высокие темпы его прироста отмечались также в Приволжском (на 46,54%), Дальневосточном (на 36,23%) и в Уральском (на 24,68%) округах.

Вместе с тем в трех федеральных округах рассматриваемый показатель снизился. В Южном округе на 16,67%, в Сибирском округе – на 13,85% и в Северо-кавказском округе – на 11,12%.

Следует также отметить, что процент контингента детей-инвалидов в общем контингенте инвалидов всех возрастов в РФ за рассматриваемый период вырос с 10,80 до 11,49%, а процент детей, впервые признанных инвалидами, среди всех больных, также впервые признанных инвалидами, увеличился с 26,48 до 33,39%.

Кроме того, показатели первичной инвалидности детско-подросткового населения как в 2000-м, так и в 2012 году превышают те же показатели по всем инвалидам по психическому заболеванию, и

различия в этих показателях увеличиваются. Если в 2000 году показатель первичной инвалидности для всех психически больных РФ составлял 38,25 на 100 тыс. населения, а для детей-инвалидов – 43,8, то в 2012 году показатель для всех психически больных страны снизился и составил 27,10 на 100 тыс. населения, а для детей-инвалидов – возрос и составил 48,8.

В сложившихся условиях, когда детская и подростковая заболеваемость существенно превышает взрослую, растет подростковая заболеваемость в целом по стране и практически по всем федеральным округам России, растет инвалидность детей и подростков, решение вопросов обеспеченности рассматриваемого контингента коечным фондом и специалистами на региональном уровне должно приниматься лишь в результате тщательного анализа проблемы с учетом эпидемиологических и демографических показателей.

Вместе с тем с 2000 по 2012 год количество койко-мест для детей и подростков по РФ в целом сократилось с 10 187 до 7 456 или на 26,81%. Подобная тенденция прослеживается во всех ФО России, без учета особенностей динамики показателей заболеваемости. Наиболее интенсивное сокращение коечного фонда отмечается в Северо-Кавказском округе (на 48,65%), где при этом рост числа детей-инвалидов превышает их рост по РФ в целом.

Наиболее высокий процент сокращения коек отмечается также в Южном округе (на 36,64%), где растет показатель общей заболеваемости, как детей, так и подростков, а также и в Центральном округе (на 32,36%).

Если исходить из показателя обеспеченности коечным фондом, рассчитанного на 100 тыс. населения, то процент снижения детско-подростковых коек оказывается еще выше, что наблюдается как по России в целом, так и в большинстве ее федеральных округов (табл. 9). При этом очевидно смещение акцентов при оказании психиатрической помощи на амбулаторное звено здравоохра-

нения, что должно быть подкреплено развитием кадрового потенциала на уровне внебольничных поликлинических услуг. При этом с сожалением следует отметить, что за рассмотренный период в РФ сократилось количество детских (с 2175 до 2098) и подростковых (с 335 до 230) психиатров, что представляется абсолютно не рациональным в условиях имеющейся эпидемиологической картины и проведения диспансеризации.

Заключение

Результаты исследования позволили выявить, что в 2000-2012 годах показатели общей и первичной заболеваемости детей и подростков существенно превышают показатели заболеваемости взрослого населения. Показатели общей заболеваемости детей за рассмотренный период снизились по стране в целом, но в отдельных округах (Северо-Западный, Приволжский) они выросли. Показатели общей заболеваемости подростков существенно увеличились (более чем на 40%) как по РФ в целом, так и по всем без исключения федеральным округам. Показатели первичной заболеваемости детей и подростков снизились по РФ в целом, но в отдельных ФО они выросли. Рост показателей общей заболеваемости подростков в РФ и во всех округах и детей (в отдельных округах) в определенной степени обуславливается снижением детского (на 15,04%) и подросткового (на 42,38%) населения страны в целом и во всех федеральных округах России. Снижение заболеваемости детского населения, вероятнее всего, происходит за счет поздней выявляемости психических заболеваний у данной возрастной группы, что обуславливается как объективными (сложность диагностики психического заболевания на ранних этапах), так и другими причинами (опасение населением психиатрической «стигмы», непонимание и незнание симптомов психических заболеваний). В результате происходит рост заболеваемости тяжелыми формами психических расстройств, подтверждением чему служат высокие

показатели инвалидности детей и подростков и их значительный рост за период с 2000 по 2012 год.

Полученные в результате анализа эпидемиологические данные указывают на необходимость совершенствования системы профилактики и активного выявления психических расстройств на ранних этапах их проявления. Сложившаяся ситуация требует более продуманного подхода при решении вопроса о сокращении детских и подростковых коек и необходимого сохранения специалистов в области детской и подростковой психиатрии. Существенное уменьшение количества специалистов в области детско-подростковой психиатрии в регионах и снижение детско-подростковых коек во всех ФО вряд ли будет способствовать адекватной охране психического здоровья детского и подросткового населения в Российской Федерации.

Об имеющихся проблемах в детской психиатрической службе (заболеваемость, отток кадров, невысокий уровень заработной платы как у психиатров, так и у психологов, недостаточная модернизация службы, целесообразность повышения престижа профессии психиатра, необходимость федеральной целевой и региональных программ в области охраны психического здоровья детей и проч., главный внештатный специалист детский психиатр Минздрава России (Макушкин Е.В.) докладывал неоднократно как на ведомственном уровне, так и по ключевым вопросам вице-премьеру Правительства РФ (Голодец О.Ю.). Соответственно, специалисты рассчитывают на серьезную государственную поддержку этого сектора здравоохранения. Уже сегодня очевидно, что комплекс организационных мероприятий невыполним без адекватного финансового обеспечения территориальных программ оказания психиатрической помощи, в том числе на основании выполнения Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и выделения субсидий на диспансеризацию, лечение и профилактику.

Литература

1. Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Гиндикин В.Я., Макушкин Е.В., Морозова Н.Б. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под редакцией Гурьевой В.А. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство». — 2007. — 376 с.
2. Демчева Н.К., Калинина Е.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика психических расстройств у лиц с впервые в жизни установленным диагнозом и факторы, влияющие на первичную обращаемость за психиатрической помощью // Журн.: Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2010. — № 8. — С. 4-15.
3. Макушкин Е.В. Современная подростковая психиатрия: проблемы практики и требования права // Судебная психиатрия: Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики / под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. — М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. — 2004. — Вып. 1. — С. 127-133.
4. Макушкин Е.В., Голдобина О.А., Шалимов В.Ф. Система динамического мониторинга психического здоровья детей с нарушенным психофизическим развитием: Методические рекомендации // Организация психиатрической помощи с использованием современных методов управления, планирования и финансирования / Под редакцией Т.Б. Дмитриевой. — М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава». — 2008. — С. 139-156.
5. Макушкин Е.В., Чуркин А.А., Творогова Н.А., Пронина Л.А. Психиатрическая помощь детскому населению (0-14) Российской Федерации в 1991-2008 гг. / Статистический справочник Т. 1. — М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. — 2010. — 191 с.

6. Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психиатрическая помощь населению в 2012 году // Аналитический обзор / под ред. профессора З.И. Кекелидзе и профессора Б.А. Казаковцева – М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» МЗ РФ. – 2012. – 82 с.
7. Чуркин А.А., Ходырева Е.А. Динамика показателей распространенности непсихотических психических расстройств, среди детей и подростков в г. Москве в 2000-2009 гг. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. — № 11. – С. 3-9.
8. WHO Prevention of Mental Disorders: Effective Intervention and Policy Options: Summary Report/ A Report of the WHO Department of Mental Health and Substance Abuse – Geneva, WHO. – 2004. – P. 52-60.

Сведения об авторах

Макушкин Евгений Вадимович — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. E-mail – evm14@list.ru

Демчева Надежда Константиновна — доктор медицинских наук, руководитель Лаборатории аналитической эпидемиологии Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. E-mail – dnk@umail.ru

Творогова Нина Александровна – кандидат экономических наук, старший научный сотрудник Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. E-mail – otdel-haa@yandex.ru