

тов в обычную жизненную обстановку.

Отличительной чертой дневного стационара для взрослого населения является, то, что в нём получают необходимую медицинскую помощь пациенты трудоспособного возраста. Большое значение приобретает возможность получения комплексной лечебно-профилактической и социальной реабилитационной помощи пациентам, минуя круглосуточный стационар. Всем работающим больным, на период лечения, оформляется лист временной нетрудоспособности. Амбулаторный режим пребывания в отделении мало изменяет привычный жизненный режим пациента, его пребывание дома, в кругу семьи, в обычной обстановке, способствует тому, что человек с помощью поддержки близких быстрее выздоравливает, стремится к выходу на работу, строит реальные планы на будущее. Амбулаторный режим пребывания также способствует уменьшению стигмы психической болезни, а отсутствие постоянного и широкого контакта с другими психическими больными позитивно отражается на состоянии пациентов.

Важное значение в работе с психически больными приобретает психологическая коррекция. Она включает в себя специальные методы исправления черт личности, относимых к психологическим факторам риска заболеваемости (повышенная тревожность, низкая стрессоустойчивость, слабый тип высшей нервной деятельности, акцентуированность и др.), с целью профилактики нервно-психических расстройств и психосоматических недугов. В рамках данного направления проводятся индивидуальные занятия, консультации с пациентами, направленные на оказание помощи по решению семейных, личных и личностных проблем, проводятся занятия по профилактике стресса, организации досуга и решению проблемы одиночества.

Большое значение приобретает групповая работа. Групповые занятия позволяют пациентам общаться друг с другом, обмениваться мнениями, решать личные и семейные проблемы. Занятия проводятся 2 раза в неделю, длительностью 1 час каждое. Проведение групповых занятий с пациентами, страдающими психическими заболеваниями имеет свои особенности, которые важно учитывать. Занятия с новой группой начинаются со знакомства и должны предоставлять свободу самовыражения и нести за собой преимущественно положительные эмоции. Непродуктивно в работе с такими пациентами применять оценочные суждения, делать сравнение их работ с другими. Необходимо демонстрировать безусловное принятие, одобрение. Продуктивными представляются похвалы, иногда просьбы, невербальные знаки внимания и расположения (улыбки, кивки и т. п.). После знакомства, на последующих занятиях, можно приме-

нять рисуночные методики, которые позволят лучше узнать членов группы (например, проективные тесты и тематические задания. Предлагая пациентам эти задания, важно подчеркнуть, что это не тест, не проверка чего-либо, а просто рисунок. Нужно стараться создать в группе непринужденную, доверительную атмосферу. При проведении группового занятия нужно очень тщательно дозировать своё внимание и пресекать претензии отдельных членов группы на лидерство и особое к себе отношение. Всё внимание одному пациенту может быть уделено дополнительно, после занятия, в ходе индивидуальной терапии.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИХ И СОМАТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Д.А. Турсункулова, Н.М. Шавази,
В.И. Лим., Б.И. Закирова*

Самаркандский медицинский институт
Самаркандский ф-л РНЦ экстренной медицинской помощи

E-mail авторов: korisarimi@gmail.com

Основной причиной перинатального поражения центральной нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста являются родовые травмы различной природы, общий наследственный фон организма, его генотип, определяющий характер реакции на то или иное внешнее воздействие.

Целью работы явилось изучение влияния соматогенных и наследственных факторы на развитие энцефалопатий у 102 новорожденных и детей раннего возраста.

Клинико-генеалогический анализ выявил более высокую частоту встречаемости перинатального поражения центральной нервной системы у родственников первой степени родства, в сравнении с родословными группы детей, не имевших ее (соответственно в 49,0% и 9,8%). Наследственная отягощенность по данным признакам оказалась более высокой при тяжелых формах энцефалопатии (52,9%), нежели при её среднетяжелых формах (31,4%) и тем более при легком течении заболевания (15,7%), что позволяет включить их в общий комплекс критериев определения группы "риска" и степени у каждого конкретного ребенка.

Наиболее значимыми соматогенными факторами явились: со стороны матери - перинатальная патология в родословной и у самой матери, экстрагенитальные воспалительные заболевания; соматическая и инфекционно-аллергическая патология; патология беременности; обменно-гормональные

нарушения; различные экологические и климатические вредности производства и жизни; со стороны плода и новорожденного ребенка – совокупность внутриутробной гипоксии и асфиксии, раннее отхождение околоплодных вод; грязные околоплодные воды; аспирация околоплодными водами, раннее искусственное вскармливание и его дефекты и другие.

Тщательный и целенаправленный анализ информации, с учетом изученных генеалогических данных, позволил условно выделить три самостоятельных варианта патогенной почвы в преморбиде наблюдаемых больных энцефалопатией: I - отягощенность 1-й степени родства и выявленные прямо связанные 2-4 значимых соматогенных патогенных факторов. II - отягощенность 2-й степени совместно с 5-7 значимыми соматогенными патогенными факторами. III - отягощенность 3-й степени родства и наличие более 7 таких факторов. Среди всех 102 наблюдаемых больных выявлены эти варианты со следующей частотой: 1-й – 19,6%; 2-й – 44,1%; 3-й – 36,3%. Относительно чаще встречается 2-й вариант степени преморбидной отягощенности, т.е. 5-7 факторов неблагоприятного воздействия на плод и новорожденного. Встречаемость наиболее выраженной степени отягощенности (2 и 3-й варианты) составляет 73,5%, тогда как меньшей (1 и 2-й) – 26,5%, т.е. с заметной разницей, как по процентной величине, так и по количеству новорожденных в этих сочетаниях вариантов. При анализе относящихся к отличиям между этими сочетаниями для тяжелых и средне-тяжелых форм энцефалопатий, различия оказались еще более заметными (соответственно 64,7% и 35,3%).

Таким образом, приведенные результаты делают вполне очевидным тот факт, что степень отягощенности преморбидной почвы вносит, вероятно, решающий вклад не только в раннее развитие болезни, но и в ее патогенез, определяя последующую тяжесть течения заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ПОЗДНИХ ДЕБЮТОВ ШИЗОФРЕНИИ

*А.И. Чеперин, Д.В. Четвериков,
С.С. Одарченко, М.И. Шеденко*

КПБ им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск
Омская ГМА

E-mail авторов: pontiac@list.ru

Проблема влияния процессов старения на клинические проявления шизофренического процесса предполагает выяснение двух вопросов: видоизменение шизофренических симптомов под влиянием процесса старения и появление у боль-

ных шизофренией новых симптомов, связанных с возрастными особенностями психической деятельности. Однако разрозненные литературные данные и, главное, клиническая практика, убеждают специалистов, что поздние дебюты шизофрении – не казуистика, а клиническая реальность, требующая пристального внимания как психиатров, так и всех специалистов, работающих с соответствующими возрастными контингентами. В этой связи представляем клиническое описание данной патологии. В геронтопсихиатрическом отделении Омская клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой в 2003-05 году нами наблюдалось 37 пациенток, страдающих шизофренией. Период эскалации симптоматики протекал по ряду клинических вариантов, описание которых представлено ниже

1. Параноидный тип. В структуре бреда доминировали преимущественно пресекудорные бредовые идеи преследования, ущерба, отравления, воздействия, направленные на пациентку и/или членов семьи. Фабула бредовых переживаний преимущественно касалась различных сторон проживания больных, сближаясь таким образом с «бредом малого размаха» и параноида жилья. Следует отметить, что данная группа пациентов представляла наибольшие дифференциально - диагностические сложности, поскольку отсутствие здесь галлюцинаторных переживаний, неоформленная негативная симптоматика, присущие пресенильному возрасту когнитивные расстройства и социальное снижение могли быть рассмотрены в рамках поздних психозов нешизофренической этиологии, главным образом – болезни Альцгеймера. Выраженная негативная симптоматика, а также комплексный клинико-социальный анализ жизненного пути пациента заставляет предполагать, что наблюдаемые нами психотические состояния развивались на фоне давно существующего эндогенного процесса, протекающего на амбулаторном уровне.

2. Галлюцинаторно-параноидный тип. В данных случаях речь идет о приступах шизофрении по типу синдрома Кандинского-Клерамбо. Мы наблюдали затяжные приступы полиморфной структуры, клиническая картина которых на начальных этапах представляла короткий период недифференцированной тревоги, протекающей с нарушениями сна, пищевого поведения и моторной возбужденности, к которой весьма быстро присоединялся параноидный компонент. На этом этапе происходила ретроспективная оценка предшествующего периода жизни пациента, многочисленные «догадки» в их особом отношении к пациенту складывались в стройную бредовую систему. Отметим характерную особенность данных расстройств. На данном этапе происходило лавинообразное расширение бредовых переживаний.