

3. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. М.: УМК «Психология», 2006.

4. Киспаева, Т. Т. К вопросу о когнитивной реабилитации пациентов, перенесших острый церебральный инсульт // Лечащий врач. – 2010. № 10. – С. 70-73 .

5. Blumenfeld H. Consciousness and epilepsy: why are patients with absence seizures absent? Prog Brain Res. 2005; P.271–286.

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДОВ СОМАТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ К ДИАГНОСТИКЕ ДЕЛИРИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Меркин А.Г., Борисов И.В., Шушкевич А., Савельев Д.В.

Институт повышения квалификации ФМБА России
ГКБ №71; ССиНМП им. А.С. Пучкова,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Спутанность сознания (СС) является распространённым психическим нарушением в контингенте гериатрических больных общесоматических стационаров. Частота её развития среди госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста может достигать 14-56% [Branski S.H., 1998], [Inouye S.K. et al., 1996].

При этом диагностика СС у гериатрических пациентов представляет собой проблему не только для врачей-интернистов, но даже и для психиатров. Прежде всего, это вызвано тем, что клиническая картина СС может быть достаточно стёртой вследствие отсутствия яркой аффективной патологии и психотической продукции и нарастающего полиморфизма из-за сочетания делирия с другой соматической и психической патологией [Derouesné C. et al., 2007]. В связи с этим, несмотря на высокую распространённость спутанности в гериатрической общемедицинской практике и достаточно пристальное внимание к ней со стороны специалистов, распознавание медицинскими специалистами этой патологии остаётся достаточно серьёзной проблемой. Так, психопатологические нарушения у гериатрических пациентов с делирием в соматической больнице, по некоторым данным, выявляются лишь в 13% случаев, а около 30% пациентов, имеющих делириозные нарушения, выписываются домой [Lewis L.M. et al., 1995].

Цель исследования. Уточнение частоты выявления, уровня распознавания и неправильной диагностики случаев спутанности сознания в условиях городского общесоматического стационара

Материалы и методы. Всего в терапевтическом отделении были обследованы 33 человека 65 лет и старше. Первоначально проведён опрос врачебного и среднего медицинского персонала терапевтического и травматологического отделений с целью выявления пациентов, которые, по мнению респондентов, имели психические расстройства, выражающиеся в спутанности сознания/делирии. Респондентами оценивались ориентировка больных, расстройства памяти, сложности межперсональной коммуникации (в том числе, возможность словесного и когнитивного контакта), наличие психомоторного возбуждения и делался субъективный вывод о наличии спутанности.

После этого, для определения психического состояния больных и выявления возможной СС, психиатром проводился клинический осмотр всех пациентов 65 лет и старше, находившихся в отделении, включая пациентов, расцененных соматическим медицинским персоналом как страдающих делирием. Психиатром применялись клинический психопатологический и психометрический методы обследования. Для оценки когнитивных функций пациентов использовался психометрический Мини-тест оценки

психического состояния (Mini-mental state examination) (MMSE) [Folstein M.F. et al., 1975].

Таким образом, был проведён тотальный скрининг пациентов пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в терапевтическом отделении городского многопрофильного общесоматического стационара.

Результаты. Была установлена значительная разница в субъективной оценке психического состояния пациентов у соматических специалистов и психиатра. Так, в терапевтическом отделении отмечалась гипердиагностика спутанности соматическими специалистами: 111% от всех больных со спутанностью сознания, выявленных психиатром. То есть, количество больных со спутанностью сознания, выявленных психиатром клинико-психопатологическим методом и оценкой по шкале MMSE, составило лишь 90% от числа пациентов, оценённых медперсоналом терапевтического отделения как больные с делирием.

Заключение. Западная медицина, пытающаяся рационализировать подходы к диагностике и исключить субъективное толкование клинической картины каждым специалистом в отдельности, в установлении делириозного помрачения сознания уделяет особенное внимание психометрическому исследованию психического состояния в сравнении с клинико-психопатологическим методом, для чего используются различные оценочные шкалы (CAM, MMSE). При всех несомненных достоинствах указанного подхода в отношении стандартизации и объективизации психиатрического освидетельствования, зачастую это приводит к результатам, противоположным от желаемого стремления к точности клинического диагноза. Демонстрацией этого является уровень нераспознавания делирия, отражаемый в работах многих западных специалистов.

В то же время, в отечественной медицине в психиатрической сфере предпочтение обычно отдаётся не параклиническим методам исследования, а клиническому толкованию наблюдаемых симптомов, основывающемуся, в первую очередь, на собственном субъективном клиническом опыте. В том числе, это касается и медицинского персонала соматических отделений. Однако в силу того, что психиатрическая подготовка соматических врачей и среднего медперсонала не всегда является достаточной, опора на субъективный клинический опыт порой оказывается не совсем эффективной, вследствие чего допускаются ошибки диагностики, которые и обсуждаются в настоящем исследовании.

С этой точки зрения, результаты оценки выявляемости делирия в терапевтическом отделении в виде гипердиагностики могут быть обусловлены, прежде всего, влиянием аффективной настроенности: опасениями врачей-интернистов за нахождение в общем отделении пациента с любыми психическими нарушениями. В результате многие из наблюдавшихся у больных особенностей поведения, не обязательно являвшиеся психопатологическими, но отличавшие их от других больных, трактовались как спутанность сознания. Прежде всего, это касалось тревоги за своё здоровье и последующей назойливости к медперсоналу, лабильности аффекта, частого отсутствия больного в палате, излишней общительности, в особенности, если указанные черты присутствовали у пациентов с тревожившими врачей анамнестическими сведениями (например, злоупотребление алкоголем).

Таким образом, полученные результаты подтверждают высокую потребность врачей соматического звена в психообразовательных мероприятиях, призванных повысить уровень распознавания психических заболеваний, а также определяют необходимость выработки стандартизированного подхода к диагностике делирия с более активным использованием соматическими специалистами (прежде всего, средним медицинским персоналом) методов психометрической оценки психических функций перед процедурой вызова психиатра. Это будет способствовать уточнению характера на-

блюдаемого психопатологического состояния и, соответственно, более точному обоснованию вызова психиатра.

Литература

1. Branski S.H. Delirium in Hospitalized Geriatric Patients // The American journal of nursing. – 1998. – Vol. 98. – № 4. – P. 16D-16L.
2. Derouesné C., Lacomblez L. Les états confusionnels // Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement. – 2007. – Vol. 5. – № 1. – P. 7-16.
3. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. «Mini-Mental State»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of Psychiatric Research. – 1975. – Vol. 12. – № 3. – P. 189-198.
4. Inouye S.K., Charpentier P.A. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability // The journal of the American Medical Association. – 1996. – Vol. 275. – № 11. – P. 852—857.
5. Lewis L.M., Miller D.K., Morley J.E., Nork M.J., Lasater L.C. Unrecognized delirium in emergency department geriatric patients // American journal of emergency medicine. – 1995. – Vol. 13. – № 2. – P. 142–145.

АГРЕССИЯ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Наконечная Е.А.¹, Копытов Д.А.¹, Куликовский В.Л.¹, Бутромеева Е.А.²

¹ГУ «РНПЦ психического здоровья»

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

Существуют очевидные доказательства, что потребление алкоголя связано с агрессией. Точная природа этих отношений полностью не понята. Некоторые исследователи утверждают, что, особенно для подростков и молодых людей, могут быть причины, которые делают их склонными и к агрессии, и к тяжелому, частому употреблению алкоголя. Потенциальные отношения алкоголя и агрессии включают особенности личностной predisposition, такие как связь агрессии и с употреблением алкоголя в юности, агрессии и антисоциального поведения в молодости [1]. Точно так же компоненты семейного фона, такие как разводы, бедность, молодой возраст матери могут быть факторами, которые влияют и на зависимое, и на асоциальное поведение.

Употребление алкоголя зачастую связано с межличностной агрессией. Эта ассоциация была выявлена с помощью корреляционной связи в экспериментальных исследованиях, в которых показано, что алкоголь присутствовал приблизительно у 50% лиц, совершивших тяжкие преступления. Установлено, что наибольшее влияние на агрессивное поведение оказывают острые эффекты алкоголя, а не хронические [2].

Сегодня задача исследователей состоит в том, чтобы определить "профиль риска", который идентифицирует прогностическую вероятность агрессивности в состоянии опьянения.

Дизайн исследования: клиническое обсервационно-аналитическое исследование с использованием направленного формирования групп методом случай-контроль.

Цель исследования: определить клинические и социальные проявления агрессии у подростков и молодых людей мужского пола для обоснования рекомендаций для лечебно-профилактических программ с целью повышения их эффективности.

Задачи исследования: изучить клинические и социальные проявления агрессии у лиц подросткового и молодого возраста, страдающих АЗ; изучить клинические и социальные проявления агрессии у лиц группы контроля; провести сравнительный анализ