

признаков как инсомния, военное чувство вины выжившего, которое усиливается после каждого гневных «вспышек», специфические нарушения памяти и т.п.

Неотъемлемой частью структуры ПТСР помимо патологического гнева являлось агрессивное поведение (АП) комбатантов и агрессивные деструктивно-дефицитарные части Эго комбатантов (АП $r=0,408$, деструктивная агрессивность $r=0,451$, дефицитарная агрессивность $r=0,400$). Чем больше были дефекты личностного развития в форме блокирования и извращения нормальных форм проявления конструктивной агрессии, тем больше была вероятность развития признаков ПТСР. Возникающие психопатологические симптомы усиливали личностный дефект. АП являлось одним из главных факторов психо-социальной адаптации, действие его на усиление признаков ПТСР могло быть прямым, например, за счет оживления в памяти эпизодов военной агрессии, часто до flashbacks и т.п., и опосредованным, связанным со снижением социальной поддержки. образом, ПТСР в отдаленном периоде БС является производным от многих факторов: личностных, социальных, поведенческих.

Заключение.

Таким образом, ПТСР у комбатантов весьма существенно отличается от общепринятых классификационных критериев: малой зависимостью от БС, выраженной аффективно-стрессовой дисрегуляцией с интенсивным патологическим гневом, а также клинически значимыми проявлениями агрессивного поведения. Полученные данные определяют необходимость существенного дополнения или коррекции критериев диагностики военного ПТСР или рассмотрения боевых ПТСР в качестве особого клинического варианта.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ КАК СРЕДСТВО ОПТИМИЗАЦИИ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

А.Г. Крупкин

Московский ГМСУ

E-mail автора: rstar@list.ru

В связи с большой частотой депрессивных расстройств разного уровня у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2), особую важность приобретает проблема ранней диагностики депрессии и своевременного назначения адекватной антиде-

прессивной терапии. Врачи общего профиля не всегда распознают так называемую «скрытую» депрессию с преобладающими соматовегетативными расстройствами, ипохондрией, нарушениями сна, относя эти симптомы к проявлениям основного заболевания. Считается, что незамеченными у больных СД2 проходят 3 из 4 случаев депрессии, что ведет к ухудшению течения СД2, к нарушениям диеты, режима приема препаратов и, в конечном итоге, к неблагоприятному прогнозу.

Цель исследования: обосновать эффективность применения психометрических шкал для оценки психического состояния больных сахарным диабетом типа 2 для последующего подбора эффективной антидепрессивной терапии.

Материал и методы.

Исследование проведено в 2010-11 годах на базе Психиатрической больницы №15. Всего обследовано 20 больных с диагнозами рекуррентное депрессивное расстройство (F33), органическое астеническое расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.3), депрессивный эпизод, впервые выявленный (F32). 10 больных составляли группу с сопутствующим сахарным диабетом типа 2 (1 группа), другие 10 пациентов (без СД2) составляли контрольную группу (2 группа). Оценка состояния больных проводилась с использованием психометрического метода — шкал HDRS-21 (Шкала Гамильтона для оценки депрессии, Hamilton M., 1967) и CGI-S (Шкала общего клинического впечатления, тяжесть заболевания, Guy W., 1976).

Результаты исследования: выявлено, что шкала HDRS является простым и надежным методом оценки аффективного статуса больных с коморбидным СД2. Распространенность этой шкалы в клинической практике, наличие общедоступных руководств по ее использованию обуславливает возможность ее применения клиницистами, не имеющими психиатрического образования. Средний балл (24) по шкале HDRS в первой группе больных оказался выше, чем во второй группе (19), что может указывать на относительно тяжелое течение депрессивных расстройств у больных СД2. В первой группе у всех больных отмечалось преобладание нескольких пунктов шкалы над прочими — бессонница, соматическая тревога, общие соматические симптомы и снижение работоспособности, которые квалифицировались как сильные и очень сильные в 80% случаев, в то время, как во второй группе общий балл формировался за счет средних и легких оценок в 15 пунктах. Такие данные позволяют осуществлять подбор антидепрессивной терапии с учетом влияния препаратов на отдельные компоненты депрессии.

Средний балл по шкале CGI-S в первой группе (5 баллов) также выше среднего балла второй группы (3 балла). Кроме того, при ретроспективной оценке заболевания отмечено значительное ухудшение субъективного отношения больных к

своему психическому состоянию с присоединением СД2.

Выводы.

Использование психометрических шкал при исследовании психического состояния больных сахарным диабетом типа 2 существенно повышает качество диагностики, позволяет более взвешенно подойти к выбору необходимой терапии, минимизируя, таким образом, частоту побочных эффектов, увеличивая эффективность лечения основного заболевания, и снижая расходы на лечение. Использование шкалы CGI-S способствует уточнению течения депрессивного расстройства, своевременной корректировке антидепрессивной терапии.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И СТРУКТУРЫ РЕЧИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

Н.И. Куценко

Тюменская ОКПБ

E-mail автора: kutsenko-lilia@mail.ru

Олигофрения – это врожденный или в возрасте до 3-х лет приобретенный полиструктурный дефект, где интеллектуальная и речевая ущербность выступает на передний план.

Цель исследования: оценить ведущие клинические проявления интеллектуальных и речевых нарушений у детей с олигофренией различной степени выраженности.

Материал и методы: методом случайной выборки просмотрены заключения врачебной комиссии в 100 амбулаторных картах детей с олигофренией в различных степенях дебильности и нерезко выраженной имбецильности (заключения логопеда имеются).

Распределение по полу: 35 девочек и 65 мальчиков (соотношение 1:2). Возраст детей с 3-х до 14 лет. Этиологический аспект нозологической обусловленности указанной группы олигофрении рассмотрен по рубрикам:

- перинатальная патология инфекционно – интоксикационного регистра;
- родовая травма и асфиксии;
- черепно-мозговые травмы до трехлетнего возраста;
- органическое поражение головного мозга различного генеза и сочетанные причины.

Проведенный нами анализ показал, что до 85% детей с умственной отсталостью имеют речевую патологию, выражающуюся в специфических нарушениях фонетики, лексики и грамматики.

У этих детей сужен набор слов, снижено количество слов соответственно возрастным градациям, слова чаще привычного бытового аспекта, олигофазичность, задержка развития речи. Нет модулированной, адекватно интонационно окра-

шенной речи. Речевые стереотипии, паузы, замедление темпа речи.

Полигамны нарушения произношения звуков («с» - «з», «ш» - «ж»...), слухоречевого восприятия (чаще у детей с анатомическим дефектом строения речевого аппарата). Бедность словаря отражена в особенностях лексики – ребенок не знает названия в чем-то сходных между собой предметов, например: «варежка» - называет все, что одевается на руку (перчатки, рукавицы).

Преобладает пассивный словарь над активным. Дети употребляют слова различной меры общности – один и тот же предмет обозначают как конкретно, так и обобщенно – не сформирована обобщающая функция слова (например: береза, ель, сосна – не обобщает: «деревья» и т.д.).

Дети с олигофренией, в большинстве случаев, не могут «укрупнить» и «разукрупнить» предметы; увеличить – уменьшить. Например, изображены «ягоды» - не называет вид, размер, характеристику цвета, оттенок, сколько их, не употребляет уменьшительное «ягодки» и т.д.

Умственно отсталые дети, словом неточно обозначают и действие предметов, хотя делать могут верно (например: двигает машинку – «она лезет»); не используют приставочные формы глаголов (например: действие «вышел», «зашел», «перешел» - называют одним словом «идет»).

Значительно снижено анализирующее восприятие качества предметов (для больных олигофренией характерно использование 1 – 2-х качеств), например: снег – «белый», «холодный» и все; не говорят – «искрящийся», «пушистый», «скрипучий» и так далее. Часто не могут сравнить «снег» и «мороженое» в многообразии различий.

Для пациентов с олигофренией характерна простая фраза – простое повествовательное предложение с наполняемостью в 3-4 слова (тогда, как у детей с нормальным интеллектом 6-8 слов). Нарушена структура фразы – нет «объекта» (например: «у него клюв», требуется наводящий вопрос – у кого «у него»? Ответ: «птицы» - У какой птицы? И так далее). Или нет отражения «движения» предмета (например: «белка», необходим дополнительный вопрос «что делает?», ответ: «сидит», вопрос – «как сидит? На чем?») без дополнительного уточнения не скажет. Нарушено согласование в роде, числе и падеже – с трудом употребляются слова в творительном и предложном падежах, в других – нет; как правило, только в именительном.

Нет причинно – следственных связей в построении предложений (например: «в связи с тем, что..., а заменяется «и пошел»).

Не выработан темп речи (без пауз, «монолог», взхлеб, излишняя эмоциональная окраска или монотонность, замедленная речь, сбивчивая, скандированная). Нет в достаточной мере понимания прочитанного (здесь страдает мышление.) Снижена и речевая активность, задержка развития речи, особенно словотворчества: если у здоровых детей