

CD8+, кл/мкл, (Ме (IQ25–75))	868,9 (700,7; 1378,6)	817,2 (569,2; 1311,6)
Количество лимфоцитов	36,0 (31,0; 43,0)	32,0 (23,0; 43,0)

Таблица 5 — Процент CD3+, CD4+ и CD8+ лимфоцитов, экспрессирующих CD95+ у больных в стадии пре-СПИД и СПИД

Лимфоциты	Пре-СПИД	СПИД	p-уровень
CD3+95+(Ме (IQ25-75)) %	64,2 (52,3; 73,9)	78,5 (57,7; 90,3)	0,04
CD4+95+(Ме (IQ25-75)) %	63,3 (49,4; 72,8)	91,7 (80,0; 100,0)	0,00035
CD8+95+(Ме (IQ25-75)) %	74,8 (58,7; 83,1)	75,9 (43,8; 91,5)	0,64

Больные, отнесенные к стадии СПИД, имели статистически значимо более высокий уровень экспрессии CD95+ на CD4+ лимфоцитах ($U = 93,5$, $p < 0,001$) и CD3+ лимфоцитах ($U = 163,5$, $p < 0,05$). Данная закономерность не прослеживается среди субпопуляции CD8+ лимфоцитов, что подтверждает наше предположение об относительной сохранности субпопуляции CD8+ лимфоцитов на фоне иммунодефицита. У ВИЧ-инфицированных больных по мере прогрессирования заболевания происходит нарастание иммунодефицита на фоне увеличения вирусемии (Спирман: минус 0,44, $p < 0,05$), при этом по мере нарастания вирусной нагрузки увеличивается доля CD4+ лимфоцитов, экспрессирующих CD95+ на своей поверхности (Спирман: 0,42, $p = 0,0108$). Данная закономерность не прослеживается для популяции CD3+ и CD8+ лимфоцитов ($p = 0,89$ и $0,9$ соответственно). Таким образом, для больных в стадии СПИД характерно помимо высокой вирусной нагрузки увеличение доли клеток, экспрессирующих CD95+ среди CD4+ и CD3+ лимфоцитов при относительной сохранности CD8+ лимфоцитов, что дает возможность противостоять чужеродным агентам на фоне развившегося иммунодефицита.

Выводы

Наличие рецептора апоптоза на клетках иммунной системы CD3+, CD4+ и CD8+ лимфоцитах, не зависит от таких факторов как пол, возраст и путь инфицирования.

На фоне АРТ происходит улучшение показателей апоптоза при ВИЧ-инфекции; как для CD4+ лимфоцитов, так и в большей степени для CD8+ лимфоцитов, что дает возможность восстановить субпопуляцию лимфоцитов, тем самым уменьшить вероятность прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Увеличение экспрессии CD95+ на лимфоцитах зависит от уровня иммуносупрессии, нарастает по мере увеличения уровня вирусемии и прогрессирования ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барышников, А. Ю. Иммунологические проблемы апоптоза / А. Ю. Барышников, Ю. В. Шишкин. — М.: Эдиториал УРСС, 2002. — 320 с.
2. Новиков, В. В. Растворимые формы мембранных антигенов клеток иммунной системы / В. В. Новиков, А. Ю. Барышников, А. В. Караулов // Иммунология. — 2007. — № 4. — С. 249–253.
3. Рыжов, С. В. Молекулярные механизмы апоптотических процессов / С. В. Рыжов, В. В. Новиков // Российский биотерапевтический журнал. — 2002. — Т. 1, № 3. — С. 27–33.
4. The CD95 Receptor: Apoptosis Revisited / E. Marcus [et al.] // Cell. — 2007. — May 4. — P. 129.
5. Evidence for an engagement process towards cell death by apoptosis in lymphocytes of HIV infected patients / M. L. Gougeon [et al.] // C R Acad Sci III. — 1991. — Vol. 312. — P. 529–537.

УДК 616.89-008.441.44-053.9-055.2:305

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Тюрина Е. И., Шилова О. В.

Учреждение

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Улучшение доступности и качества медицинской помощи, улучшение условий жизни приводит к увеличению продолжительности жизни населения. Современная демографическая ситуация отражает неуклонное увеличение в популяции доли лиц пожилого возраста. По Гомельской области доля в структуре населения увеличилась до 22 %. Ожидается, что к 2050 г. их численность достигнет 2 млрд. [1]. Пожилые и престарелые люди — категория граждан, особо нуждающихся в медицинской помощи и социальной защите. Распространенность соматических заболеваний у пациентов, часто нескольких, и широкий спектр социально-психологических проблем обуславливают высокий риск аутодеструктивного поведения (суициды и парасуициды, или незавершенные суициды) [3]. Суицидальное поведение у пожилых людей связано как с физиологическими и психическими особенностями старения, так и с воздействием социальных факторов. Одна из характерных особенностей стареющей психики — снижение темпа психической активности — проявляется в замедлении психомоторных реакций, сужении объема восприятия, снижении сосредоточенности, ослаблении памяти. Пожилые люди жалуются на забывчивость и рассеянность, затруднения в усвоении новой информации. Им становится все труднее ориентироваться в новой обстановке, менять жизненные стереотипы и приобретать новые навыки. К эмоциональным изменениям в период старения можно отнести повышенную ранимость, обидчивость, раздражительность, неустойчивое настроение с преобладанием пониженного фона и пессимизма, часто возникающее чувство страха и тревоги. Отмечается неадекватность реакции на внешние и внутренние раздражители. Любая обида, бестактность, проявление неуважения и черствости со стороны окружающих в пожилом возрасте могут привести к эмоциональному срыву и декомпенсации психического состояния. В связи с ригидностью мышления пожилой человек не может отстраниться от эмоционально негативно окрашенной ситуации, вновь и вновь переживает неприятное событие. Для пожилых людей свойственны концентрация внимания на ограниченном круге аффективно заряженных представлений, эгоцентризм, трудность общения, связанные с возрастными психологическими изменениями и сужением социальных ролей. Происходит усиление противоречивых личностных черт, снижение критичности к собственному поведению. Это затрудняет общение и способствует возникновению межличностных конфликтов, в первую очередь в собственной семье, с детьми. Доминирующее значение нередко приобретают вопросы здоровья, что приводит к фиксации внимания на физических ощущениях и повышает потребность в диагностических процедурах, особенно в парасуицидах. Пожилые люди не приспособлены к ним при слабости адаптивных механизмов личности. В этом состоянии суицидальное поведение является отчаянной попыткой, реакцией на психическую боль, безнадежность и невыносимые условия существования.

Суицидальные попытки (парасуициды) совершаются значительно чаще, чем суициды и часто являются «криком о помощи». Исследование факторов риска, мотивов и обстоятельств парасуицидов; клинических, анамнестических и социально-психологических характеристик контингента пациентов, госпитализация которых была обусловлена суицидальными попытками, может внести свой вклад в профилактику суицидального поведения как среди лиц с психическими расстройствами, так и среди более широкого контингента пожилых пациентов [5].

Цель исследования

Определить роль социально-психологических факторов в формировании суицидального поведения пожилых мужчин Гомельской области и проанализировать способы и обстоятельства парасуицидов, совершенных мужчинами старше 60 лет.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явились мужчины старше 60 лет, проживающие в Гомельской области, госпитализированные по поводу парасуицида и пролеченные в 5-м отделении У «ГОКПБ» за период с 2010 по 2012 гг. Методы исследования: клинико-психопатологическое наблюдение, оценка психического статуса по исследовательским диагностическим критериям МКБ-10; оценка семейного и индивидуального анамнеза, социально-экономического статуса, угрозы жизни парасуицида — Шкала оценки риска суицида.

Результаты и обсуждение

Факторы риска суицидов в данной группе пациентов отражены в таблице 1. При проведении анализа факторов риска суицидального поведения одиночество, потеря супруга отмечается у 53,3–58,3 % пациентов; наличие хронических или угрожающих жизни соматических заболеваний имеется у 91,7–100 % пациентов. Социальная изоляция, физические страдания, осознание неизлечимости заболевания часто приводят к депрессии. Это подтверждается тем, что 66,7–83,3 % пациентов при госпитализации находились в состоянии депрессии. Суицидальная попытка была повторной для 25–28,6 % пациентов. Частота повторных парасуицидов указывает на тенденцию к использованию самоповреждения как способа совладания со стрессовыми ситуациями, что является неблагоприятным прогностическим признаком. Расстройства личности и алкоголизм у 58,3–80 % пациентов являются значимыми предикторами суицидального поведения.

Таблица 1 — Факторы риска суицидального поведения

	2010 г.		2011 г.		2012 г.	
Всего пролечилось, чел.	394		530		487	
Из них пациентов с парасуицидами	12	3 %	14	2,6 %	15	3,1 %
в т.ч. по факторам суицидального поведения:						
Одиночество, потеря супруга, пациент разведен	7	58,3 %	8	57,1 %	8	53,3 %
Хроническая или угрожающая жизни соматическая болезнь	11	91,7 %	14	100 %	14	93,3 %
Депрессия	10	83,3 %	11	78,6 %	10	66,7 %
Совершение в прошлом суицидальной попытки	3	25 %	4	28,6 %	4	26,7 %
Алкоголизм, расстройство личности	7	58,3 %	10	71,4 %	12	80 %

Все пациенты в поле зрения психиатров попали впервые. Способы совершения суицидальных попыток отражены в таблице 2.

Таблица 2 — Способы парасуицида

	2010 г.		2011 г.		2012 г.	
Всего поступало пациентов с парасуицидами	12		14		15	
Нанесение самоповреждений в виде порезов	4	33,3 %	5	35,7 %	9	60 %
Повешение	4	33,3 %	5	35,7 %	4	26,7 %
Отравление психотропными препаратами	3	25 %	4	28,6 %	2	13,3 %
Падение с высоты	1	8,3 %	0	0 %	0	0 %

Самым распространенным способом парасуицида являлось нанесение самоповреждений в виде порезов (33,3–80 %), следующими по частоте оказались попытки повешения (26,7–35,7 %), затем — отравление психотропными препаратами (13,3–28,6 %), далее — падение с высоты (8,3 %).

Таким образом, самыми распространенными оказались методы парасуицида с низкой летальностью, при использовании которых вероятность летального исхода невысока. В то же время, способ парасуицида с высокой летальностью — повешение являлся вторым по распространенности, что отражает известную тенденцию выбора мужчинами более brutальных способов самоповреждения. Такой способ, как повешение, резко

ограничивает временной интервал амбивалентных колебаний индивида, а также резко сокращает лимит времени, необходимого для оказания неотложной помощи. Данный фактор ограниченного времени действует в пользу фатального исхода, может служить одним из объяснений более высокой смертности от суицидов среди мужчин [2].

Выводы

Суицидальное поведение является сложным феноменом, обусловленным разнообразием мотивов и направленным на облегчение (прерывание) тяжелых душевных и (или) физических страданий пациента или реализацию изменения поведения «значимых других». Пациенты с парасуицидами составляют около 3 % от общего количества пролеченных в геронтологическом отделении психиатрического стационара. Психические расстройства и соматические заболевания представляют собой фактор высокого риска суицида. Около 92–100 % парасуицидентов страдали тяжелыми соматическими заболеваниями, около 80 % находились в депрессивном состоянии, более половины (53–80 %) злоупотребляли алкоголизмом на фоне изменений характера. Большой вклад в повышение риска суицида вносят социальные факторы — более половины пациентов одиноки, вдовцы или разведены. Более четверти из них совершали суицидальные попытки в прошлом. Более половины пациентов пытались свести счеты с жизнью путем отравления и порезов, около трети — пытались повеситься.

Большинство тех, кто совершает самоубийство, никогда до этого не обращаются к психиатру. В связи с этим, ранняя диагностика психических расстройств и оценка суицидального риска на этапе первичного звена здравоохранения является важной предпосылкой снижения риска суицида.

Развитие психиатрической помощи в структуре учреждений общесоматической и гериатрической службы имеет особое значение для лиц, страдающих психогенными и соматически обусловленными психическими нарушениями, которые в настоящее время неохотно обращаются в психоневрологический диспансер.

Необходимо развитие разветвленной сети психологических консультаций, «телефонов доверия» и других форм социально-психологической помощи. Работа с пожилыми людьми должна быть направлена на те стороны их жизни, в которых чаще всего проявляется социальная дезадаптация. К ним относятся: преодоление усиливающейся социальной изоляции и чувства одиночества, помощь в сложных жизненных ситуациях и при разрешении конфликтов, при утратах близких людей, помощь в приобретении новых интересов и досуговых занятий [4].

Решение проблемы развития медицинской и социальной помощи пожилым невозможно без кадрового обеспечения, в связи с чем возникают вопросы подготовки специалистов-гериатров, геронтопсихиатров.

Таким образом, проблема профилактики суицидального поведения пожилых людей имеет множество составляющих и зависит как от усилий отдельных категорий специалистов, так и от отношения к этой проблеме государства и общества в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медико-социальные проблемы и потребности пожилых людей Гомельского региона / В. А. Подоляко [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — Гомель, 2011. — № 2 (28). — С. 132–139.
2. Ласый, Е. В. Оценка суицидального риска, кризисное вмешательство и профилактика суицидального поведения: учеб.-метод. пособие / Е. В. Ласый. — Минск: БелМАПО, 2011. — С. 11–15.
3. Амбрумова, А. Г. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. — М., 1980.
4. Краснова, О. В. Социальная психология старения: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Психология» / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. — М., издат-во Академия, 2002. — С. 37–51.

УДК: 616.15:577.1]:616.98

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ КРОВИ У НОСИТЕЛЕЙ *HELICOBACTER PYLORI* В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Угольник Т. С.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Исследованиями, выполненными молекулярно-биологическим, культуральным, биохимическим, иммуноцитохимическим, бактериоскопическим методами показано присутствие *Helicobacter pylori* (Hр) в ротовой полости (РП). Данный микроорганизм может присутствовать в слюне, на тканях щек, неба, языка, в дентальных бляшках, в периодонтальных карманах у взрослых и детей [5]. Ротовая полость рассматривается как ворота и естественный резервуар Hр инфекции.

Известно, что биохимическое строение тканей индивида должно обеспечивать ему достаточно высокий уровень резистентности к широкому кругу патологии [3].

Цель работы

Изучить биохимические показатели сыворотки крови в группах транзиторных и постоянных носителей Hр в РП.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 56 человек, средний возраст обследованных составил $20,5 \pm 0,1$ лет.

Установление типа носительства Hр в РП проводили по предложенному нами способу выявления постоянных носителей [2]. В основе способа лежит способность микроорганизма Hр продуцировать в высоких концентрациях фермент уреазу, посредством которой происходит гидролиз водного раствора карбамида до аммиака и углекислого газа. Забор содержимого проводили стерильным зондом из зубодесневых карманов (ЗДК) коренных зубов верхней челюсти 1 раз в неделю, на протяжении 5 недель подряд. На основании полученных результатов каждому обследуемому был выставлен тип носительства Hр в РП: постоянное носительство Hр (n=12), транзиторное носительство Hр (n=34), отсутствие носительства Hр (n=10). В группе наблюдения также определяли интенсивность уреазной активности (УА) в зубном налете (ЗН) в ротовой полости. Для этого проводили следующие биохимические показатели: холестерин, билирубин, мочевины, креатинин, общий белок, альбумины, глобулины, α_1 -глобулины, α_2 -глобулины, β -глобулины, γ -глобулины, СРБ.

Статическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft USA Statistica 8.0». В связи с тем, что изучаемые показатели не подчинялись закону нормального распределения (тест Шапиро-Уилки, W), статистическую обработку результатов исследования проводили с применением непараметрических методов и критериев. Сравнение количественных показателей в трех независимых группах проводили по методу Краскелла-Уоллиса (H). Для анализа различий между двумя независимыми группами по количественным показателям применяли критерий Манна-Уитни (U, Z). Анализ взаимосвязи проводили с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s). Параметры описательной статистики приведены в виде медианы и квартилей — Me ($Q_1; Q_3$). Нулевую гипотезу отклоняли при уровне статистической значимости $p < 0,05$ [1].