

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.894-036.868-08-039.57

Пузин С.Н.¹, Шургая М.А.¹, Торопова О.М.²

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ: ПАЦИЕНТЫ, СТРАДАЮЩИЕ ДЕМЕНЦИЕЙ

¹ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, 123995, г. Москва; ²ГБУЗ «Городская поликлиника № 3 Департамента здравоохранения г. Москвы», филиал № 3, 119002, г. Москва

Деменция принадлежит к числу наиболее распространенных и тяжелых по своим медико-социальным последствиям заболеваний позднего возраста. Почти 95% пациентов с когнитивными нарушениями проживают в семьях. Кроме когнитивных нарушений, у больных с деменцией отмечаются различные поведенческие и психопатологические симптомы. Возникновение у больного нарушений поведения создает членам семьи гораздо большие трудности, чем недостаточность когнитивных функций, и является наиболее частой причиной его госпитализации, т. е. возникает необходимость в дорогостоящем виде медицинской помощи. В связи с этим особую значимость приобретают проблемы адаптации такого человека к условиям проживания в семье и его реабилитации в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: деменция; когнитивный дефицит; адаптация; реабилитация.

Для цитирования: Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18(1): 4–9.

CURRENT ISSUES OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION ON AN OUTPATIENT BASIS: DEMENTIA PATIENTS

Puzin S.N.¹, Shurgaya M.A.¹, Toropova O.M.²

¹Russian Medical Academy of Postgraduate Education, 123995, Moscow, Russian Federation; ²State ambulatory unit №3. Department of Healthcare, 119002, Moscow, Russian Federation

Dementia is one of the most common and severe diseases of older age according to its health and social consequences. Almost 95% of patients with cognitive impairment live in families. In addition to cognitive impairment different behavioural and psychiatric symptoms are observed in patients with dementia. The onset of behavioural disorders in the patient family members creates more problems than lack of cognitive functions, and is the most frequent cause of hospitalization, because there is a need in expensive form of medical care. In this regard, rises the significance of adaptation to the conditions of such a person residing in the family and his rehabilitation on an outpatient basis.

Key words: dementia; cognitive deficits; adaptation; rehabilitation.

Citation: Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i rehabilitatsiya. 2015; 18(1): 4–9. (In Russ.)

Correspondence to: Marina Shurgaya – MD, PhD; e-mail: daremar@mail.ru.

Received 25.11.14

Деменция представляет собой большую медико-социальную проблему, так как более чем у половины пожилых больных с деменцией смертельный исход наступает в среднем в течение полутора лет после постановки диагноза.

Деменция – это синдром, обычно хронический или прогрессирующий, при котором происходит деградация когнитивной функции в большей степени, чем это ожидается при нормальном старении. Диагноз деменции ставится, если у больного имеются нарушения памяти и других высших мозговых функций (мышления, речи, выполнения целенаправленных действий, узнавания и т. д.) которые приводят к нарушению самообслуживания и ограничивают повседневную активность [1].

Эпидемиология деменции. По данным Всемир-

ной организации здравоохранения, в мире сейчас около 44 млн больных с деменцией. Пожилые люди страдают деменцией значительно чаще, чем молодые и люди среднего возраста. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, среди пожилых людей 236 из 100 тыс. населения страдают когнитивными нарушениями, в то время как в возрастной группе от 45 до 64 лет – только 93. Эта тенденция обусловлена в первую очередь демографической ситуацией в России, характеризующейся ростом числа в популяции лиц пожилого и старческого возраста. В связи с глобальным старением населения планеты ученые предсказывают удвоение количества больных с деменцией каждые 20 лет. Ожидается, что к 2050 г. их количество достигнет более 100 млн человек и на уход потребуются затраты, неподъемные для бюджета многих стран, даже самых богатых. По разным оценкам, в России сейчас от 1,3 до 1,8 млн больных с деменцией [1–3].

Согласно проведенному опросу, каждый пятый россиянин так или иначе сталкивается с этим явле-

Для корреспонденции:
Шургая Марина Арсеньевна – канд. мед. наук, доцент каф. гериатрии и медико-социальной экспертизы; 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, e-mail: daremar@mail.ru.

нием у своих родственников, друзей, знакомых, коллег. Но эта цифра заметно выше в развитых странах Запада, где каждый третий участник опроса признался, что в его семье был родственник, страдающий от деменции, и 70% респондентов когда-либо были знакомы с такими пациентами. По-видимому, причина расхождений – меньшая осведомленность о проблеме в России. Многие люди, столкнувшись с проявлениями деменции у близкого человека, просто не догадываются об этом. **Информированность россиян о деменции не отвечает масштабу проблемы [4].** У лиц, активно занимающихся умственным трудом, деменция возникает реже. Риск возникновения деменции выше у женщин, чем у мужчин.

Факторы, предрасполагающие к развитию деменции

Важнейшими факторами, способствующими прогрессированию возрастной когнитивной дисфункции, являются [1, 2, 5]:

- генетическая предрасположенность к деменции (АроЕ4).
- болезни сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность), ХОБЛ и сопутствующая ей дыхательная недостаточность, ожирение, гипотиреоз, сахарный диабет, гипергомоцистеинемия, дефицит тестостерона и эстрогенов.
- бессистемный прием некоторых психотропных средств (бензодиазепинов, трициклических антидепрессантов, корвалола).
- дефицит витаминов В₁, В₆, В₁₂, фолиевой кислоты, железа и магния также [1, 6, 7].
- низкая интеллектуальная активность.

Классификация деменции [6, 7]

1. Первичная деменция (БА, ДТЛ) – 50%.
2. Сосудистая деменция – 15–30%.
3. Смешанная – 15–25%.
4. Вторичные деменции – 10%:
 - сердечно-сосудистые заболевания – 13;
 - алкоголизм – 8;
 - метаболические нарушения и гиповитаминоз – 4%;
 - дирезорбтивная (сообщающаяся, нормотензивная);
 - гидроцефалия – 4%;
 - хроническая субдуральная гематома – 2;
 - инфекции нервной системы и рассеянный склероз – 1%;
 - наркомания – 1%.

Клинические симптомы

Для пациентов с деменцией характерно:

- Снижение скорости мышления.
- Снижение способности к концентрации внимания.
- Уменьшение скорости реакции.
- Люди из ближайшего окружения больного отмечают еще один симптом: уходит деликатность поведения (человек с наступлением первых признаков деменции делается более упрямым, грубым, прямым в своих поступках и высказываниях, но это не решительность, а потеря тонкости, вежливости, заботы о

чувствах близких, так называемый «эгоизм старости», причём сам пациент, как правило, этого не замечает).

- Некоторые признаки заметны всем: не только больной, но и окружающие начинают отмечать потерю пациентом кратковременной памяти. Если это компенсируется его опытом, такая «доброкачественная старческая забывчивость» клинически не очень значима: жалобы на память есть у 66% здоровых людей. Там, где память страдает серьезнее (< 24 по MMSE), пациенты на нее уже не жалуются, иногда даже скрывают. Тогда особенно важна информация от родственников [1, 2, 7].

- При прогрессировании заболевания больной перестает отличать телевизионные сюжеты от действительности.

- Появление психопатологической симптоматики: неузнавание родственников, боязнь остаться дома одному, темноты и пр.

- Со временем появляются недержание мочи, кала, больные перестают вставать с постели.

- Постепенно теряется способность самостоятельно жить дома, снижается активность повседневной жизни – те виды деятельности, которые совершаются ежедневно, включая действия, связанные с самообслуживанием (например, прием пищи, купание, одевание, уход за кожей), работой, ведением домашнего хозяйства и досугом. Способность или неспособность к выполнению повседневной активности являются важным показателем функционального состояния больного (Alvarez X. и соавт., 2006) и определяют степень инвалидизации.

Старческая деменция подкрадывается постепенно, особенно у людей, страдающих артериальной гипертензией, сахарным диабетом и атеросклерозом мозговых и коронарных сосудов. Заболевание, как правило, прогрессирует на фоне атеросклеротического процесса, особенно ухудшают состояние последствия крупных или мелкоочаговых инсультов. После каждого из таких эпизодов нарастают изменения мышления, поведения (рис. 1).

В настоящее время выделяют три основных клинических варианта заболевания [1–3]:

- амнестический вариант (доминируют нарушения памяти на текущие события) – является предвестником болезни Альцгеймера;

- с множественной когнитивной недостаточностью (наличие сочетанного поражения нескольких когнитивных функций) – исходом может быть болезнь Альцгеймера или, реже, сосудистая деменция;

- с нарушением одной когнитивной функции при сохранении памяти (так, например, преобладающие зрительно-пространственных нарушений означает повышенный риск развития деменции с тельцами Леви).

Некоторые органические заболевания мозга (такие как нормотензивная гидроцефалия, субдуральная хроническая гематома), метаболические нарушения (в том числе гипотиреоз, недостаток витамина В₁₂) и интоксикации (например, свинцом) могут приводить к медленной утрате когнитивных функций, которые, однако, улучшаются под влиянием терапии. Депрессия может имитировать деменцию (и по формальным



Рис. 1. Этапы снижения когнитивных функций по тесту MMSE [7].

признакам была названа псевдодеменцией); эти два патологических состояния часто сосуществуют вместе. Изменения в познавательной деятельности неминуемо наступают с возрастом, однако их нельзя считать деменцией. В этом случае уместно говорить о возрастном когнитивном снижении. По определению ВОЗ, деменция не является нормальным компонентом старения.

По степени социальной адаптации, способности к самообслуживанию и нуждаемости в обслуживании различают 3 степени тяжести деменции [1]:

Легкая степень тяжести:

- профессиональная деятельность и социальная активность отчетливо ограничены;
- сохраняется способность жить самостоятельно, соблюдать личную гигиену, умственные способности не затронуты.

Средняя степень тяжести:

- трудности при самостоятельном проживании;
- необходим определенный контроль.

Тяжелая степень тяжести:

- активность в повседневной жизни нарушена;
- неспособность соблюдать минимальную личную гигиену;
- двигательные способности ослабевают;
- необходимы постоянное обслуживание и уход.

Методы диагностики

Модифицированные диагностические критерии синдрома умеренных когнитивных нарушений [1, 4]:

- когнитивные нарушения по словам пациента и/или его ближайших родственников;
- ухудшение когнитивных способностей по сравнению с исходным уровнем;
- объективные свидетельства когнитивных нарушений, полученные с помощью нейропсихологических тестов (снижение результатов нейропсихологических тестов не менее чем на 1,5 стандартного отклонения от среднестатистической возрастной нормы);

отклонения от среднестатистической возрастной нормы);

- отсутствие нарушений привычных для пациента форм повседневной активности (допускается возможность затруднений в сложных видах деятельности);

- отсутствие деменции (результат краткой шкалы оценки психического статуса менее 24 баллов).

Психодиагностическая скрининговая методика MMSE позволяет выявить наличие и степень выраженности проявлений деменции (табл. 1):

Если жалобы у пациента есть, а в психодиагностических тестах – нормальные показатели, надо помнить, что у начинающих когнитивных расстройств доклинический период может достигать 10–20 лет, затем 5 лет – время легких когнитивных дисфункций (забывчивость, но интеллект и критика еще сохранены), а затем 5–10 лет деменции. Терапия, начатая на ранней стадии, позволяет отодвинуть сосудистую деменцию, а значит – повысить качество жизни на годы как самому пожилому человеку, так и его родственникам.

Модифицированные диагностические критерии синдрома умеренных когнитивных нарушений [4,5]:

- когнитивные нарушения по словам пациента и/или его ближайших родственников;
- ухудшение когнитивных способностей по сравнению с исходным уровнем;
- объективные свидетельства когнитивных нарушений, полученные с помощью нейропсихологических тестов (снижение результатов нейропсихологических тестов не менее чем на 1,5 стандартного отклонения от среднестатистической возрастной нормы);
- отсутствие нарушений привычных для пациента форм повседневной активности (допускается возможность затруднений в сложных видах деятельности);
- отсутствие деменции (результат краткой шка-

Таблица 1

Краткая шкала оценки психического статуса [7]

(англ. Mini-Mental, State Examination – MMSE; Folstein et al., 1975).

Ф.И.О.:

Дата:

Когнитивная сфера	До лечения	После лечения	Оценка, баллы
Ориентировка			
Назвать год, время года, месяц, число, день недели			0–5
Назвать место, где мы находимся (страна, область, город, клиника, учреждение)			0–5
Восприятие			
Повторить три слова: груша, стул, тетрадь			0–3
Концентрация внимания			
Вычесть из 100 число 7, затем из остатка вычесть 7 и так 5 раз			0–5
Память			
Вспомнить 3 слова из задания № 2			0–3
Речь, чтение, письмо			
Назвать 2 предмета «ручка, часы»			0–2
Повторить «никаких если, никаких но»			0–1
Трехэтапная команда (например, «поднимите указательный палец правой руки, дотроньтесь им до носа, затем до левого уха»)			0–3
Прочсть и написать на листе бумаги задание следующего содержания: «закройте глаза»			0–1
Написать предложение			0–1
Срисовать изображение (два пересекающихся пятиугольника)			0–1
Интерпретация результатов			
В баллах оцениваются основные показатели когнитивных функций. Затем подсчитывается суммарный балл (может составлять от 3 до 30). Более высокий суммарный балл свидетельствует о более высокой сохранности когнитивных функций. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижают ошибку на один балл.			
8–30 баллов – нет нарушений когнитивных функций или легкие когнитивные нарушения			
25–27 баллов – умеренные когнитивные нарушения			
20–24 балла – деменция легкой степени выраженности			
11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности			
0–10 баллов – тяжелая деменция			

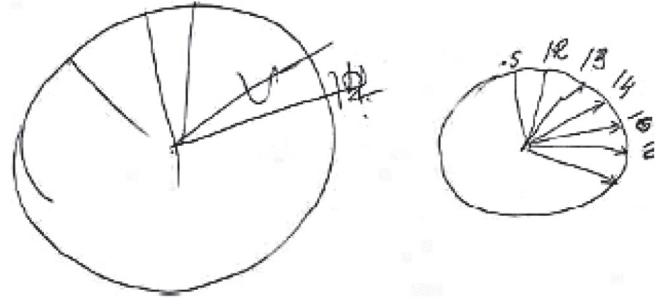


Рис. 2. Тест рисования часов.

лы оценки психического статуса менее 24 баллов).

Однако методика MMSE не обладает возможностями отличить сосудистую деменцию от болезни Альцгеймера. Сосудистую деменцию гораздо лучше выявляют лобные тесты на обобщение, проба Шульте, ассоциации, тест рисования часов (рис. 2).

Высокая диагностическая информативность современных методов визуализации (КТ и МРТ) позволяет дифференцировать заболевания, которые сопровождаются синдромом деменции (табл. 2).

Поскольку жалобы на снижение памяти и отклонения при выполнении психологических тестов могут быть вызваны тревогой или депрессией, их исключение или лечение – важная задача [5].

Прогноз при наличии синдрома умеренных когнитивных нарушений достаточно серьезен [1, 2]. Так, в 1,7 раза выше риск летального исхода и в 3,1 раза – возникновения болезни Альцгеймера.

Неблагоприятными прогностическими признаками при умеренных когнитивных расстройствах являются:

- пожилой возраст;
- низкие результаты нейропсихологических тестов;
- отягощенный семейный анамнез по деменции;
- атрофия гиппокампа на МРТ головного мозга;
- быстрое нарастание церебральной атрофии при повторных КТ- или МРТ-исследованиях;
- носительство аллеля ApoE4.

Методы профилактики и лечения деменции

• **Профилактика.** Чем раньше начаты профилактика и лечение, тем лучше прогноз и для больного,

Таблица 2

КТ/МРТ-признаки различных видов деменции

Симптом	Болезнь Альцгеймера	Сосудистая деменция	Деменция с тельцами Леви
Атрофия гиппокампа	+++	++	–
Атрофия височной доли	++	+	–
Атрофия лобной доли	–	+	–
Атрофия теменной доли	++	+	–
Лакуны	–	+++	–
Лейкоареоз	–	+++	–
Инфаркты в стратегических зонах	–	+++	–

и для его семьи, тем больше шансов притормозить прогрессирующее снижение мыслительных способностей пожилого человека с помощью фармакологических препаратов [1, 4, 6].

К факторам профилактики относятся:

➤ Рациональное питание (например, введение в пищевой рацион сои, фасоли, чечевицы, бобов). Очень важно в старости снижение калорийности пищи: 1500 ккал в день вместо прежних 2500 ккал. Тревога, депрессия, скука наряду с гиподинамией и инсулинорезистентностью – главные причины передатия и ожирения пожилых людей. Сильная воля, напротив, – фактор долголетия.

➤ Постоянная тренировка интеллектуальных процессов (кроссворды, чтение в формате «перечитывая заново», проверка уроков у внуков, шахматы — любой доступный интеллектуальный труд). К саногенным факторам относится труд, приносящий радость. Эффективны любые виды посильной физической активности: массажи, упражнения для пальцев, закаливание, контрастные водные процедуры, ходьба. Академику Амосову принадлежит фраза: «Как только перестал преодолевать себя – ты старик».

• **Нефармакологические вмешательства.** Уход за пациентом труден, однако есть приемы, которые облегчают ситуацию [1, 3, 4, 6, 8–10].

– соблюдение режима, в результате этого запутанная повседневная жизнь больного становится более простой и организованной.

– тренинг, направленный на улучшение памяти;
– программы, основанные на прослушивании музыки, регулярных занятиях танцами;
– программы, направленные на повышение активной деятельности больных дома (в частности, приготовление пищи).

В последние десятилетия специалистами по когнитивной реабилитации была выделена терапия танцами, спортом, драмой [7]. Музыкаотерапия приносит пользу людям с деменцией: улучшает эмоциональный фон и повышает память. Этот метод предусматривает как активное участие в музыкальной деятельности (например, пение или игра на музыкальном инструменте), так и пассивное (только слушание пения или музыки). При этом обнаружено, что индивидуально подобранная программа дает лучшие результаты, чем прослушивание традиционной релаксационной музыки. Установлено активизирующее влияние на когнитивные функции классической музыки Моцарта.

Таким образом, обогащение событий жизни, которые вызывают эффект исцеления через культурные и духовные аспекты искусства в процессе творчества (искусства, музыки, танца, драмы, юмора, литературы, поэзии, духовности и культурных ритуалов) могло бы оптимизировать условия реабилитации больных, в частности нейрокогнитивной реабилитации. Таким образом, тезис «Искусство ради искусства» можно трансформировать в лозунг «Искусство ради совершенствования мозга».

В последнее время становится все более популярной ароматерапия [7]. Этот метод несет положительный эффект. Два основных эфирных масла,

используемых для ароматерапии при деменции, экстрагируются из лавандового и мелиссового бальзама. Преимущество ароматерапии также состоит в том, что эфирные масла можно вводить в организм несколькими путями, например, в виде ингаляций, ванн, массажа и местно в форме крема. Это означает, что терапию можно назначать индивидам с разными проявлениями поведения: например у нетерпеливого и беспокойного больного ингаляция может быть более эффективной, чем массаж.

• **Медикаментозная терапия.** Лечение деменций – попытка улучшить когнитивный дефицит [1, 6]. Назначается лечение неврологом и психиатром. Используются препараты: донепезил, галантамин, ривастигмин, мемантин. Препараты принимаются постоянно. Курсами применяются нейропротекторы – церебролизин, цитиколин, семакс, глицин, кортексин. Симптоматически могут назначаться антидепрессанты, транквилизаторы, снотворные.

Препараты с доказанной эффективностью (уровень А):

- антагонисты NMDA-рецепторов;
- ингибиторы холинэстеразы.

Препараты с предполагаемой эффективностью (уровень В или С):

- холиномиметики;
- препараты с нейротрофическим действием;
- препараты Ginkgo biloba [2].

Как известно, главным нейрхимическим механизмом развития деменции (особенно при болезни Альцгеймера) является выраженная дегенерация холинергических нейронов и соответственно значительное снижение уровня ацетилхолина в головном мозге. При этом выраженность холинергических нарушений коррелирует со степенью деменции, гибелью нейронов, а также числом сенильных бляшек и нейрофибриллярных клубков [1, 5].

Школа для родственников больных деменцией

Семья часто оказывается в полном неведении о дальнейших перспективах своего существования с учетом появившихся новых задач ухода за членом семьи, страдающим деменцией. Это обуславливает развитие синдрома эмоционального выгорания у родственников.

Близкие пациентов с деменцией должны четко осознавать, что они не одни!

Занятия в школе родственников больных деменцией должны устранить дефицит информации о болезни и быть направлены на обучение методам ухода и общения с тяжелобольным членом семьи.

Заключение

Реабилитация больных с когнитивным дефицитом в пожилом и старческом возрасте – это в первую очередь сохранение механизмов памяти, активного внимания, практических навыков, способности логически мыслить, способствующих в совокупности адаптации к повседневной самостоятельной жизни и достойному проживанию в старости. Таким образом, основной целью лечения больных пожилого возраста с когнитивными расстройствами является улучшение «качества жизни».

ЛИТЕРАТУРА

1. Маркин С.П. *Профилактика и лечение деменции. Методическое пособие*. Воронеж; 2008.
2. Левин О.С. *Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечения*. М.; 2006.
3. Маркин С.П. *Современный подход к профилактике мозговых инсультов. Методические рекомендации*. Воронеж; 2004.
4. Маркин С.П. *Нарушение когнитивных функций во врачебной практике. Методическое пособие*. Воронеж; 2008.
5. Артемьев Д.В., Захаров В.В., Левин О.С. *Старение и нейродегенеративные расстройства: когнитивные и двигательные нарушения в пожилом возрасте. Методические рекомендации*. М.; 2005.
6. *World Alzheimer Report 2009*. London: Alzheimer's Disease International; 2009.
7. Решетова Т.В. *Лечение и психологическая поддержка больных деменцией и их родственников*. СПб; 2011.
8. Александров А.А., ред. *Психодиагностика и психокоррекция*. СПб.: Питер; 2008.
9. Решетова Т.В. Психологическая помощь пациенту с деменцией и его семье. В кн.: *Сборник трудов Научно-практической конференции «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии»* / Под ред. А.Л. Арьева. СПб.; 2011: 227–30.
10. *Проект Института «Открытое Общество» & Института медико-социальных проблем и управления «Организация медико-социальной помощи в отделениях общей врачебной практики. Помощь пожилым людям на заключительном этапе жизненного пути»*. <http://www.osi.ru/www.medsoc.spb.ru>.
2. Levin O.S. *Encephalopathy: the Current Understanding of the Mechanisms of Development and Treatment [Distsirkulyatornaya entsefalopatiya: sovremennyye predstavleniya o mekhanizmax razvitiya i lecheniya]*. Moscow; 2006. (in Russian)
3. Markin S.P. *Modern Approach to the Prevention of Stroke: Guidelines [Sovremennyy podkhod k profilaktike mozgovykh insultov. Metodicheskie rekomendatsii]*. Voronezh; 2004. (in Russian)
4. Markin S.P. *Cognitive Impairment in Medical Practice. Methodical manual [Naruszenie kognitivnykh funktsiy vo vrachebnoy praktike. Metodicheskoe posobie]* Voronezh; 2008. (in Russian)
5. Artem'ev D.V., Zakharov V.V., Levin O.S. *Aging and Neurodegenerative Disorders: Cognitive and Motor Impairment in the Elderly: Guidelines. [Starenie i neyrodegenerativnye rassstroystva: kognitivnye i dvigatel'nye narusheniya v pozhilom vozraste. Metodicheskie rekomendatsii]*. M., 2005. (in Russian)
6. *World Alzheimer Report 2009*. London: Alzheimer's Disease International, 2009.
7. Reshetova T.V. *The Treatment and Psychological Support for Patients with Dementia and Their Families [Lechenie i psikhologicheskaya podderzhka bol'nykh dementsiy i ikh rodstvennikov]*. St. Petersburg; 2011. (in Russian)
8. Alexandrov A.A., ed. *Psychological diagnostics and therapy [Psikhodiagnostika i psikhokorreksiya]*. St. Petersburg: Piter; 2008. (in Russian)
9. Reshetova T.V. Psychological care for patients with dementia and their families. In: *Proceedings Scientific-practical Conference "Actual Problems of Gerontology and Geriatrics" [Sbornik trudov nauchno-prakticheskoy konferentsii «Aktual'nye problemy gerontologii i geriatrii»]* / Ed. A.L. Aryev St. Petersburg; 2011. 227–30. (in Russian)
10. *Project of the Institute «Open Society» & Institute of Medical and Social Problems and Control «Organization of Health and Social Care in the Departments of General Practice. Assistance to the Elderly in the Final Stage of Life»*. <http://www.osi.ru/www.medsoc.spb.ru>. (in Russian)

REFERENCES

1. Markin S.P. *Prevention and Treatment of Dementia. Methodical manual. Toolkit [Profilaktika i lechenie dementsii. Metodicheskoe posobie]* Voronezh, 2008. (in Russian)

Поступила 25.11.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.89-07-053.3-036.865

Дашина М.Г., Акопян Т.А., Самарин Б.А., Тимошников И.В., Акимов Е.И., Малетин С.И.

ОПЫТ ЭКСПЕРТНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА В УЧРЕЖДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Минтруда России, 656043, г. Барнаул

Предметом данной статьи является анализ основных проблем и задач психологической диагностики детей раннего возраста с когнитивными и речевыми расстройствами, проходящих освидетельствование с целью установления категории «ребенок-инвалид» в бюро медико-социальной экспертизы. В статье обосновывается важность исследования состояния познавательно-игровой деятельности у данного контингента освидетельствуемых. Излагается процедура и приоритетные направления психологического обследования, приводятся отдельные методики, предназначенные для диагностики когнитивных психических процессов и устной речи детей второго и третьего годов жизни. Предлагаются используемые нами в экспертной работе критерии оценки нарушений психической деятельности у данной категории освидетельствуемых. В статье представлен случай из экспертной практики. Акцентируется внимание на соблюдении этических норм и деонтологических правил при взаимодействии с такими освидетельствуемыми и сопровождающими их лицами. Проанализированы трудности, возникающие в процессе профессиональной