

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.

Результаты исследования:

У больных 1-й и 2-й групп, получавших скальпотерапию, улучшение наступило достоверно быстрее, чем у больных 3-й и 4-й групп. Отмечался регресс симптоматики на 3-4 процедуре, уменьшалась выраженность головной боли, головокружения. В 1-й и 2-й группах уменьшился уровень реактивной тревожности по сравнению с контрольными группами, однако уровень личностной тревожности оставался повышенным. По результатам корректурной пробы Бурдона отмечалось достоверное улучшение ($p < 0,05$) в 1-й и 2-й группе, по сравнению с 3-й и 4-й группами. По результатам тестирования СМИЛ в 1-й группе произошло достоверное снижение по шкалам F, 1, 2, 3, 7, 8 ($p < 0,05$) по сравнению с исходными результатами тестирования и достоверно более выраженное снижение по шкалам 1 ($p = 0,056$) и 8 ($p = 0,084$) по сравнению с контрольной группой. У больных 2-й группы отмечалось снижение по шкалам 1, 3, 7, подъем по 9 шкале по сравнению с 4-й группой ($p < 0,05$).

Таким образом, дополнительное к психофармакотерапии применение скальпотерапии целесообразно у больных с психовегетативными нарушениями с ДЭ, поскольку помогает улучшать концентрацию внимания за счет активирующего влияния на кору головного мозга, способствует улучшению мозгового кровообращения за счет улучшения регуляции сосудистого тонуса, улучшения оттока венозной крови от черепа, что обладает вестибулолитическим действием, положительно влияет на тревожные и депрессивные проявления ДЭ.

СИСТЕМНЫЕ МЕХАНИЗМЫ СТАНОВЛЕНИЯ СИНДРОМАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ДЕМЕНЦИИ

А.П. Сиденкова

Уральская ГМА, г. Екатеринбург

E-mail автора: sidenkovs@mail.ru

Актуальность проблем поздних деменций помимо их высокой распространенности обусловлена сложной полиморфной синдромальной структурой, определяющей трудности курации этих больных. В ходе обсервационного исследования 214 семей пациентов с деменциями альцгеймерского и сосудистого типов, проводимого с 2004 по 2009 г.г., на базе Свердловской областной клинической психиатрической больницы, выявлено взаимное влияние факторов, связанных с течением, структурой деменции на параметры жизнедеятельности ухаживающих лиц и влияние отдельных аспектов особенностей аффективного взаимодействия, степени толерантности, уровня распознавания болез-

ненных расстройств со стороны ухаживающих на становление деменции. С позиций комплексного системного подхода сформулирована психосоциальная модель поздних деменций, объясняющая механизм становления структуры синдрома слабоумия, в ее основу положено представление о человеке как о динамической рефлекслирующей системе с постоянным стремлением поддержания гомеостаза как биологических, так и социальных параметров собственного функционирования.

В контексте данного представления, когнитивные (познавательные) функции детерминируют качество чувственного познания (перцептивная составляющая: получение и распознавание (декодированием) мультимодальных сигналов среды), рационального познания (семантическая и категориальная оценка поступающей информации, ее опосредование к прошлому опыту, актуальному состоянию) и формирование адекватного (по характеру и содержанию) ответа среде.

В условиях когнитивного расстройства (крайним проявлением которого является деменция) происходит нарушение процесса познания как на этапе чувственного восприятия поступающего извне информационного шума (под информационным шумом понимается недифференцированный по содержанию поток внешних раздражителей любой модальности), так и на этапе семантической переработки информации и формирования ответа. Познавательные функции активного внимания, гнозиса, речи (сенсорный и семантический компоненты) являясь базисными для начальных этапов познания, опосредованно через мнестические, синтетические мыслительные процессы позволяют соотносить принятый и первоначально декодированный шумовой сигнал с актуальными потребностями индивида, консолидировав его, сформировать ответ в приемлемой для среды форме. Таким образом, при деменциях в условиях дефицита познавательных функций происходит нарушение дифференциации поступающих сигналов (причем как внешних, так и внутренних), потенциально значимый для больного сигнал может не дифференцироваться как значимый, восприниматься как индифферентный, не стимулирующий к ответу среде, либо может восприниматься искаженно с последующим ответом в контексте этого искажения.

Нейродинамические нарушения, сопровождающие нарастание деменции ведут к усилению фрустрации индивида в условиях поступающей информации, поскольку количество «необработанных» и «неотвеченных» сигналов среды растет. Отсутствие семантической дифференцировки интенсивно поступающей извне информации с сохраняющейся регистрацией поступления нового сигнала вновь и вновь фрустрирует, что феноменологически проявляется симптомами аберрантного поведения, ажитации, сопротивлением попыткам ухода и помощи.