

ПРОБЛЕМА ДЕТСКОГО АУТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ)

Пятницкая И.В.¹, Короткевич Т.В.²

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»

² ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
г. Минск, Беларусь

Состояние психического здоровья детей и подростков имеет важное значение для обеспечения и поддержания устойчивого развития общества. Многие психические расстройства, наблюдающиеся у взрослых людей, возникают в детском возрасте. Одним из них является аутизм – психическое расстройство из группы общих расстройств развития с характерными качественными аномалиями в социальном общении и взаимодействии; ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности [1, 2, 3]. Современные классификации рассматривают детский аутизм как общее (первазивное) нарушение развития. Это подчеркивает тот факт, что при аутизме страдает не какая-то одна или небольшое количество функций, а психика в целом.

За последние 6 лет (с 2005 по 2010 гг.) общее число детей, наблюдаемых врачами-психиатрами в республике в группе общих расстройств развития, возросло в абсолютных числах на 104,8%, с 251 до 514, в том числе с диагнозом детский аутизм – на 76,2%, со 143 до 252. Относительный показатель общей заболеваемости в группе общих расстройств развития увеличился с 1,30 до 2,96 на 10 000 детского населения, аутизмом – с 0,73 до 1,45 на 10 000 детского населения. Рост общей заболеваемости в группе общих расстройств развития отмечается во всех без исключения областях и г. Минске.

В г. Минске: общее число детей, наблюдаемых врачами-психиатрами в группе общих расстройств развития, с 2005 по 2010 годы возросло в абсолютных числах на 167,3% (с 52 до 139 случаев), в том числе с диагнозом детский аутизм – на 109,7% (с 31 до 65 случаев). Относительный показатель общей заболеваемости в группе общих расстройств развития возрос с 1,6 до 4,46 на 10 000 детского населения, аутизмом – с 0,96 до 2,08 на 10 000 детского населения.

За указанный период относительный показатель общей заболеваемости в группе общих расстройств развития увеличился: в Брестской области – с 2,1 до 3,14 на 10 000 детского населения, в Витебской области – с 0,6 до 1,59, в Гомельской области – с 1,0 до 2,17, в Гродненской области – с 0,8 до 5,35, в Могилевской области – с 1,0 до 1,8, в Минской области – с 1,4 до 1,92.

Относительный показатель заболеваемости аутизмом возрос: в Брестской области – с 1,16 до 1,51 на 10 000 детского населения; в Витебской – с 0,52 до 0,91, в Гомельской – с 0,55 до 1,36, в Гродненской – с 0,34 до 2,67, в Могилевской – с 0,30 до 0,39, в Минской области – не изменился и составляет 1,0 на 10 000 детского населения.

Максимальные показатели общей заболеваемости в группе общих расстройств развития в детской популяции республики отмечаются в Гродненской области (5,35 на 10 000 детского населения), г. Минске (4,46 на 10 000), Брестской области (3,14 на 10 000).

Максимальные показатели общей заболеваемости аутизмом в детской популяции республики отмечаются в Гродненской области (2,67 на 10 000 детского населения), г. Минске (2,08 на 10 000) и Брестской области (1,51 на 10 000).

Кроме того, аутистические проявления в ряде случаев могут носить синдромальный характер, что образует группу психических расстройств аутистического спектра (далее – РАС). Пациенты с РАС находятся под наблюдением психиатров в связи с наличием психических расстройств, классифицируемых в других рубриках МКБ-10,

имеют те же проблемы, что и дети, страдающие аутизмом. Они требуют таких же схем наблюдения, лечения, реабилитации, социальной адаптации и социального функционирования.

Частота встречаемости РАС составляет, по современным данным, 40-45 случаев на 10 000 тысяч детского населения. То есть, частота встречаемости РАС выше, чем изолированной глухоты и слепоты, вместе взятых, чем синдрома Дауна или детских онкологических заболеваний. В Республике Беларусь этот показатель в среднем за последние три года составляет 2-3 случая на 10 000 детского населения, что в разы меньше по сравнению с мировой статистикой. Истинную распространенность РАС в нашей стране определить достаточно сложно в силу особенностей подходов к постановке диагноза «аутизм» и сбора статистических данных.

В настоящее время становится все более понятным, что детский аутизм не является проблемой одного только детского возраста. Трудности коммуникации и социальной адаптации меняют форму, но не уходят с годами, помощь и поддержка должны сопровождать человека, страдающего аутизмом, всю жизнь.

Доступность и качество оказания психиатрической и психотерапевтической помощи являются двумя важными составляющими, определяющими эффективность лечения и реабилитации детей, страдающих любой формой психической патологии. В последние годы изменились подходы к организации и оказанию психиатрической помощи с акцентом на амбулаторно-поликлинический этап обслуживания детского населения. Однако остается проблемой обеспеченность подразделений детской психиатрической службы, особенно в сельской местности, врачами-психиатрами, психотерапевтами, психологами. Отсутствие в службе социальных работников не позволяет в должной мере осуществлять социальную адаптацию и обеспечивать полноценную преемственность в наблюдении данного контингента детей медицинскими работниками и работниками учреждений образования.

Важными факторами лечебного и реабилитационного процесса являются степень участия родителей и эффективность взаимодействия специалистов с ближайшим окружением ребенка (членами семьи) [4, 5]. Семейное консультирование и семейная психотерапия являются неотъемлемой составляющей при оказании помощи таким детям.

Современные подходы реабилитационного этапа детей с аутизмом и другими дезинтегративными расстройствами требуют более тесного взаимодействия образовательной и медицинской системы, общественных организаций, преемственности во взаимодействии реабилитационных структур, в частности, центров коррекционного развития и обучения, и подразделений Минздрава, оказывающих психиатрическую помощь детям.

Крайне необходима система специализированной помощи детям с РАС. Для детей с аутизмом нужны особые условия, формы и методы обучения и воспитания. Это положение принято почти во всех странах Западной Европы, Северной Америки, в Японии. Необходимы профессионалы, специально подготовленные для работы с аутичными детьми. Опыт показывает, что без такой подготовки дефектологи, логопеды, психологи, учителя, как правило, не могут, даже если хотят, работать с этой категорией детей.

Коррекционная работа с детьми, страдающими аутизмом, должна в обязательном порядке носить комплексный характер; изолированная медикаментозная, психологическая, логопедическая помощь, как правило, не приводят к стойким положительным изменениям. Для каждого аутичного ребенка необходим индивидуальный подход к подбору как фармакологических препаратов, так и основных психолого-педагогических стратегий.

Таблица. Число пациентов, состоящих на диспансерном учете с диагнозами F 84 «Общие расстройства развития» в Республике Беларусь на 01.01.2011 г. (абсолютное; на 10 000 детского населения)

№ п/п	Клинический диагноз по МКБ-10	г. Минск		Брестская область		Витебская область		Гомельская область		Гроднен- ская область		Минская область		Могилевская область		РБ	
		чел.	на 10 тыс.	чел.	на 10 тыс.	чел.	на 10 тыс.	чел.	на 10 тыс.	чел.	на 10 тыс.	чел.	на 10 тыс.	чел.	на 10 тыс.	чел.	на 10 тыс.
1.	F 84.0 – 84.02 – Детский аутизм	65	2,08	43	1,51	19	0,91	37	1,36	54	2,67	26	1,00	8	0,39	252	1,45
2.	F 84.1 – F 84.12 – Атипичный аутизм	43	1,38	11	0,38	3	0,14	15	0,55	18	0,89	14	0,54	23	1,11	127	0,73
3.	F 84.2 – Синдром Ретта	1	0,03	0	0	2	0,10	2	0,07	16	0,79	6	0,23	0	0	27	0,16
4.	F 84.3 – Другое дезинте- гративное расстройство детского возраста	5	0,16	0	0	1	0,05	1	0,04	2	0,10	0	0	0	0	9	0,05
5.	F 84.4 – Гиперактивное расстройство, сочетаю- щееся с умственной от- сталостью	0	0	8	0,28	2	0,10	4	0,15	9	0,45	3	0,11	1	0,05	27	0,16
6.	F 84.5 – Синдром Ас- пергера	6	0,19	8	0,28	2	0,10	0	0	7	0,35	1	0,04	4	0,19	28	0,16
7.	F 84.8 – Другие общие расстройства развития	0	0	14	0,49	1	0,05	0	0	2	0,10	0	0	0	0	17	0,10
8.	F 84.9 – Общее рас- стройство развития, не- уточненное	19	0,61	5	0,17	3	0,14	0	0	0	0	0	0	0	0	27	0,16
9.	Всего	139	4,46	89	3,14	33	1,59	59	2,17	108	5,35	50	1,92	36	1,80	514	2,96

Литература

1. Буянов М.И. Аутизм. М.: Российское общество медиков литераторов, 2001.
2. Гилберт К., Питере Т. Аутизм. Медицинские и педагогические аспекты. – СПб., 1998.
3. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм / К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и др. – М.: Просвещение, 1989.
4. Социально-бытовая адаптация детей с ранним детским аутизмом : Программа и методические рекомендации. – Мн.: НИО, 2000.
5. Шоплер Эрик, Ланзинд Маргарет, Ватере Лезли. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей. Сборник упражнений для специалистов и родителей. – Мн.: Изд-во БелАПДИ – «Открытые двери», 1997.

АЛКОГОЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В БЕЛАРУСИ, 2005–2010

Разводовский Ю.Е.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Высокий уровень связанных с алкоголем проблем в современном обществе обуславливает необходимость разработки и реализации комплекса профилактических мер на государственном уровне, которые принято называть алкогольной политикой [2]. Адекватная алкогольная политика предполагает законодательный контроль доступности алкоголя, мероприятия, направленные на снижение спроса, а также профилактику конкретных, связанных с алкоголем, проблем (например, вождение в пьяном виде) [3]. В 2011 г. группа международных экспертов разработала «Европейский план действий по сокращению вредного потребления алкоголя на 2012–2020 гг.». План действий предусматривает целый ряд научно обоснованных стратегий, последовательная реализация которых позволит снизить уровень связанных с алкоголем проблем. Ключевой стратегией всесторонней алкогольной политики являются меры, направленные на снижение уровня экономической доступности алкоголя посредством повышения цен на алкогольные напитки. В документе также подчеркивается необходимость проведения эпидемиологических исследований с целью мониторинга эффективности проводимой алкогольной политики.

Несмотря на то, что алкогольная политика в Беларуси достаточно всесторонняя, в целом соответствует Европейским стандартам, в существующем виде она не обеспечивает ни снижения доступности алкоголя, ни снижения спроса на него. По всей видимости, это и является основной причиной высокого уровня алкогольных проблем в республике [1]. Тем не менее, следует отметить, что в Беларуси профилактике связанных с алкоголем проблем уделяется достаточно много внимания на государственном уровне. Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 апреля 2006 г. №556 была утверждена «Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006-2010 гг.» Основными целями программы были: снижение уровня потребления алкогольных напитков населением республики; снижение уровня заболеваемости алкоголизмом, а также заболеваемости, связанной со злоупотреблением алкоголем; снижение уровня инвалидности и смертности, связанной со злоупотреблением алкоголем.

Критерием эффективности любой политики, в том числе и алкогольной, является практика. В связи с этим представляется актуальным оценить эффективность реализации Государственной программы по преодолению пьянства и алкоголизма на основании комплексной оценки косвенных индикаторов уровня алкогольных проблем.