

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Климович А.С.¹, Копытов А.В.²

¹ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

Актуальность. Больные алкогольной зависимостью (АЗ) и психическими расстройствами, осложненными АЗ, в последнее время значительно чаще направляются на МРЭК. Это вызвано увеличением числа страдающих АЗ и сравнительно быстрым привыканием к алкоголю психически больных. АЗ, как и любая болезнь человека, возникает и развивается в результате сочетания средовых и генетических факторов, представляя собой нарушения адаптации организма и личности к социальной среде. АЗ представляет на сегодняшний день около 40% доли дисперсии в структуре всех психических заболеваний в Республике Беларусь. Термин «алкогольная» в структуре клинического диагноза иногда вызывает скепсис у некоторых экспертов. Субъекты, имеющие достаточно серьезные изменения в психической и соматической сфере, как последствия АЗ, незаслуженно остаются без должного внимания экспертов, без социальной помощи.

По данным ВОЗ (1997), в мире насчитывается около 120 млн больных алкогольной зависимостью, а показатель распространения равен 2%. По данным заведующего сектором наркологии ГУ «РНПЦ ПЗ», на 1 декабря 2011 года в Республике Беларусь состояли на учете по поводу АЗ 179014 человек. Из них 16972 подростка до 18 лет на профилактическом учете и 65 с верифицированным диагнозом СЗА. По данным ВОЗ, Республика Беларусь входит в число девяти государств с экстремально высоким показателем потребления алкоголя (соответствует ≥ 15 литров этанола на человека в год).

Цель исследования: обоснование применения клинико-функционального диагноза при экспертной оценке состояния трудоспособности у пациентов, страдающих АЗ.

Задачи: произвести клиническую оценку психопатологических нарушений у пациентов с АЗ; произвести ретроспективную оценку социального статуса; произвести оценку реабилитационного потенциала; обосновать критерии оценки трудоспособности и ограничения жизнедеятельности с учетом функционального класса.

Материалы и методы. При проведении исследования были проанализированы психическое состояние и неврологический статус 58 больных с АЗ, проходивших стационарное лечение в ГУ «РНПЦ психического здоровья». Из них соответствовали критериям второй стадии зависимости – 26 человек, с 3-й – 32 человека.

Результаты исследования. При ретроспективной оценке социального статуса выявлено, что большинство из них в прошлом являлись высококвалифицированными специалистами. У больных со второй стадией АЗ клинически определялись снижение личностных ресурсов в виде снижения интеллектуального, мнестического, нравственного потенциала. В этой стадии у больных наблюдались алкогольные психозы. Изменения личности характеризовались нравственным снижением, появлялись грубость в отношениях с окружающими, лживость, аффективные колебания настроения. Наблюдались выраженные ухудшения когнитивных функций, отмечалось снижение критики к состоянию и поведению. Переход из второй стадии в третью определялся новыми клиническими паттернами, которые были обусловлены развивающейся токсической энцефалопатией, что свидетельствовало об утяжелении болезни. В третьей стадии АЗ отмечалась грубая социальная, психическая и физическая деградация, что приводило к утрате способности к профессиональному труду.

При решении вопросов медико-социальной экспертизы необходимо учитывать не только стадию развития болезни, но и: тип течения /прогредиентный(ПР), стацио-

нарный (СТ), ремитирующий (РМ), регрессионный (РГ)/; тип деградации /психопатоподобный (ПХП), органический (ОРГ) и смешанный (СМ)/; наличие коморбидных расстройств /шизофрения (ШЗ), расстройства личности (РЛ), последствия экзогенно-органических заболеваний (ЭОЗ), эпилептическая болезнь (ЭБ), невротические расстройства (НР)/.

Медико-экспертной комиссии при решении вопросов трудоспособности пациентов с данной категорией расстройств необходимо учитывать реабилитационный потенциал с целью решения вопросов профилактики инвалидности.

В зависимости от психических нарушений и социальных характеристик пациенты с АЗ подразделяются на три клинические интергративные группы: с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала. Высокий уровень характеризуется спонтанными или стойкими терапевтическими ремиссиями, в большинстве случаев отсутствуют соматические заболевания, критика к болезненному состоянию в значительной степени сохранена, имеется обоснованное желание избавиться от болезни. Мотивация на участие в реабилитационных мероприятиях носит добровольный характер. Прогноз в основном благоприятный. При среднем уровне участие в реабилитационном процессе носит преимущественно добровольно-принудительный характер с целью налаживания и улучшения отношений с родителями или другими социально значимыми лицами, избегания наказания и т.п. Низкий уровень реабилитационного потенциала наблюдается у больных АЗ с наличием семейного наследования, наркопатологией или психическими заболеваниями. Характеризуется тяжелой деградацией личности, продолжительность заболевания более 5 лет, быстропрогредиентное течение. В зависимости от уровня реабилитационного потенциала проводятся мероприятия по реабилитации. Прогноз трудоспособности благоприятный при высоком уровне реабилитационного потенциала. Сомнительный – при среднем, и неблагоприятный при низком.

При принятии решений врачами экспертам-психиатрам МРЭК необходимо учитывать степень выраженности основных синдромов, а также ограничения жизнедеятельности (функциональный класс/ФК/) по семи категориям и степень выраженности по четырем степеням выраженности. Данные представлены в таблице.

Таблица

Стадия б-ни	Степень прогредиентности	Тип течения	Тип деградации	КП Р	КСР	ОЖ по 7 категориям	Степень выраженности ОЖ	РП
I II III	Высокая Средняя Низкая	ПР СТ РМ РГ	ПХП ОРГ СМ	ШЗ РЛ ЭБ НР	Цирроз Полиневриты Другие соматические заболевания	1.Передвижение 2.Самообслуживание 3.Общение 4. Контроль поведения 5.Ориентация 6. Способность к обучению 7.Способность к труду	Легкое нарушение – ограничение по ВКК Умеренные нарушения – III гр. Значительные нарушения – II гр. Полное нарушение – I гр.	ФК1 высокий ФК2 средний ФК3 низкий

КПР – коморбидные психические расстройства; КСР – коморбидные соматические расстройства; ОЖ – ограничение жизнедеятельности; РП-реабилитационный потенциал

Заключение. В статье представлена актуальность проведения медико-социальной экспертной оценки пациентов, страдающих алкогольной зависимостью. Приведены критерии экспертной оценки с учетом клинических особенностей заболевания, уровней реабилитационного потенциала и функционального диагноза, основывающегося на степени выраженности ограничения жизнедеятельности. Критерии необходимо учитывать в работе МРЭК.

Литература

1. Климович, А.С. Медико-социальная экспертиза и реабилитация психически больных/ А.С. Климович. – Минск: Изд. Центр БГУ, 2011. – 408 с.

2. Климович, А.С. Роль трудовой терапии в системе комплексной реабилитации пациентов с психическими и поведенческими расстройствами. Опыт Германии/ А.С.Климович, А.В. Копытов// Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации больных и инвалидов: материалы Международной научно-практической конференции, Минск, 21-22 мая 2010 г. – с. 194-198.

3. Копытов, А.В. Медико-социальная экспертиза больных с алкогольной зависимостью/ А.В. Копытов, А.С.Климович//Психиатрия и современное общество: Материалы 3 съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь, г. Минск, 3-4 декабря 2009г. – Минск, 2009. – С. 134-135.

4. Копытов, А.В. Обоснование некоторых реабилитационных программ у больных с зависимостью от психоактивных веществ/ А.В. Копытов, А.С. Климович, В.Г. Обьедков// Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. научных статей, вып. 11 – Минск, 2009 – с.181-186.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ МУЖСКОГО ПОЛА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Копытов А.В.¹, Обьедков В.Г.², Голоенко И.М.³

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»

³Лаборатория нехромосомной наследственности ИГЦ НАН Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь

Введение. По данным ВОЗ, Республика Беларусь входит в число девяти государств с экстремально высоким показателем потребления алкоголя (соответствует ≥ 15 литров этанола на человека в год) [6].

Одним из наиболее значимых клинических факторов алкогольной зависимости (АЗ) является темп ее формирования, для которого прогрессивность является одним из надежных критериев разделения на различные формы (варианты) течения заболевания. В большинстве зарубежных типологических схем клинические критерии либо вообще не находят применения, либо используются в качестве вспомогательных. Заболевание рассматривается не с позиций его течения, а в "поперечном разрезе" – статически.

Обычно выделяются три формы течения алкоголизма, характеризующиеся высокой, средней и малой степенью прогрессивности [3]. Для оценки прогрессивности преобладающим ориентиром служит алкогольный абстинентный синдром, а именно, сроки его формирования от начала систематического злоупотребления алкоголем. Преморбид, тяжесть клинической картины, курабельность и т.д. тесно связаны со скоро-