

of experimental studies. Proceedings of XII International Congress of Nutrition, London. John Libbey Company 1986; 74-8.

42. Smart J. *Undernutrition, learning and memory: review of the experimental studies.* In: Taylor TG, Jenkins NK, eds. *Proceeding of XII international congress of nutrition.* London: John Libbey, 1986:74-78.

43. Snoek A., Remacle C., Reusens B., Hoet J. J. *Effect of a low protein diet during pregnancy on the fetal rat endocrine pancreas.* Biol. Neonate 1990; 57:107-118.

44. Waterland R.A., Garza C. *Potential mechanisms of metabolic imprinting that lead to chronic disease.* American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 69, No. 2, 179-197, February 1999.

45. Weaver L. *Early Catch-up growth-balancing the interests of the child. Nutritional Programming: implications for infant feeding.* Proceedings of an international symposium, Barcelona, 2005.

46. Wilkin T, Metcalf B, Murphy M, et. al. *The relative contribution of birth weight, weight change and current weight*

to insulin resistance in contemporary 5-year-olds. Diabetes. 2002;51:3468-3472.

ТҮЙІН

Баланың құрсақтағы кезі мен өмірінің алғашқы жылында ананың дұрыс тамақтанбауы баланың болашақ өміріне зор әсер етеді. Жүкті әйелдің қажетті тиімді тағамдануы, өған қоса туылған баланың өмірдің алғашқы кезеңінен бастап рационалды көректенуінің үйлесімін қамтамасыз ету баланың да, болашақ азаматтың да денсаулығының кепілі.

Түйінді сөздер: тамақтану, балалар, денсаулық

SUMMARY

Inadequate nutrition in utero and the first year of life significantly affects the child's health in the future. Providing pregnant women with essential nutrients combined with a rational feeding the baby in the first minutes of life is the key to health, both for the child and for the future of the adult.

Keywords: food, children, health

УДК 616.895.8

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Измайлова И.М., Смотряева Т.В.

ГУ «Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением»,
Алматинская область, п. Актас

Введение. Самоубийство (суициды) одна из малоизученных проблем, представляющий медицинский и социальный интерес с давних времен. Существует предположение, что психическое заболевание и склонность к суициду определяется одним и тем же комплексом общественных, психологических и биологических факторов. Предупреждение любого социально-вредного явления невозможно без знания его причин. Изучение социально-опасных действий больных и, в частности, их суицидального поведения, является в настоящее время одной из важнейших задач психиатрии. Эта актуальность обусловлена тем, что за последние годы во многих странах возросло число самоубийств. Мотивы суицидальных действий психически больных современные исследователи нередко трактуют как «психологическую реакцию на внутреннее ощущение болезни» при ослаблении болезненных расстройств и объясняется в значительной мере легко возникающими разнообразными формами социально-психологической дезадаптации, зачастую способствующих развитию у больных субъективного ощущения «краха жизненных позиций» нередко с выходом в суицидальный акт, как следствие психогении. Для профилактики самоубийств важное значение имеет выяснение состояния эмоционально-волевой сферы человека, его психического состояния к предстоящему суициду. В большинстве случаев суициды совершают психически больные на почве патологических переживаний, а одну третью часть совершают в состоянии социально-психологической дезадаптации, развившейся в результате различных жизненных обстоятельств.

Цель работы заключается в определении связи между психическими заболеваниями пациентов и суицидальным поведением.

Материалы и методы исследования. Объектом клинического исследования были 40 больных, находящихся на лечении в период 2011-2012 годов, состоящие в группе риска как суицидальные. По нозологии больные распределились следующим образом: 1) Больные шизофренией составили 85% всех больных; 2) Больные с органическим поражением ЦНС – 5 %; 3) Больные с умственной отсталостью – 10%.

Результаты исследования и их обсуждение. По совершенным суицидальным попыткам больные в основных группах распределились так:

1. Высокая степень суицидального риска. К ней относятся больные, совершившие суицидальные попытки в прошлом - 26 больных. Их можно объединить по синдромально:

А) Депрессивный синдром - 7 больных. Важнейшей причиной самоубийства является депрессия. В состоянии депрессии самоубийство воспринимается как избавление от безнадежного состояния, от мучительной неудовлетворенности собой, неизлечимого заболевания, длительной изоляции от общества, безрадостной старости, безнадежного будущего. Различают два типа суицидальных действий: В первом случае это серьезная сознательная попытка умереть, во втором крик о помощи, попытка привлечь к себе внимание инфантильной личности.

При депрессиях суициды наблюдаются преимущественно в начале заболевания и в период выздоровления, когда еще нет должного надзора, со стороны врача и медперсонала. Поэтому врач должен правильно оценить состояние больного, тщательно собрать анамнестические сведения, в том числе о наличии в прошлом суицидальных попыток. Внимательно относится к высказываниям больных, так как некоторые перед суицидом говорят об этом. Самоубийство наиболее частый повод. для обвинения врача в

преступной халатности. Поэтому необходимо тщательно документировать все действия по выявлению риска и предотвращения самоубийства, а так же ход лечения.

Б) Галлюцинаторный синдром - 8 больных. Галлюцинаторные чаще вербальные образы могут провоцировать аутоагрессивное поведение в силу двух причин, во первых из-за того, что голоса могут открыто и прямо приказать пациенту совершить самоубийство, обвинив его в каких либо поступках. Больные очень часто выполняют эти приказы независимо от их характера. Если голос приказывает больному лишить себя жизни, то суицидальная попытка весьма вероятна. Во вторых такие попытки совершаются больными под влиянием эмоционального напряжения, связанного с неотступностью ругающих или угрожающих голосов, вследствие того, что становятся "невыносимыми", поскольку не прекращаются ни на минуты в течении суток, недель, месяцев.

В) Бредовый синдром - 8 больных. Суицидальные действия, совершаемые на почве бредовых переживаний, могут иметь неодинаковую мотивацию. В случае бреда преследования суицид совершается как единственное средство, с помощью которого можно избежать чего-либо более страшного, чем быстрая смерть. Если же имеет место бред виновности, то к суициду подталкивает не страх перед неизбежным бедствием, внешним по отношению к личности больного, а неумолимый приговор собственной совести, требующий самонаказания за якобы совершенные больным тяжкие преступления.

Г) Психопатоподобный синдром - совершали суициды с демонстративно шантажной целью 3 больных. Демонстративно-шантажное суицидальное поведение своей целью предполагает не лишения себя жизни, а демонстрацию этого намерения. Эта схема основана на категории личностного смысла, как отношения не совпадающих между собой цели действия - (суицида) - и мотива деятельности, в которую он включен. Отмечено, что по мере нарастания деградации личности истинное суицидальное поведение все больше уступает место демонстративно-шантажным аутоагрессивным действиям.

2. Средняя степень суицидального риска. Наличие суицидальных мыслей в прошлом - у 12 больных (депрессивный синдром - 6 больных, бредовый синдром - 3 больных, галлюцинаторный синдром - 3 больных).

3. Минимальная степень суицидального риска. Наличие суицидов у родственников - 2 больных (с параноидным

синдромом).

Выводы: нами были проанализированы болезненные переживания, личностные и ситуационные факторы, приведшие больных к совершению суицидальных попыток, а также их механизм действия. Находящиеся в 1 и 2 группе больные повторно совершали суицидальные попытки в 20 случаях, в 3 группе суицидальных попыток не было. При психических заболеваниях особо высокая степень суицидального риска обнаружена:

1. При суицидальном поведении в прошлом.

2. У группы психически больных с психопатологическими особенностями: при наличии императивных истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, при преобладании аффективных колебаний в период депрессивных, депрессивно-параноидных, депрессивно-ипохондрических, депрессивно-обсессивных и тревожно-депрессивных приступов.

3. В периоде спонтанной и терапевтической ремиссии, когда суицидальное поведение возникает в связи с критической оценкой больным совершенного ООД. Аутоагрессивное поведение больных шизофренией в периоде послабления процесса зависит от персонологических особенностей суицидента (от способов его аффективного реагирования), от типа ремиссии и её качества, а также от ситуационных факторов. Видоизмененный склад личности включает новые, часто с парадоксальной направленностью интереса, широкий спектр инакомыслия, формирующий "неадекватные" формы поведения и своеобразие жизненных ориентаций.

4. При изменении условий жизни, нарушении микро социального климата у больных приводит к «нестандартному» выходу из сложившейся ситуации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ефремов В.С. Основы суицидологии с. 313, 370
2. Кудьярова Г. М. Зальцман Г.И Психиатрия. Алматы с. 196
3. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология Монография 2006 год. Днепропетровск

ТҮЙІН

Бұл еңбекте психикалық ауру мен суицидті мінез-құлықтың арасындағы байланыс зерттелген.

SUMMARY

In this research the connection between mental illness and suicidal behavior has been investigated.

УДК 616.8

МИГРЕНЬ: НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Кайшибаев Н.С., Кайшибаева Г.С., Хасенова Г.П., Назиров К.М.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК,

ГККП «Городская поликлиника №3», г. Алматы

Проблема лечения головной боли до сих пор остается актуальной. Согласно классификации «Международной ассоциации по изучению головной боли» мигрень относится к первичной головной боли [1,2,3,4]. По данным ВОЗ мигрень занимает 19-е место среди заболеваний, сопровождающихся тяжелыми расстройствами [5].

К основным критериям диагностики мигрени относятся:

- односторонняя локализация ГБ;
- пульсирующий характер ГБ;
- интенсивность боли, снижающая активность больного и усугубляющаяся при монотонной физической работе и ходьбе;
- наличие хотя бы одного из следующих симптомов: тошнота, рвота, фото-, фонофобии;
- длительность приступа от 4 до 72 часов;