

3. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура: Медицинская энциклопедия.-М.:АСТ-Пресс.2004.-526с.
4. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.:АДИС,1994.

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ УЗ «МИНСКОГО ОБЛАСТНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОГО ДИСПАНСЕРА»

Михалёнок Е. И.

УЗ «Городской психоневрологический диспансер»

Актуальность

Проблема суицидов является одной из самых социально значимых и актуальных в современном обществе. Ежегодно в мире завершают суицид около 1 млн человек[2]. В настоящее время суицидальная активность населения в Республике Беларусь сохраняется на достаточно высоком уровне, и занимает пятое место в мире. Средний относительный показатель (на 100 000 населения) завершённых суицидов в 2008 году составил 27,5, в 2009 – 28,3, а в 2010 году составил 26,1 случаев на 100 тыс. населения; что существенно превышает среднемировой показатель (13,5 на 100 000), установленный Всемирной организацией здравоохранения[4].

Высокий уровень распространенности суицидов ставит вопрос о причинах возникновения этого явления и о поиске оптимальных средств, для его предупреждения.

Особенностью суицидального поведения населения Беларуси является более низкий суицидальный риск среди жителей столичных городов, и его возрастание для жителей «периферийных» городов и сельской местности[3]. Характерным является также то, что большинство завершённых суицидов и суицидальных попыток совершают не пациенты с манифестными формами психопатологии, а больные с пограничными состояниями в состоянии психологической дезадаптации[1]. Согласно данным ряда исследований депрессивный эпизод тяжёлой и средней степени тяжести предшествует от 40% до 75%

суицидов. Суицидальный риск может сопровождать такие расстройства как эмоционально-неустойчивое расстройство личности, нервная анорексия, паническое расстройство, расстройства, связанные со стрессом, однако, прогностическим фактором суицида является не диагноз, а психопатологическое состояние пациента. Отмечается также связь между соматической патологией и суицидальным поведением. По мнению ряда исследований около 70% суицидентов страдают острым или хроническим заболеванием. При этом высокий риск суицида отмечается у больных тяжёлыми хроническими заболеваниями, в том числе туберкулёзом[2].

Наличие алкогольной зависимости отмечается у 60% суицидентов. В одном из исследований было показано, что среди лиц, выживших после попытки самоубийства, 50% мужчин имели алкогольные проблемы, а у 25% из них была диагностирована алкогольная зависимость[5]. Таким образом, определяется взаимосвязь между суицидальным поведением и злоупотреблением алкоголем. Следует отметить два аспекта этой взаимосвязи: 1) высокий уровень суицидов среди лиц, злоупотребляющих алкоголем; 2) снижение самоконтроля в состоянии алкогольной интоксикации, что может облегчить принятие решения совершить суицид человеком, не имеющим алкогольных проблем. С целью объяснения механизма взаимосвязи между алкоголем и суицидами используется концепция дистальных (предрасполагающих) и проксимальных (триггерных) факторов риска. Предрасполагающие факторы риска создают потенциал для суицида. Алкогольная зависимость, коморбидная психопатология и стрессовые ситуации в жизни действуют как триггерные факторы суицидального поведения. Проксимальные факторы риска запускают действие предрасполагающих факторов. Острая алкогольная интоксикация может воздействовать как триггерный фактор риска как для лиц, имеющих алкогольную зависимость, а также и для лиц, не злоупотребляющих алкоголем, так как описаны механизмы, обуславливающие способность алкоголя усиливать риск суицидального поведения[5].

Особое значение для здравоохранения Республики Беларусь имеет такое явление как суицид в стационаре, что связано с

большим общественным резонансом, несмотря на незначительный процент в структуре смертности, влечёт негативное отношение к стационарной помощи и системе здравоохранения в целом.

Цель данного исследования является изучение суицидальной активности больных УЗ «Минский областной противотуберкулёзный диспансер» используя данные шкалы экспресс оценки суицидального риска, шкалы безнадёжности Бека и объективного осмотра психотерапевта.

Материалы и методы.

Было проведено сплошное поперечное исследование пациентов находящихся на стационарном лечении в УЗ «Минский областной противотуберкулёзный диспансер» (далее «МОПТД») с июня по сентябрь 2012 года (143 человека). Средний возраст $47,4 \pm 14,2$, из них 33 (23%) женщины и 110 (77%) мужчин.

Был проведен анализ данных по шкале экспресс оценки суицидального риска, шкалы депрессии Бека и объективного осмотра психотерапевта.

Суицидальный риск оценивался по результатам шкалы экспресс оценки суицидального риска, заполняемой при поступлении пациента в стационар врачом приёмного покоя. Согласно данной шкале от 0 до 2 баллов интерпретируется как очень низкий риск, 3-4 балла - средний риск, 5-6 баллов - высокий риск, и от 7 до 10 баллов - очень высокий.

Оценка безнадёжности проводилась по шкале Бека - субъективному опроснику, который больные заполняли самостоятельно на консультации у психотерапевта, далее результат заносился психотерапевтом в историю болезни. Согласно шкале депрессии Бека результат менее 10 баллов оценивается как отсутствие депрессии; 14-19 баллов - лёгкая депрессия; 20 - 28 баллов - депрессия средней тяжести; 29 - 63 баллов - тяжёлая депрессия.

Объективный осмотр психотерапевта все вновь поступивших больных осуществлялся для своевременного выявления психотерапевтической патологии (аффективных, невротических, и связанных со стрессом расстройств), а также детально исследовался характер употребления психоактивных веществ,

алкогольный анамнез, с целью всестороннего изучения факторов суицидального риска и профилактики суицидов в стационаре.

При описании генеральной совокупности всех больных, находящихся на стационарном лечении в УЗ «МОПТД» с июня по сентябрь 2012 года использовалась Statistica 10.0. По критерию возраста распределение в данной генеральной совокупности определяется как нормальное со средним значением - 46,9 и стандартным отклонением – 14,2.

Результаты и обсуждения.

При анализе данных шкалы экспресс оценки суицидального риска у 37,1% пациентов определяется низкий суицидальный риск, у 57,3%(82)- средний риск суицида, у 5,59%-высокий риск.

При анализе данных, шкалы безнадёжности Бека у 10,4% пациентов выявляются показатели, соответствующие депрессии средней степени тяжести, а у 1,4%пациентов - тяжелой депрессии.

При анализе данных объективного осмотра психотерапевтом у 60% пациентов выявлены клинические проявления, соответствующие диагностическим критериям F10.2, а 48,9% обследованных пациентов регулярно употребляют алкоголь в стационаре.

Выводы.

В результате проведённого исследования были получены следующие данные. При анализе суицидальной активности выявлено наличие суицидального риска средней степени тяжести у 57,3%, а у 5,59% - высокой степени. При анализе данных шкалы субъективной оценки безнадёжности показатели, соответствующие депрессивному расстройству, выявлены только у 11,8% пациентов. При заполнении шкалы пациентами отмечалось невнимательное и несерьёзное отношение к поставленным вопросам, нивелирование фактов, выявляемых при объективном осмотре, сниженная критика своего состояния у 60% пациентов, у которых, в свою очередь, выявлялись клинические проявления, соответствующие диагностическим критериям F 10.2 по МКБ 10.

Выявленная распространённость суицидального риска средней и высокой степени (у 62,9% пациентов) сопоставима с частотой встречаемости алкогольной зависимости (у 60% пациентов). Таким образом, была выявлена группа лиц,

требующая дальнейшего изучения и разработки мер по улучшению комплаенса в терапии алкогольной зависимости и туберкулёза, что будет способствовать снижению уровня суицидального риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М., «Когито-Центр», 2005.-376 с.
2. Ласый, Е.В. Диагностика и профилактика суицидального поведения в общемедицинской практике. Методические рекомендации. – Минск, 1999.-21 с.
3. Игумнов, С.А., Григорьева, Н.К. Суицидальное поведение взрослого и подросткового населения в Российской Федерации и Республике Беларусь //II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Минск, 3 – 6 ноября 2003 г. – М.: Социальный проект, 2003. – С. 59-60.
4. Игумнов, С.А. Региональные особенности суицидального поведения подростков г.Минска: мультифакторное исследование [электронный ресурс]-2012г.-Режим доступа: http://www.bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=173:--&catid=39:s-22007&Itemid=52.
5. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь и суициды: аспекты взаимодействия[Электронный ресурс]. – Медицинские новости – 2004 №1. - Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=1584>.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И АРТТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ

Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Грекова Т.И.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования»*

Актуальность. Ночной энурез – распространенное заболевание в детском возрасте. По данным отечественных и зарубежных авторов энурезом болеют до 33% детей и 1-2 % взрослого населения. Большинство исследователей считает, что энурез как заболевание можно трактовать у детей, начиная с возраста 5 лет. Прослеживается четкая возрастная зависимость распространения энуреза: чем меньше возраст ребенка, тем чаще