

многократность посмертных судебно-психиатрических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз по одному и тому же делу, влекут существенные моральные и материальные потери при судопроизводстве для его участников и общества.

По нашему мнению, назрела необходимость в подготовке нормативного правового акта по проведению гражданину прижизненной психиатрической (психолого-психиатрической) экспертизы сделкоспособности. Данный акт определял бы юридические и медицинские основания для производства таких экспертиз, устанавливал требования к организации и порядку их проведения при условии обеспечения прав и законных интересов граждан. Он позволил бы экспертам всесторонне исследовать:

- психическое состояние гражданина; его индивидуально-психологические особенности и их влияние на мотивацию совершения сделки;
- понимание гражданином фактической стороны, юридических особенностей и прогнозирования последствий конкретной планируемой сделки;
- способность гражданина к самостоятельному принятию решений и к организации поведения в зависимости от изменения внешних условий, а также к возможности отказа от совершения сделки.

Составленное по результатам прижизненной экспертизы заключение экспертов являлось бы для гражданина, работников нотариата и заинтересованных сторон процессуальным документом для разрешения сомнений в психической полноценности лица и, как следствие, в способности лица понимать значение своих действий и руководить ими при предстоящем оформлении сделки.

Литература

1. Гражданский кодекс Республики Беларусь – Минск: Амалфея, 2004
2. Гражданский процессуальный кодекс Республики Беларусь – Минск: Амалфея, 2004
3. Первомайский В.Б., Илейко В.Р. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике – Киев: КИТ, 2006.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Объедков И.В. , Объедков В.Г.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

В современном мире насчитывается около 50 млн человек, страдающих шизофренией. Вопросы первичной профилактики шизофрении разработаны преимущественно в плоскости научных исследований. Актуальность же профилактики шизофрении очевидна и не вызывает сомнений. В Белоруссии шизофренией страдают около 80 тыс. человек. Шизофрения занимает первое место среди всех известных болезней человека как причина инвалидности лиц до 30 лет. Инвалидность при шизофрении характеризуется поражением всех основных сфер социального функционирования: самообслуживания, выполнения профессиональных обязанностей, взаимодействия в домашнем и семейном кругу, социально адекватного поведения [1].

Можно ответственно утверждать, что шизофрения относится к болезням предрасположенности. Это означает решающую роль наследственных факторов в передаче предрасположенности к шизофрении. Важно отметить, что «предрасположенность» означает предболезнь, специфический ранний психический дизонтогенез или шизотипический диатез. Заболевание реализуется при воздействии на генетически предрасположенных людей ряда преципитирующих (провоцирующих) и триггерных (пусковых) факторов. Поэтому первичная профилактика шизофрении должна включать мероприя-

тия, направленные на исключение наследственной предрасположенности, знание проявлений шизотипического диатеза и предотвращение воздействия преципитирующих и триггерных факторов.

Цель – произвести обзор литературы о роли первичной профилактики при шизофрении у детей и подростков для последующего обоснования их внедрения в практику врачей специалистов Республики Беларусь.

Задачи: произвести анализ собранных материалов из зарубежной и отечественной литературы по данной тематике; рассмотреть и обсудить актуальность данных подходов применительно к белорусской популяции.

Материалы и методы. В 2010 и 2011 годах произведен поиск в электронных базах данных: “Mendeley”, “Medline”, “ЕТОН”, “PubMed”, “PsychInfo”, “Current Contents”, (с 1985 до 2011). Все полученные в ходе исследования статьи сохранены. Полученные материалы представляют широкую клиническую ценность.

Результаты и обсуждение. Рекомендации по профилактике наследственной предрасположенности к шизофрении основываются на исследовании передачи данного заболевания в поколениях Национального института психического здоровья США [2]. Ответственность за информированность людей репродуктивного возраста о риске шизофрении у потомства должна быть возложена на медико-генетические консультации и работников ЗАГСов.

С шизофренией коррелируют низкий вес при рождении, короткий период вынашивания и наличие перинатальных осложнений. Исследования показывают, что сезонное увеличение случаев рождения лиц, заболевших шизофренией, совпадает с увеличением количества родившихся недоношенными. Низкая масса тела при рождении является умеренным, но четко установленным фактором риска развития шизофрении. Поэтому первичная профилактика шизофрении должна включать мероприятия по улучшению медицинского обслуживания беременности и родов. Экспертами ВОЗ в этой связи подчеркивается необходимость приема беременными с профилактической целью достаточного количества йода с пищей [3].

Наличие первичного дефекта у предрасположенных к шизофрении проявляется проприоцептивными отклонениями, неравномерностью развития когнитивной, аффективной и социально-коммуникативной сфер. Такие дети позже начинают держать головку, самостоятельно сидеть и ходить, но раньше сверстников могут начать говорить и осваивают фразовую речь. Внешне такие дети производят впечатление моторно неловких, угловатых, диспластично сложенных и поглощенных своими мыслями. У детей дошкольного и младшего школьного возраста прогностически неблагоприятными являются навязчивые страхи, недетские увлечения, заместительное фантазирование [1].

Для первичной профилактики шизофрении необходимо проводить образование родителей для исключения преципитирующих к шизофрении факторов семейной обстановки. К таким факторам относится противостояние родителей, в особенности, если дезинтеграция их отношений скрывается, и они становятся непонятными и двусмысленными для ребенка. Неблагоприятным и требующим коррекции является неопределенный и многозначительный стиль выражения мыслей ближайшего окружения ребенка. От родителей следует требовать последовательности и определенности в их словах и действиях. Разговоры в присутствии ребенка, в особенности разговоры о нем, не должны допускать множества толкований, а также содержать понятия в необычных и не принятых значениях. Необходимо избегать несоответствия в вербальных и невербальных средствах общения с ребенком. Ясный, четкий, психологически простой и понятный стиль отношений в семье играет важнейшую протективную роль при наличии признаков шизофренического диатеза у ребенка. Важно объяснять матерям детей с шизотипическим диатезом разрушительную и деструктивную роль гиперопеки. Привитие таким детям навыков самостоятельности, автономности и преодоления трудностей яв-

ляется ключевым в профилактическом аспекте. Пассивно подчиняемые, безвольные и примерно послушные дети нуждаются в стимуляции и модификации стереотипного режима и распорядка времени. Над такими детьми нельзя доминировать, структурировать их день и мелочно опекать. Благоприятным считается семейное окружение, которое является одновременно стимулирующим, эмоционально стабильным и разумно дистантным.

Собрано достаточно много свидетельств тому, что преципитирующую роль при шизофрении играют сильные эмоциональные суррогаты в виде компьютерных игр и печатной продукции, увлекающие в виртуальный мир болезненных ощущений. Если ребенок чрезмерно поглощен сюжетом абстрактного содержания, его следует отвлечь, предложив связанное с реалистическими переживаниями мероприятие, например, поход или подвижные игры. Переориентация деятельности в срочном порядке нужна, если обозначенные выше занятия приобретают характер односторонней прикованности, сопровождаются стойкими фантазиями с ассоциациями себя с вымышленными героями [1].

Педагогам и родителям следует также иметь в виду, что манифестация шизофрении может быть спровоцирована однократным употреблением большого количества алкоголя, наркотических средств, наступить после избыточного загара и очень часто – перенапряжением на экзаменах [1].

Заключение. Таким образом, для профилактики тяжелых психических расстройств у детей необходимы широкие консультации и разработка методов своевременной диагностики и коррекции состояний предрасположения к ним со стороны работников здравоохранения и педагогов.

Литература

1. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Дмитриевой Т.Б., и соавт. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 1000 с.
2. Chevy, C. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Institute of Mental Health, Survey and Reports Section, Biometry Branch/ Chevy, C.//Patients in Mental Institutions 1965Part II: State and County Mental hospitals, PHSP, 1967 – No. 1597.
3. Prasmusinto, D.. The methylenetetrahydrofolate reductase 677 polymorphism and preeclampsia in two populations/D. Prasmusinto [et al.]// Obstetrics and Gynecology. – 2002. – Vol. 99, № 6. –P. 1085-1092.

ТЕРАПИЯ ЭПИЛЕПСИИ С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ ВАЛЬПРОЕВОЙ КИСЛОТЫ

Онегин Е.В.¹, Онегина О.Е.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Гродненская детская областная клиническая больница»,

г. Гродно, Беларусь

Перспективы успешного лечения эпилепсии, как прогрессирующего заболевания с высоким уровнем инвалидизации, в значительной мере связаны с все более расширяющимся арсеналом антиконвульсантов, с разным спектром их клинической активности (1, 2, 4, 5).

Целью настоящего исследования была объективизация максимальной терапевтической эффективности монотерапии препаратом вальпроевой кислоты – депакинхроно, не сопровождавшейся побочным эффектом у больных с различными видами и частотой эпилептических приступов, на фоне дисфории и поведенческих нарушений на