

нейродинамических особенностей мыслительной деятельности больных. Больные с очагом в правой лобной области ускорялись значительно больше, чем все остальные группы больных и группа здоровых испытуемых. Для этой группы больных показатель вработываемости коррелировал с количеством потерянных категорий. Тот, кто больше ускорялся, больше ошибался и прерывал начатую серию. Можно предположить, что это является проявлением импульсивности. Больным с очагом в левой височной области труднее удерживать правильный критерий решения, и они чаще прерывают уже начатые категории. Прерывание категорий связано с переключением на другое правило после появления карточки, по которой они делали неоднозначный выбор, либо они делали бессмысленный ход, который не соответствовал никакому правилу. Можно предположить, что карточка с неоднозначным выбором выполняла роль интерферирующего воздействия, и больные не удерживали в памяти критерий, по которому они собирали категорию. Факт, что наибольшее количество потерянных категорий было у больных с очагом в левой височной области ($p < 0,05$), может объясняться тем, что для удержания правильного критерия используется слухоречевая память. Выполнение теста больными с правополушарными очагами было близко к группе здоровых испытуемых.

Анализ операциональной стороны мышления проводился на группе с «успешным» выполнением. Так, больные с очагами в левой лобной и правой лобной областях различаются по легкости / сложности, с какой они собирают категорию в зависимости от текущего правила. Больным с очагом в правой лобной области труднее обрабатывать признак количества элементов на карточке ($p = 0,004$), но легче форму одного элемента. Вероятно, что количество элементов в пределах 1-4 распознается непосредственным холистическим схватыванием пространственной конфигурации, что может нарушаться при очагах в правом полушарии. А распознавание геометрической формы отдельных элементов требует выделения и распознавания фрагмента карточки, что вызывает затруднения при нарушении работы левого полушария.

ПРОБЛЕМЫ НЕСВОЕВРЕМЕННОГО НАПРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАН НА ОЧЕРЕДНОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ В ФИЛИАЛЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО ИТОГАМ РАБОТЫ ЗА 2007-2010 ГГ.

А.В. Пельмский, Г.А. Андреева

Главное бюро МСЭ по Тюменской области

Одним из показателей, характеризующих качество организации взаимодействия бюро МСЭ с лечебно-профилактическими учреждениями, является показатель несвоевременно направленных на очередное освидетельствование.

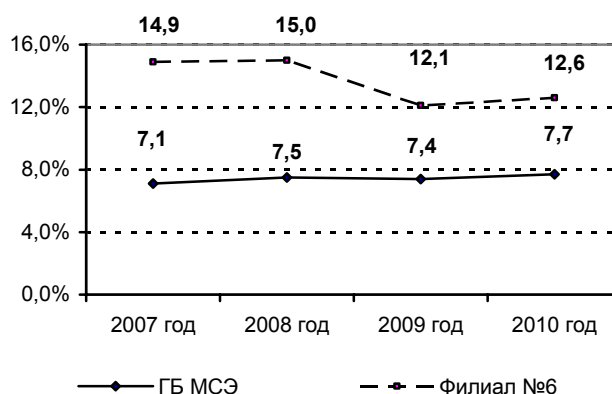


Рис. 1. Показатель несвоевременно направленных на переосвидетельствование в динамике за 2007-10 гг.

В филиале психиатрического профиля показатель несвоевременно направленных на МСЭ стабильно выше, чем в целом по учреждению (рис. 1). Так, в 2007-2010 гг. в динамике показатель несвоевременно направленных по учреждению составил: 7,1% - 7,5% - 7,4% - 7,7%, а в филиале №6: 14,9% - 15,0% - 12,1% - 12,6%. Для снижения данного показателя специалистами филиалов в ЛПУ ежемесячно направляются списки инвалидов, подлежащих переосвидетельствованию, за три месяца до окончания их срока инвалидности. Но, несмотря на это, показатель остаётся высоким. Пропуск переосвидетельствования зачастую приводит к негативным последствиям для больного — несвоевременная выплата пенсии, невозможность получить необходимые реабилитационные мероприятия и социальную помощь.

Цель исследования: изучить причины несвоевременного прохождения больными психиатрического профиля очередного освидетельствования и возможные пути устранения данной проблемы.

Специализированный филиал ФГУ «Главное бюро МСЭ по Тюменской области» располагается в г. Тюмени и обслуживает граждан 18 лет и старше психоневрологического профиля, проживающих в г. Тюмени, в Тюменском, Заводоуковском, Исетском, Нижне-Тавдинском районах и в психоневрологических интернатах Тюменской области.

В 2007-2010 гг. в филиал психиатрического профиля несвоевременно на очередное освидетельствование было направлено 1367 инвалидов, что составило 12,6% от числа переосвидетельствованных. Нами были проанализированы их медико-экспертные документы, проводилась оценка тяжести инвалидности, нозологической формы, места жительства и причин пропуска сроков освидетель-

ствования, т.е. факторов, которые, вероятно, могли бы повлиять на несоблюдение сроков очередного освидетельствования инвалидами с психическими расстройствами.

Результаты исследования.

При распределении инвалидов по месту жительства 53,4% являлись жителями города Тюмени, т.е. в равной степени жители города и сёл опаздывали на МСЭ. Это значит, что место жительства не является существенным фактором, влияющим на своевременность прохождения переосвидетельствования. Более половины обратившихся на МСЭ несвоевременно являлись инвалидами первой и второй групп инвалидности, их удельный вес составил 67,7%. Эти больные имели выраженные и значительно выраженные нарушения психических функций и, как следствие, существенное ограничение контроля за своим поведением.

При распределении несвоевременно направленных на переосвидетельствование по нозологическим формам доля инвалидов с шизофренией составила 40,9%, с умственной отсталостью – 38,8%, с ОПГМ – 19,9%, с прочими нозологиями – 0,4%.

Из общего количества несвоевременно направленных на МСЭ за исследуемый период 825 инвалидов пропустили сроки очередного освидетельствования по уважительной причине, их доля составила 60,4%.

Были проанализированы «уважительные» причины пропуска сроков очередного освидетельствования, выделено 4 группы причин:

1. Длительное обследование и оформление направительных документов на МСЭ в ЛПУ (53,2%).

2. Длительное пребывание на лечении в психиатрической больнице (31,3%);

3. Тяжесть психического состояния (8,4%).

4. Прочие причины (7,1%).

Таким образом, причинами несвоевременного обращения на МСЭ с целью переосвидетельствования инвалидов с психическими расстройствами являются имеющиеся у больного значительно выраженные или выраженные нарушения психических функций преимущественно вследствие шизофрении или умственной отсталости, а также отсутствие должного контроля лечащих врачей-психиатров ЛПУ за сроками инвалидности своих диспансерных пациентов.

СКАЛЬПОТЕРАПИЯ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

А.А. Поспелова, А.А. Михайлова

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

E-mail авторов: tropicanna@yandex.ru

В клинике дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) на начальных стадиях преобладают психовегетативные нарушения, которые наряду с небольшими когнитивными нарушениями формируют ядро клинической картины заболевания. Традиционно для их нивелирования применяются психотропные препараты, обладающие рядом побочных эффектов, которые могут особенно отрицательно сказываться у больных пожилого возраста, имеющих 2-3 хронических заболевания, в том числе сосудистого характера. Применение дополнительных нелекарственных методов лечения помимо прямого положительного воздействия на вегетативную, нервную, сердечно-сосудистую систему позволяет уменьшать побочные действия медикаментозных препаратов.

Цель исследования: оценка эффективности скальпотерапии у больных с ДЭ I и II ст.

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находилось 69 пациентов (51 женщина в возрасте $58,7 \pm 8,1$ г. и 18 мужчин в возрасте $58,1 \pm 8,9$ л.), проходящих стационарное лечение в ПКБ №12 с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия I и II ст. Среди основных жалоб были головокружение, головные боли, депрессивные, тревожные проявления, снижение трудоспособности, ухудшение концентрации внимания и памяти. В неврологическом статусе были выявлены легкие псевдобульбарный, вестибуло-атактический синдром. После проведения нейропсихологического тестирования было отмечено ухудшение концентрации внимания при проведении пробы Бурдона, значительное повышение личностной тревожности (тест Ч.Д.Спилберга и Ю.Л.Ханина), повышение показателей симпатической реактивности (тест А.М. Вейна). По результатам проведения теста СМЛЛ (Собчик Л.Н.) у больных было выделено 2 ведущих синдрома: депрессивно-ипохондрический (у 36% больных) и тревожно-депрессивный (у 64% больных). В соответствии с этими синдромами больные были разделены на 4 группы: 1) больные с тревожно-депрессивным синдромом, прошедшие курс скальпотерапии ($n=24$); 2) больные с депрессивно-ипохондрическим синдромом, прошедшие курс скальпотерапии ($n=14$); 3) больные с тревожно-депрессивным синдромом, контрольная группа ($n=15$); 4) больные с депрессивно-ипохондрическим синдромом, контрольная группа ($n=16$). Курс скальпотерапии состоял из 8-12 процедур продолжительностью сеанса 30 минут, с воздействием на зоны головокружения, координации движения, нарушения равновесия, психоаффективную, с последующей стимуляцией каждые 5-10 минут. В качестве психофармакотерапии больные всех групп принимали седативные, анксиолитические препараты, а также базовую сосудистую, ноотропную, антиагрегантную, гипотензивную терапию.