

# Состояние психического здоровья работников промышленного предприятия по данным профилактических осмотров

*Балашов П.П., Антухов А.В.*

## The condition of mental health of industrial enterprise's workers according to the data of the preventive examinations

*Balashov P.P., Antukhov A.V.*

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

© Балашов П.П., Антухов А.В.

С помощью анкеты, содержащей 24 вопроса и утверждения, касающихся психопатологических симптомов, обследовано 789 работников промышленного предприятия, имеющих особо опасные условия труда. Установлено, что факторами риска появления психопатологических симптомов являются женский пол, возраст старше 40 лет, потеря супруга. Изученные производственные факторы (характер, стаж, график работы, образование) не влияли на частоту возникновения психопатологических симптомов.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, работники особо опасного производства, медицинский осмотр, анкетирование.

789 industrial enterprise's workers, having dangerous special conditions of work, were investigated by a questionnaire, containing 24 questions and statements about psychopathological symptoms. It was determined, that the risk factors of appearance of the psychopathological symptoms are a female sex, an age more than 40 years, a loss of spouse. The investigated factors of production (character, work experience, operating schedule, education) didn't influenced on a frequency of appearance of the psychopathological symptoms.

**Key words:** mental health, workers of a dangerous special production, medical examination, questioning.

УДК 613.86-057.51:655/68:616-084

### Введение

В развитых странах проблемы оценки психического здоровья находятся в центре внимания не только психиатров, но и социологов, экономистов, государственных учреждений. Считается, что в течение жизни каждый четвертый житель из 25 стран — членов Евросоюза будет иметь проблемы, связанные с ухудшением психического здоровья, 10,0% популяции имеют депрессию и 2,6% — психические расстройства [16, 20]. Проведенные в странах Евросоюза исследования показали, что нарушения психического здоровья играют все большую роль в утрате трудоспособности работающего населения, а экономические потери в связи с этим неуклонно возрастают. Например, в Великобритании в 2007 г. на долгосрочные платежи по утрате трудоспособности из-за психических и поведенческих нарушений затрачено 3,9 блн евро, что

составило 40% всех платежей по потере трудоспособности [19].

В Австрии при анализе причин утраты трудоспособности выявлено, что за 10 лет (1993—2002 гг.) общее число дней нетрудоспособности снизилось на 13%, при этом число дней утраты трудоспособности по причине

не психической патологии увеличилось на 56% [21].

В Швеции нарушения психического здоровья возникают в более молодом возрасте по сравнению с другими заболеваниями и среди причин преждевременного ухода на пенсию составляют 35%, а в Германии расстройства психики в качестве причины преждевременной утраты трудоспособности опередили сердечно-сосудистые, онкологические и костно-мышечные заболевания [17, 18].

Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами в России, по данным ГНЦ социальной

и судебной психиатрии им. В.П. Сербского и Центра психического здоровья РАМН, составляет 2 500 человек на 100 тыс. населения, что в 2 раза выше, чем заболеваемость диабетом и различными формами рака. При этом за последние 10 лет число пациентов с психическими нарушениями увеличилось почти в 1,5 раза. Среди почти 4 млн больных в нашей стране (без алкоголизма и наркомании) у 50% обнаружены пограничные психические состояния [6]. Отечественный и зарубежный опыт проведения эпидемиологических исследований показывает, что распространенность психической патологии в популяции соотносится с официально выявляемой традиционными подходами, т.е. по факту активной обращаемости, как 10 к 1. Рост распространенности психических заболеваний во многих странах обусловлен улучшением выявления больных с более легкими (пограничными) формами расстройств, совершенствованием системы выявления, наблюдения и учета [13].

Многочисленные исследования свидетельствуют о высоком уровне распространенности пограничных нервно-психических заболеваний среди рабочих промышленных предприятий [12]. Результаты комплексных социально-психологических исследований показывают, что их распространенность находится в весьма широком диапазоне — от 17 до 210 на 1 тыс. населения [3], а при обследовании работников промышленных предприятий эта цифра достигает 352,2 на 1 тыс. работающих [15]. Наблюдаемые нарушения психического здоровья в большинстве случаев носят скрытый характер и являются достаточно устойчивым признаком определенных видов психической патологии.

На предприятиях, где промышленный процесс связан с опасными условиями труда, условия работы характеризуются комплексом неблагоприятных факторов, таких как сменный график, применение специальных защитных костюмов, физические перегрузки, осознание опасности своей профессиональной деятельности, тревожное ожидание опасных последствий в случае ошибочных действий [5]. Предрасположенность к развитию состояний психической дезадаптации в условиях напряженной профессиональной деятельности, и особенно в экстремальных ситуациях, в 30—40% случаев реализуется формированием невротических и неврозоподобных нарушений, в том числе у практически здоровых, предварительно отобранных контингентов [9].

Установлено влияние нервно-психической патологии на степень социально-производственной адаптации, трудоспособность, заболеваемость с временной утратой трудоспособности и в конечном итоге на экономические показатели предприятия [14].

Сочетанное воздействие психогенных и соматогенных факторов является наиболее пагубным для психического здоровья, утяжеляет симптомы невротического уровня и расширяет регистр психоорганических расстройств [8]. Особенности профессиональной надежности, профессионального здоровья и психической адаптации у оперативного персонала АЭС рассматриваются в публикациях отечественных авторов [1, 8, 9, 14].

Оценка здоровья персонала по результатам медицинских осмотров и психофизиологического обследования, в том числе на основе распределения персонала по видам и уровням факторов риска развития профессиональных заболеваний и риска повышения частоты наиболее распространенных форм хронической патологии, с последующим анализом результатов является одним из наиболее действенных приемов для сохранения здоровья работающего контингента [11]. По мнению академика РАМН В.Я. Семке (2000), наиболее адекватным методом для эффективного решения указанных проблем является метод клинко-эпидемиологического исследования работников в условиях производственной деятельности.

## **Материал и методы**

Проведено скрининг-обследование среди организованного контингента работников с особо опасными условиями труда во время проведения планового медицинского осмотра с использованием методики предварительной оценки состояния психического здоровья (ПОСПЗ) [2]. Анкета содержит идентификационные данные, сведения о семейном положении, образовании, виде трудовой деятельности, а также 26 вопросов, касающихся состояния психического здоровья (из них 2 вопроса заданы с целью определить, настроен ли респондент на искренний ответ и считает ли он необходимым обратиться за медицинской помощью по поводу состояния своего здоровья). На каждое предлагаемое утверждение предлагается четыре варианта ответа: «да», «пожалуй, да», «скорее нет», «нет». Проанализировано 789 анкет, при этом обращалось

внимание только на ответ «да», остальные ответы из статистического анализа исключены.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. При анализе качественных признаков рассчитаны абсолютные и относительные частоты встречаемости и 95%-е доверительные интервалы относительной частоты. Оценка взаимосвязи качественных признаков проводилась с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Оценка значимости различия частот наблюдения в независимых выборках проводилась по критерию  $\chi^2$  Пирсона, различия между двумя долями оценивались при помощи  $t$ -критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

В общей группе обследованных преобладали мужчины (86,1%). Возрастная структура представлена следующим образом: лица в возрасте 20—29 лет составили 17,4%, 30—39 лет — 22,2%, 40—49 лет — 24,1%, 50—59 лет — 30,5%, 60—69 лет — 5,7%, 70 лет и старше — 0,1%. Эти соотношения распространялись на подгруппы мужчин и женщин.

По характеру труда большинство обследованных были квалифицированными рабочими — 83,0%, инженерно-технические работники составляли 15,6%, служащие — 1,4%. Высшее образование имели 22,1% опрошенных, среднеспециальное — 39,2%, среднее — 33,1%, неоконченное высшее — 3,3%, неоконченное среднее — 1,6%, начальное — 0,8%. Указанные соотношения были практически идентичными в подгруппах мужчин и женщин.

Изучение семейного положения показало, что 77,9% респондентов состояли в браке, при этом удельный вес мужчин, состоящих в браке, был выше по сравнению с подгруппой женщин (77,9 против 66,4%). Анализ ответов анкет ПОСПЗ представлен в табл. 1.

На откровенный ответ были настроены 96% обследуемых. На предлагаемый вопрос анкеты «Вы настроены на откровенный ответ?» 76% обследуемых ответили «да» (600 человек) и 20,2% «пожалуй, да» (159). Практически все опрошенные считали себя здоровыми, только 4 (0,5%) человека согласились с утверждением, что им «необходимо посоветоваться с врачом по поводу состояния своей нервной системы».

Наиболее часто обследуемые предъявляли жалобы ипохондрического характера (279 (35,36%) утверждений «да») и на вегетативные расстройства (171 (21,67%) утверждений «да») (рисунок). Достаточно часто фиксировались жалобы, характерные для эмоциональных расстройств, — 24,84% утверждений «да»: гипотимия — 2,79%, эмоциональная лабильность — 3,93%, эмоциональная слабость — 3,42%, апатия — 5,83%, дисфория — 6,97%, тревога — 1,90%, страх — 0,76%. В то же время заметно выделяется группа расстройств с жалобами, характерными для астенической симптоматики, — 31,81% утверждений «да»: гиперестезия — 3,30%, цефалгия — 4,06%, расстройства сна — 2,79%, вегетативные расстройства — 21,67% (рисунок).

Таблица 1

Результаты ответов скрининга по методике ПОСПЗ

V	Симптом	Выраженность симптома			
		Да	Пожалуй, да	Скорее нет	Нет
1	Ипохондричность	279	312	173	25
2	Вегетативные расстройства	171	116	179	323
3	Цефалгия	32	35	160	562
4	Гиперестезия	26	44	144	575
5	Гипотимия	22	45	215	507
6	Дисфория	55	104	211	419
7	Эмоциональная слабость	27	41	107	614
8	Апатия	46	95	234	414
9	Тревога	15	44	127	603
10	Идеи отношения	4	11	130	644
11	Эмоциональная лабильность	31	86	243	429
12	Аутизация	63	101	272	353
13	Сверхценные идеи	9	32	233	515
14	Слуховые обманы восприятия	3	3	14	769
15	Навязчивые мысли	22	50	127	590
16	Паранояльное расстройство	32	89	249	419
17	Страх	6	11	76	696
18	Зрительные обманы восприятия	3	0	17	769
19	Нарушения внимания	7	24	107	651
20	Нарушения памяти	13	55	156	565
21	Расстройства влечений	1	4	21	763
22	Открытость мыслей	1	13	54	721
23	Расстройства сна	22	50	100	617
24	Пароксизмальные расстройства	4	1	14	770
Все ответы (абс.) $\Sigma$ (V1—24) = 18 936		894	1 366	3 363	13 313

При этом практически не выявлены жалобы, входящие в структуру психоорганического синдрома, что составило только 6,72% утверждений «да» (нарушения внимания — 0,89%, нарушения памяти —

1,65%, расстройства влечений — 0,13%, цефалгия — 4,06%), и остальные психопатологические симптомы (аутизация — 7,98%, навязчивые мысли — 2,79%, сверхценные идеи — 1,14%, идеи отношения —

0,51%, паранояльное расстройство — 4,06%, открытость мыслей — 0,13%, слуховые обманы восприятия — 0,38%, зрительные обманы восприятия — 0,38%, пароксизмальные расстройства — 0,51%) (рисунок).



Частота симптомов психопатологических расстройств, выявленных при проведении скрининга с помощью анкеты ПОСПЗ

Изучение ответов «да», касающихся здоровья и самочувствия, в зависимости от пола, возраста, семейного положения, образования, вида трудовой деятельности обследуемых показало следующие результаты (табл. 2).

Таблица 2

Частота положительных ответов на вопросы при проведении скрининга с помощью анкеты ПОСПЗ

V	Симптом	Ответ «да»	
		Абс.	%
1	Ипохондричность	279	35,36
2	Вегетативные расстройства	171	21,67
3	Цефалгия	32	4,06
4	Гиперестезия	26	3,30
5	Гипотимия	22	2,79
6	Дисфория	55	6,97
7	Эмоциональная слабость	27	3,42
8	Апатия	46	5,83
9	Тревога	15	1,90
10	Идеи отношения	4	0,51
11	Эмоциональная лабильность	31	3,93
12	Аутизм	63	7,98
13	Сверхценные идеи	9	1,14
14	Слуховые обманы восприятия	3	0,38
15	Навязчивые мысли	22	2,79
16	Паранояльное расстройство	32	4,06
17	Страх	6	0,76
18	Зрительные обманы восприятия	3	0,38
19	Нарушения внимания	7	0,89
20	Нарушения памяти	13	1,65
21	Расстройства влечений	1	0,13

22	Открытость мыслей	1	0,13
23	Расстройства сна	22	2,79
24	Пароксизмальные расстройства	4	0,51

Частота проявлений *ипохондричности* (V1) у опрошенных составила 35,36%, при этом статистически значимых различий между подгруппами мужчин и женщин не выявлено.

Признаки *ипохондричности* чаще отмечались в возрастной группе 20—29 лет (43,70%) и у лиц 30—39 лет (37,1%) в сравнении с возрастной группой 40—49 лет (27,37%), при этом различия достигали уровня статистической значимости ( $p_{1-3} = 0,003$ ;  $p_{2-3} = 0,04$ ).

С увеличением стажа работы частота *ипохондричности* снижается с 41,31% в подгруппе со стажем 0—10 лет до 27,88% в подгруппе со стажем 11—20 лет ( $p = 0,009$ ). При рассмотрении влияния уровня образования на частоту *ипохондричности* выявлены статистически значимые различия только между группами работников с неоконченным высшим образованием и со средним образованием (36,45 против 32,57%;  $p = 0,03$ ). При анализе влияния семейного положения на частоту *ипохондричности* выявлены статистически значимые различия только между подгруппами «вдовье» и «разведенные» (54,17 против 31,51%;  $p = 0,045$ ).

Достоверно значимых различий частоты ипохондричности в зависимости от вида трудовой деятельности, от наличия (отсутствия) сменного графика работы не получено.

Частота *вегетативных нарушений* (V2) у работников предприятия составила 21,67% с преобладанием в подгруппе женщин по сравнению с мужчинами (41,82 против 18,41%;  $p < 0,0001$ ). После 40 лет частота вегетативных нарушений увеличивается в 2 раза с 7,41 (20—29 лет) и 14,86% (30—39 лет) до 27,37 (40—49 лет), 28,10 (50—59 лет) и 28,89% (60—69 лет), при этом различия между возрастными группами статистически значимые.

Не выявлено зависимости вегетативных расстройств от вида трудовой деятельности, сменного графика работы, полученного образования, семейного положения ( $p > 0,05$ ).

Частота *цефалгии* (V3) у респондентов составила 4,06% случаев, при этом значительно чаще отмечалась у женщин по сравнению с подгруппой мужчин (18,18 против 1,77%;  $p < 0,0001$ ). Анализ частоты цефалгии в зависимости от возраста позволил отметить последовательное нарастание удельного веса лиц, предъявляющих жалобы на цефалгию, от более молодого возраста к более старшему, при этом различия между подгруппами достигают статистически значимого уровня ( $p < 0,05$ ).

Статистический анализ показал, что с увеличением стажа работы на производстве отмечается экспоненциальное увеличение частоты цефалгии с 1,41 (0—10 лет) до 4,24% (11—20 лет), 6,25% (21—30 лет), при этом различия между подгруппами статистически значимые ( $p = 0,02 \div 0,005$ ). Каждый пятый из обследованных со стажем работы более 40 лет жаловался на систематические головные боли. У работников, имеющих сменный график работы, частота цефалгии ниже по сравнению с работающими только в дневную смену (2,91 против 7,35%;  $p = 0,01$ ).

При анализе влияния семейного положения отмечено, что наиболее часто цефалгия отмечается в подгруппе «вдовый» по сравнению подгруппами лиц, состоящих в браке (16,67 против 4,07%;  $p = 0,005$ ), или разведенных (16,67 против 1,37%;  $p = 0,002$ ). Зависимости частоты цефалгии от характера трудовой деятельности, полученного образования не установлено ( $p > 0,05$ ).

Частота *гиперестезии* (V4) у опрошенных составила 3,30%, при этом в 5 раз чаще встречалась у женщин по сравнению с мужчинами (10,00 против 2,21%;

$p = 0,00001$ ). С увеличением возраста частота гиперестезии также увеличивалась с 0,57 (30—39 лет) до 5,79% (50—59 лет), различия между подгруппами были статистически значимыми ( $p = 0,005$ ). Другие исследованные факторы (вид трудовой деятельности, сменный график работы, образование, семейное положение) на частоту гиперестезии не влияли.

Частота *гипотимии* (V5) в обследованной группе составила 2,79% случаев. Указанный симптом в 5 раз чаще наблюдался у женщин по сравнению с подгруппой мужчин (9,09 против 1,77%;  $p = 0,00001$ ). В группе «вдовый» частота гипотимии была чаще по сравнению как с подгруппой «холост (незамужем)» (12,5 против 1,3%;  $p = 0,01$ ), так и с подгруппой лиц, состоящих в браке (12,5 против 2,6%;  $p = 0,008$ ). Влияния на частоту возникновения гипотимии других изученных факторов не выявлено.

*Дисфория* (V6) встречалась в 6,97% случаев с одинаковой частотой у мужчин и женщин (соответственно 7,07 и 6,36%;  $p > 0,05$ ), чаще в возрастной группе 40—49 лет, при этом различия с предыдущей возрастной группой были статистически значимыми (11,05 против 4,57%;  $p = 0,02$ ). Не отмечено воздействия на частоту дисфории других изученных факторов (стажа и вида трудовой деятельности, графика работы, образования, семейного положения).

*Эмоциональная слабость* (V7) зарегистрирована у 3,42% опрошенных, при этом почти в 10 раз чаще встречалась у женщин по сравнению с мужчинами (15,45 против 1,47%;  $p < 0,0001$ ). В возрастных группах старше 40 лет эмоциональная слабость регистрировалась чаще по сравнению с более младшими возрастными группами (20—29 и 30—39 лет), при этом различия были статистически значимыми ( $p < 0,05$ ). Влияния на частоту возникновения эмоциональной слабости других изученных факторов (стажа и вида трудовой деятельности, графика работы, образования, семейного положения) не установлено.

На *апатию* (V8) жаловались 5,83% опрошенных. При статистическом анализе значимого влияния изученных факторов на частоту возникновения апатии не выявлено.

Частота *тревоги* (V9) составляла 1,90% случаев и встречалась в 5 раз чаще у женщин по сравнению с мужчинами (6,36 против 1,18%;  $p = 0,0004$ ). Влияния на частоту возникновения тревоги других изученных факторов не наблюдалось.

*Идеи отношения* (V10) отмечались у 0,51% опрошенных и встречались значительно чаще у женщин в сравнении с мужчинами (соответственно 2,73 и 0,15%;  $p = 0,001$ ). Значимого влияния других изученных факторов не выявлено.

*Эмоциональная лабильность* (V11) встречалась у 3,93% респондентов. Значимого влияния изученных факторов на частоту возникновения этого симптома не обнаружено.

Частота *аутизма* (V12) составила 7,98%, при этом указанный симптом чаще наблюдался у женщин по сравнению с мужчинами (соответственно 16,36 и 6,63%;  $p = 0,0005$ ). Частота аутизма возрастала с увеличением возраста и стажа работы на производстве, при этом различия между подгруппами были статистически значимыми ( $p < 0,05$ ). Другие изученные факторы на частоту аутизма не влияли.

*Сверхценные идеи* (V13) встречались у 1,14% опрошенных, *слуховые обманы восприятия* (V14) — у 0,38%, *навязчивые мысли* (V15) — у 2,79%, *параноидальное расстройство* (V16) — у 4,06%, *страх* (V17) — у 0,76%, *зрительные обманы восприятия* (V18) — у 0,38%, *нарушения внимания* (V19) — у 0,89%, *расстройства влечений* (V21) — у 0,13%, *открытость мыслей* (V22) — у 0,13%, *пароксизмальные расстройства* (V24) — у 0,51% респондентов, при этом не выявлено влияния ни одного из изученных факторов на частоту возникновения указанных симптомов.

Частота жалоб на *нарушения памяти* (V20) составляла 1,65% случаев, при этом у женщин в 4 раза чаще, чем у мужчин (соответственно 4,55 и 1,18%;  $p = 0,01$ ). Влияния других изученных факторов на частоту расстройств памяти не установлено.

*Расстройства сна* (V23) отметили 2,79% опрошенных. Этот симптом чаще наблюдался у женщин в сравнении с мужчинами (соответственно 6,36 и 2,21%;  $p = 0,012$ ), а также в возрастной группе 40—49 лет в сравнении с возрастной группой 20—29 лет (5,26 и 0,00%;  $p = 0,001$ ). Статистически значимого влияния других факторов на частоту расстройств сна не выявлено.

Анализ полученных результатов позволил определить наиболее значимые факторы, влияющие на возникновение психопатологических симптомов. Установлено, что характер производственной деятельности, график работы, профессия, образовательный уровень не влияют на развитие тех или иных психопатологических симптомов, между подгруппами не обнаружено статистически значимых различий.

В то же время наибольшее значение имеют гендерная принадлежность и возраст. Установлено, что в подгруппе женщин чаще встречались жалобы астенического порядка (вегетативные нарушения, цефалгия, гиперестезия, расстройства сна), а также симптомы эмоциональных расстройств (гипотимия, эмоциональная слабость, тревога), при этом различия между подгруппами мужчин и женщин были статистически значимыми. Частота встречаемости отдельных симптомов у женщин превышает соответствующие показатели у мужчин в несколько раз: на цефалгию и эмоциональную слабость женщины жаловались в 10 раз чаще, чем мужчины, на гиперестезию и гипотимию — в 5 раз, на нарушения памяти — в 4 раза, на расстройства сна — в 3 раза, аутизм — в 2,5 раза, на вегетативные нарушения — в 2,3 раза, а на идеи отношения — в 18,2 раза чаще, чем мужчины. Эти данные согласуются с исследованиями, проведенными в НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (г. Томск), согласно которым распространенность пограничных психических расстройств у женщин, работающих на предприятиях г. Томска, в 2,5 раза превышает аналогичные показатели у мужчин [10], а психическое здоровье женщин страдает в большей степени, чем мужчин [7]. Как показал анализ нетрудоспособности, проведенный в 2004 г. в Австрии, удельный вес дней утраты трудоспособности по причине нарушений психического здоровья у женщин составляет 76% среди всех дней утраты трудоспособности и в 2 раза превышает аналогичный показатель у мужчин (37%) [21]. Полученные данные свидетельствуют о большей уязвимости женщин, занятых в промышленном производстве, что обусловлено, по-видимому, в большей степени влиянием неблагоприятных семейно-бытовых факторов, нежели производственных.

Возраст является вторым по значимости фактором риска возникновения психопатологических симптомов. Частота вегетативных нарушений, цефалгии, гиперестезии, эмоциональной слабости, аутизма и нарушений сна возрастает с увеличением возраста обследованных, при этом различия между возрастными группами достигают уровня статистической достоверности. Нельзя не согласиться с А.К. Гуськовой в том, что производственный фактор должен рассматриваться лишь во всей совокупности рисков, сопутствующих жизни человека. Чем дольше живет человек, тем боль-

ше он подвергается воздействию различных факторов риска. Чем дольше живет человек, тем больше он подвергается воздействию различных факторов риска. Чем дольше живет человек, тем больше он подвергается воздействию различных факторов риска.

шее количество факторов влияет на него, при этом, по-видимому, имеет значение не столько какие-либо вредные производственные факторы, сколько сопутствующие им острый и хронический стресс, нерациональное трудоустройство, несвоевременные или неадекватные лечебно-профилактические мероприятия [4].

На возникновение ряда психопатологических симптомов определенное воздействие оказывает семейное положение респондентов. Более всего подвержены появлению психопатологических нарушений лица, потерявшие супруга. В подгруппе «вдовый» чаще отмечены цефалгия, гипотимия, ипохондрия, что, вероятно, связано с утратой близкого человека и одиночеством.

### Заключение

Таким образом, методика предварительной оценки психического здоровья с помощью опросника, состоящего из 24 вопросов, дает значительный объем информации о наличии у обследуемых психопатологических симптомов, при этом заполнение опросника занимает не более 10 мин и может использоваться в практике плановых медицинских осмотров врача-психиатра. Такой способ обследования позволяет выделить группу риска — лиц, имеющих те или иные психопатологические симптомы, для проведения дальнейшего углубленного психофизиологического обследования и лечебно-реабилитационных мероприятий.

### Литература

1. Антухов А.В., Балашов П.П. Характеристика психического здоровья работников аварийно-опасного производства // Актуал. вопр. психиатрии и наркологии. Томск, 2001. С. 11—12.
2. Балашов П.П. Психическое здоровье населения при индустриальной урбанизации севера Сибири (клинико-эпидемиологические и клинико-социальные аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 1993. 50 с.
3. Богдан М.Н. Эпидемиологический аспект проблемы диагностики пограничных психических расстройств // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. Т. 98, № 3. С. 35—38.
4. Гуськова А.К. Радиационная медицина на рубеже между прошлым и будущим — некоторые итоги и перспективы // Актуальные проблемы радиационной медицины: тез. докл. М., 2001. С. 18—25.
5. Гуськова А.К., Селидовкин Г.Д. Состояние здоровья персонала предприятий атомной промышленности и энергетики: основные итоги и задачи на будущее // Актуальные вопросы клинической медицины: тез. докл. 6-го науч.-практ. конф. терапевтов учреждений фед. упр. «Медбио-экстрем». Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2000. С. 40—47.
6. Дмитриева Т.Б. Психическое здоровье человека: актуальность проблемы и новые возможности терапии // Труды XV Рос. нац. конгр. «Человек и лекарство». 2009. Т. 1. С. 45—55.
7. Куприянова И.Е., Семке В.Я., Мальцева С.Н., Якутенок Л.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных, получавших амбулаторную помощь в 1986—2000 гг. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Томск, 2001. С. 52.

8. *Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д.* Психические нарушения радиационного генеза (клиника, патофизиология, терапия). 2-е изд., исп., доп. М., 2005. 236 с.
9. *Незнамов Г.Г., Синюков С.А., Морозов И.С. и др.* Нарушения психической адаптации у персонала АЭС: результаты исследования и практические проблемы // Актуальные вопросы клинической медицины: тез. докл. 6-й науч.-практ. конф. терапевтов учреждений фед. упр. «Медбиоэкстрем». Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2000. С. 114—115.
10. *Потапкин И.А.* Состояние психического здоровья женщин, занятых в сфере промышленного производства // Актуальные вопросы психиатрии. Томск, 1997. С. 42.
11. *Селидовкин Г.Д.* Роль центров профпатологии в оценке состояния здоровья и проведение реабилитации персонала АЭС // Научные и практические аспекты современного состояния медицинского и психофизиологического обеспечения персонала предприятия ядерно-энергетического комплекса: Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1998. С. 3—8.
12. *Семке В.Я., Положий Б.С.* Пограничные состояния и психическое здоровье. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1990. 207 с.
13. *Семке В.Я., Селезнёв С.Б., Лазарев А.А., Бучин В.Н.* Эпидемиологические и клиничко-динамические аспекты состояния психического здоровья населения территории промышленного освоения Астраханского газоконденсатного месторождения // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2001. № 2. С. 39.
14. *Сорокин А.В., Горбачёва Е.Г., Свечников С.Н., Свечников Н.К.* Экономическая эффективность реабилитационно-оздоровительных мероприятий персонала Балаковской АЭС // Научные и практические аспекты современного состояния медицинского и психофизиологического обеспечения персонала предприятия ядерно-энергетического комплекса: тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1998. С. 54—55.
15. *Цай Л.В.* Психическое здоровье работников алюминиевой промышленности (эпидемиологический, клиничко-динамический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1989. 23 с.
16. *Alonso J., Angermeyer M.C., Bernet S. et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project // Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004. V. 420. P. 21—27.
17. *German Federal Health Monitoring (2007).* [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gbe-bund.de>.
18. *Swedish Social Insurance Agency, 2007.* [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.statistik.forsakringskassan.se>
19. *UK Department of Work and Pensions.* London, 2007.
20. *Wittchen H-U., Jacobi F.* Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies // European Neuropsychopharmacology. 2005. V. 15. P. 357—376.
21. *Zechmeister I.* Financing Mental Health Systems — Austria, London: Mental Health Economics European Network, 2004.

Поступила в редакцию 20.08.2009 г.

Утверждена к печати 28.10.2009 г.

#### Сведения об авторах

*П.П. Балашиов* — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

*А.В. Антухов* — заочный аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

#### Для корреспонденции

*Антухов Александр Васильевич*, тел. 8-913-858-8911, e-mail: [antuchov@yandex.ru](mailto:antuchov@yandex.ru)