

Г.Я. Пилягіна

Діагностика, принципи лікування та комплексної реабілітації хворих з тяжкими органічними психічними розладами

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.1(3):60-66; doi 10.15574/IJRP.2016.01.60

У статті узагальнюються критерії діагностики, принципи лікування і комплексної реабілітації хворих з тяжкими органічними психічними розладами. Діагностична оцінка тяжкості таких порушень повинна враховувати тяжкість морфо-функціонального ураження головного мозку, перебіг і нозологічну приналежність розладів, а також ступінь порушень психосоціальної продуктивності. Ефективне терапевтичне ведення таких хворих засноване на поєднанні фармакотерапії з комплексною психосоціальною реабілітацією, що включає тренінг когнітивних функцій і психокорекційну допомогу хворим, а також психоосвітницьку роботу з родичами та особами, що доглядають за пацієнтами, їхню психологічну підтримку. Підкреслюється, що своєчасність, послідовність і комплексність при проведенні психосоціальної реабілітації істотно підвищують можливості компенсації нейрокогнітивного дефіциту в таких хворих.

Ключові слова: органічні психічні розлади, деменція, діагностика, терапія, психосоціальна реабілітація.

Органічні психічні розлади (ОПР), зокрема внаслідок ураження головного мозку, займають одне із провідних місць у сучасній психопатології [16,18]. Ці порушення дуже різноманітні з точки зору їх генезу, клінічних проявів та характеру перебігу. Але, головне, що помірні, тяжкі та вкрай тяжкі ОПР є економічно обтяжливими як для суспільства й системи охорони здоров'я нашої країни, так і для самих пацієнтів та їхнього оточення [12, 14, 16, 18]. Такі хворі потребують тривалого лікування та догляду, а також обов'язкового застосування комплексної психосоціальної реабілітації (КПР). У зв'язку з величезною кількістю таких пацієнтів і різноманітністю клінічних проявів, характеру прогресивності та тривалості лікувально-реабілітаційних заходів, вкрай актуальними стають питання оптимізації ведення хворих з тяжкими ОПР. Це потребує відповіді на наступні питання: як визначити тяжкість ОПР та яка стратегія терапевтичного втручання при тяжких ОПР допоможе якісно зменшити психологічне і соціально-економічне навантаження від цих розладів, поліпшити психофізичний стан та якість життя хворих.

Метою роботи є узагальнене формулювання принципів діагностики і лікування хворих з тяжкими ОПР, визначення загальної моделі їх КПР з метою оптимізації стратегії терапії та тривалого ведення таких пацієнтів.

Як визначити тяжкість ОПР? Відповідь на це запитання ґрунтується на удосконаленні діагностичних підходів щодо цієї дуже гетерогенної за етіопатогенезом та перебігом групи станів. Визначення тяжкості ОПР ґрунтується на наступних базових принципах.

1. Тяжкість морфо-функціонального ураження головного мозку.

Незважаючи на відносність цього критерію, його визначення можливе за допомогою оцінки виразності нейрокогнітивного дефіциту у конкретного хворого [2, 9, 11]. За кількістю та якістю втрати функцій, що відповідають за психічну діяльність, характеризують ступінь неврологічних порушень та обумовлюють синдромальну і нозологічну приналежність ОПР.

2. Перебіг розладів внаслідок морфо-функціонального ураження головного мозку.

Мова йде про визначення, по-перше, зворотності, а саме можливості якісної функціональної

компенсації порушень психічної діяльності та роботи ЦНС, чи незворотності таких ушкоджень; по-друге, про з'ясування гостроти клінічних проявів і глибини психопатологічних порушень, що викликані морфо-функціональним ураженням головного мозку. Обидві характеристики обумовлюють психопатологічні синдроми, що фіксуються у хворих [10, 13, 16]. За класифікацією А.В. Снежневського, до продуктивних психопатологічних синдромів, що виявляються при тяжких ОНР, належать: розлади свідомості, дисмнестичний, психоорганічний, галюцинаторно-параноїдний або парафренний та судомний; а до негативних – регрес особистості, амнестичний та дементний [16]. До зворотних уражень головного мозку належать інсульти, крововиливи, запалення мозку чи мозкових оболонок, новоутворення, черепно-мозкові травми з мінімальним ушкодженням, некрозом кори головного мозку або/та субкортикальних структур, а до незворотних – усі наведені вище захворювання і травми, а також будь-які прогресуючі дегенеративні процеси з атрофією, ушкодженням та некрозом великих ділянок кори головного мозку або/та його субкортикальних структур. При зворотних ураженнях гострі порушення функціонування ЦНС та психічної діяльності спостерігаються переважно на першому етапі захворювання, при незворотних можуть з'явитися на будь-якому його етапі.

Обидва зазначені діагностичні критерії ґрунтуються на з'ясуванні соматоневрологічної патології, котра етіопатогенетично зумовлює виникнення ОНР, виявляється у більшості хворих, особливо в осіб у віці понад 50 років, та кваліфікується згідно IV вісі МКХ-10 «Соматичні розлади, що найчастіше зустрічаються при психічній патології». Якісне діагностування соматоневрологічних порушень допомагає визначити ступінь неврологічного дефіциту, котрий має безпосередній взаємозв'язок з особливостями психопатологічної симптоматики та обумовлює терапевтичну стратегію щодо таких хворих.

3. Ступінь порушень психосоціальної продуктивності, що визначається за критеріями VI вісі МКХ-10 «Загальна оцінка порушень психосоціальної продуктивності».

Це рівень зниження психосоціальної компетентності, що характеризує особливості психосоціального і трудового функціонування хворого у контексті його психофізичних і соціальних можливостей на момент діагностичного дослідження та враховуючи перебіг його стану після виникнення ОНР. Порушення психосоціальної продуктивності при тяжких ОНР характеризуються: 1) нездатністю до продуктивного функціонування в повсякденному житті (хворий для підтримки повсякденного

функціонування потребує певного або постійного поточного нагляду та догляду з боку сторонніх, частково або повністю не здатний самостійно задовольняти повсякденні потреби у харчуванні, гігієні, пересуванні, спілкуванні, різноманітності занять та інтересів); 2) серйозними порушеннями соціальної продуктивності (повна втрата працездатності, дуже значне погіршення можливостей до навчання, істотне обмеження соціальної активності та інтересів, суттєві труднощі й порушення у відносинах та спілкуванні з оточуючими, суттєва або повна нездатність виконувати обов'язки у родині, неспроможність долати нові соціальні ситуації без допомоги оточуючих). Тобто за цим критерієм у хворих з тяжкими ОНР обов'язково виявляється значне порушення інтелектуально-мнестичних функцій, емоційного реагування і поведінки та вкрай істотне погіршення повсякденного функціонування і психосоціальної компетентності.

4. Нозологічна приналежність.

Вона визначається діагностичними критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) [4,8,10,13,19]. По-перше, це діагностична приналежність порушень, насамперед, до рубрики F0 – органічні психічні розлади за I віссю МКХ-10. У рубриці F0 до тяжких порушень внаслідок ураження головного мозку, без прив'язки до віку, відносяться усі види деменцій (F00 – деменція при хворобі Альцгеймера, F01 – судинна деменція, F02 – деменція при других хворобах, що кваліфікуються в інших розділах, F03 – деменція без уточнень) і органічний амнестичний синдром – F04. А також до ОНР, що викликані тяжкими морфо-функціональними ураженнями головного мозку з хронічним перебігом та виразним чи наростаючим когнітивним дефектом, входять окремі нозології рубрики F06 – інші психічні розлади, обумовлені ураженням і дисфункцією головного мозку або соматичною хворобою (зокрема F06.0 – органічний галюциноз, F06.1 – органічний кататонічний стан, F06.2 – органічний маячний, шизофреноподібний розлад) та F07 – розлади особистості і поведінки, обумовлені хворобою, ураженням або дисфункцією головного мозку. Також за етіологічним принципом, а саме при тяжких морфо-функціональних ураженнях головного мозку, до тяжких ОНР можна віднести нозології, що включені до інших рубрик МКХ-10: I-ї вісі – клінічні діагнози (рубрики F0-F6, F84, F9), II-ї вісі – специфічні розлади психічного розвитку (рубрика F8) та III-ї вісі – рівень інтелекту (рубрика F7), котрі вочевидь мають ознаки тяжких органічних ушкоджень головного мозку. Це нозології, включені до рубрик: психічні розлади і порушення поведінки, пов'язані з вживанням психоактивних речовин – F1 (F1x.6 – амнестичний синдром, F1x.7 –

резедуальні і відстрочені психотичні розлади: F1x.73 – деменція та F1x.74 – інше стійке когнітивне порушення), шизофренія, шизотипові та маячні розлади – F2 (варіанти параноїдної шизофренії з наростаючим псевдоорганічним дефектом: F20.x0 – з безперервним перебігом та F20.x1 – з епізодичним перебігом і наростаючим дефектом). Також до тяжких ОНР, що мають уроджений чи неясний генез, мають бути включені порушення, що відносяться до рубрик F7 – розумова відсталість (F71 – помірна розумова відсталість та F72 – тяжка розумова відсталість) та F8 – розлади психологічного розвитку (що супроводжуються помірною чи тяжкою розумовою відсталістю).

Таким чином, діагностичний аналіз, що визначає ступінь тяжкості ОНР, ґрунтується не стільки на нозологічній приналежності до тієї чи іншої рубрики МКХ-10 [10, 16], яка свідчить лише про дуже широку етіопатогенетичну різноманітність розладів, що можна віднести до тяжких ОНР, а на синдромальних характеристиках стану хворого, визначенні зворотності-незворотності та глибини нейрокогнітивного дефіциту у пацієнта [4,8,13,19]. При використанні зазначених діагностичних принципів весь континуум станів, що відносяться до ОНР, можна поділити на ступінь тяжкості: від мінімального (зі збереженням психосоціальної продуктивності та мінімальними ознаками нейрокогнітивного дефіциту) чи помірного до глибокого, коли у хворой особи діагностується синдром психічного маразму чи ідіотії (як ступеня розумової відсталості) з глибоким, незворотним, загальним порушенням психічних функцій, фізичною немічністю, повною втратою можливості до самообслуговування, спілкування і пересування. Такі хворі не мають психофізичних ресурсів до відновлення психічної діяльності та потребують лише паліативної допомоги, тобто підтримуючої терапії, постійного нагляду та догляду з боку сторонніх.

Своєчасне діагностичне визначення ступеня тяжкості ОНР дозволяє розробити ефективну стратегію терапевтичного впливу та сформулювати адекватні рекомендації щодо КНР таких пацієнтів [1, 4-6, 10, 15, 17, 20]. Це відповідь на інше тезове запитання: яка стратегія терапевтичного втручання допоможе якісно поліпшити психофізичний стан та якість життя осіб, що страждають на тяжкі ОНР, і зменшити психологічне й соціально-економічне навантаження від цих розладів? Така терапевтична стратегія враховує перерозподіл акцентів з активної до підтримуючої фармакотерапії, а також з фармакотерапії – на компенсацію нейрокогнітивного дефіциту або посилення навичок пристосування до свого стану залежно від зворотності-незворотності уражень, гостроти і

характеру психопатологічних та нейрокогнітивних порушень.

Принципи застосування фармакотерапії при тяжких ОНР ґрунтуються на визначенні провідного психопатологічного синдрому, бо такі стани характеризуються поліморфністю симптоматики, особливо за наявності ознак лише лакунарної деменції чи явних симптомів органічного розладу особистості з порушеннями поведінки.

Насамперед визначаються умови лікування. Стаціонарне лікування таких пацієнтів не повинно бути тривалим. Воно застосовується лише при розвитку станів сплутаності, гострих психотичних розладів, виразних порушень поведінки, а також для вирішення експертно-діагностичних питань або соціальних питань самотніх хворих, осіб без певного місця проживання з деменцією середнього або тяжкого ступеня. Амбулаторне лікування є провідним у наданні медико-психологічної допомоги пацієнтам з психоорганічним синдромом чи синдромом деменції легкого ступеня і хворим з деменцією середнього та тяжкого ступеня за наявності відповідного догляду й нагляду [4, 10].

Психофармакотерапія хворих з тяжкими ОНР включає постійне застосування таких груп препаратів, як інгібітори ацетилхолінестерази і цитокіліні [10, 15]. Наявність стану сплутаності, продуктивної психопатологічної симптоматики чи ідеаторно-поведінкової розгальмованості є підставою для призначення атипичних нейролептиків. При виявленні занепокоєння в нічні години короткостроково можуть призначатися бензодіазепінові транквілізатори чи інші седативні препарати. Наявність виразних депресивних симптомів є підставою для призначення антидепресантів, переважно з групи селективних блокувальників зворотного захвату серотоніну, бо препарати з виразними холінолітичними властивостями можуть викликати суттєві побічні ефекти у таких хворих [10, 15]. Обов'язковою частиною лікування таких пацієнтів є адекватна терапія коморбідних соматоневрологічних захворювань, а також гемодінамична терапія, спрямована на покращення кровообігу головного мозку, і вітамінотерапія – переважно з комплексами вітамінів А, В, С та Е [10, 15]. Адекватне лікування хворих з тяжкими ОНР вже через декілька тижнів дає позитивні результати, до яких можна віднести зменшення когнітивних порушень, купірування стану психомоторного збудження та гострих маячних або афективних симптомів у випадках діагностування ОНР при гострих, але зворотних, ураженнях головного мозку. При незворотних ураженнях позитивний ефект застосування фармакотерапії визначається протягом більш тривалих періодів (місяці). До нього можна віднести певне

уповільнення прогресування слабоумства, зі збереженням рівня психосоціальної компетентності та упорядкованості поведінки [4,10,15].

У зв'язку з тим, що терапія хворих з тяжкими ОНР є тривалою, а у багатьох випадках, зокрема при незворотних чи прогресуючих ураженнях головного мозку, має бути постійною, її обов'язковою частиною є КНР [1, 4-6, 15, 17, 20]. Стратегія лікування хворих з тяжкими ОНР не може ґрунтуватися лише на застосуванні методів фармакологічного втручання, тоді як останнім часом є тенденція до неадекватного, безпідставного призначення нейролептичних препаратів у великих дозах, що при таких розладах викликає у хворих істотні побічні ефекти та ще більше знижує якість їхнього життя та прискорює зростання нейрокогнітивного дефіциту – тобто посилює прогресування слабоумства [11, 13]. У терапії цих розладів не можна ігнорувати немедикаментозні методи компенсації нейрокогнітивного дефіциту, бо вони мають безпосередній терапевтичний вплив на психопатологічні порушення та їх використання якомога раніше є вочевидь ефективним [1, 4-6, 10, 15, 17, 20]. Тому саме при тяжких ОНР украй важливою є розробка та застосування у лікуванні, втілюючи КНР, способів активного впливу на нейрокогнітивні порушення нелікарськими методами на підставі визначення функціонального стану хворого за вищезазначеними діагностичними принципами.

Комплексна психосоціальна реабілітація хворих з тяжкими ОНР – це комплекс лікувальних заходів, що спрямовані на поліпшення загального стану здоров'я пацієнта, насамперед відновлення фізичних і когнітивних функцій, а також підвищення можливості участі в діяльності, обмеженій через розлади, що виникли внаслідок ураженнями головного мозку [1, 4, 5, 6, 15, 17, 20]. Вона включає патогенетично обумовлені варіанти фізіо-, кінезіо-, ерготерапії, нейрокогнітивну реабілітацію, індивідуальне психотерапевтичне втручання, відновлення навичок самообслуговування, а також, обов'язково, психологічну та просвітительську роботу з членами родини хворого. Застосування КНР у пацієнтів із тяжкими ОНР має якісний компенсуючий та відновлювальний вплив на загальний функціональний стан хворого, прояви захворювання і взаємопов'язаного з ним нейрокогнітивного дефіциту, котрий на сьогодні розглядається як «третя група симптомів» поряд з позитивними та негативними психопатологічними порушеннями. Передусім КНР компенсує прояви психопатологічних розладів та нейрокогнітивного дефіциту, що найбільше турбують хворих з тяжкими ОНР і розладжують будь-які форми повсякденної, професійної та соціальної активності, знижують якість

їхнього життя: це суттєві і стійкі порушення уваги, пам'яті та емоцій, функції програмування і контролю поведінки, сприйняття реальності через органи почуттів, пересування чи дрібномоторного праксису [2, 4, 5, 9, 11, 13, 20]. Але застосування КНР буде достатньо ефективним тільки за наступних умов: 1) своєчасного, постійного застосування, комплексності та якомога ранішого початку; 2) втілення, виходячи з концепції «ризик-користь втручання» зі зменшенням ризику розвитку ускладнень чи побічних дій. Саме так патологічні процеси максимально піддаються корекції, і можна отримати найбільш позитивні фізичні, психологічні і соціальні зрушення у стані хворого [4-6, 17, 20].

Першим етапом застосування КНР пацієнтам з тяжкими ОНР є: 1) з'ясування загального обсягу функціональних втрат у конкретного хворого щодо фізичних можливостей, психічної діяльності та неврологічних функцій; 2) визначення методів і форм реабілітаційної допомоги залежно від перебігу хвороби й особливостей процесу відновлення психофізичного стану пацієнта. Це детермінує основні завдання КНР, які спрямовані на: 1) сприяння природному відновленню психічних функцій у випадках гострих, але зворотних, уражень головного мозку; 2) навчання хворого внутрішнім стратегіям компенсації порушень загального функціонування або окремих когнітивних функцій чи патернів поведінки, посилення існуючих особистісних ресурсних настанов та формування нових стереотипів пізнавальної і поведінкової активності; 3) відновлювальне тренування окремих когнітивних функцій задля досягнення достатнього обсягу повсякденних навичок; 4) ефективне використання зовнішніх компенсаторних пристроїв і сторонньої допомоги; 5) реорганізацію та структурування стилю життя та життєвого середовища відповідно до стану пацієнта та перебігу процесу його відновлення; 6) включення родичів хворого до ефективної взаємодії з ним та їх навчання цьому; 7) профілактику вторинних ускладнень, що можуть виникнути у ході розвитку захворювання чи проведення реабілітаційних заходів [4-6, 15, 17, 20].

Важливою частиною КНР є психотерапевтичне втручання, але у багатьох випадках для пацієнтів з тяжкими ОНР воно трансформується у психокорекційну допомогу, бо у хворих з гострими ураженнями головного мозку та деменцією відсутня здатність до саморефлексії, необхідна для ефективної психотерапії. Основними завданнями психокорекції у хворих з тяжкими ОНР є пом'якшення реакцій хворих у відповідь на ситуації, що пов'язані з хворобою і лікуванням, а також запобігання їх ізоляції в оточенні [1, 6].

Одним з основних видів психокорекційної допомоги для пацієнтів з тяжкими ОНР є тренінг когнітивних функцій, метою застосування якого є відновлення або компенсування втрачених психічних функцій чи їх довільної регуляції [5,15,20]. Цей варіант та етап КНР обов'язково потребує використання принципів: 1) «віяловий принцип» (розширення завдань від мономодального підходу до полімодального, починаючи з опори на збережену модальність); 2) «правило крок за кроком» (поступове розширення та ускладнення завдання після його виконання); 3) «позиція гіперпротекції» (підвищення самооцінки хворого незалежно від отриманих пацієнтом результатів зі стимуляцією позитивних емоцій). Їх втілення стимулює механізм терапевтичного ефекту тренінгу когнітивних функцій, а саме додаткову мобілізацією залишкових нейрокогнітивних ресурсів та можливостей, що формуються у пацієнта завдяки морфо-функціональній перебудові ушкоджених церебральних систем, враховуючи їх спонтанне відновлення. У випадках, коли відновлення втраченої психічної функції у попередньому обсязі неможливе, хворого навчають внутрішнім або зовнішнім стратегіям компенсації функціонального дефіциту. До внутрішніх компенсаторних стратегій відносять порядок дій, що самостійно ініціюється та дозволяє хворому досягти мети, реалізація якої іншим способом утруднена через ОНР [5, 15, 20]. Зовнішні способи компенсації – це використання допоміжних пристроїв (від записних книжок, коробочки з відсіками ліків до варіантів екзоскелету чи нейрон-комп'ютинга), що частково заміщують втрачені людиною функції. Це також реорганізація навколишнього середовища, котра включає необхідні зміни умов та способу життя.

У випадках тяжких ОНР при гострих та зворотних ураженнях головного мозку можливим етапом КНР на стадії реституції є застосування індивідуальної психотерапії, спрямованої на збереження навичок адекватної соціальної поведінки, роботу з відчуттям неадекватності власного «Я», розгубленістю та негативними емоціями, що виникли внаслідок патології, а також на «випереджальну» адаптацію до наявного нейрокогнітивного дефіциту та його можливого прогресування [6, 20].

Обов'язковою частиною КНР є робота з оточенням хворого з ОНР [4, 6, 20]. По-перше, це психоосвітня робота, зорієнтована на інформування роди-

чів або доглядачів пацієнта щодо його стану і перспектив на майбутнє. Теми інформаційної роботи з родичами хворих мають включати питання етіології, симптомів і перебігу ОНР; суті та етапності активної та підтримуючої медикаментозної терапії, а також вирішувати основні проблеми, з якими стикаються родини хворих. По-друге, необхідна психологічна допомога родичам пацієнта в адаптації до факту наявності тяжкого ОНР у члена родини, емоційна та інформативна підтримки осіб, що здійснюють догляд за такими хворими, задля формування у них адекватного розуміння і ставлення до пацієнта та його хвороби.

При втіленні КНР хворим із тяжкими ОНР періодично має проводитися оцінка ефективності її застосування [3, 7]. Певні труднощі в цьому пов'язані з відсутністю загальноприйнятих критеріїв такої оцінки. Встановлено, що навіть поліпшення стану хворих та їх нейропсихологічного функціонування у ході КНР далеко не завжди супроводжується підвищенням самооцінки щодо якості свого життя чи розширенням повсякденної активності [1, 4, 6]. Ефективність застосування КНР залежить від правильного вибору заходів, їх комплексного, своєчасного та послідовного застосування, урахування фізичного стану хворого, виразності нейрокогнітивного дефіциту та перебігу ОНР [3]. Застосування КНР можна вважати ефективним при явних ознаках компенсації нейрокогнітивного дефіциту чи уповільнення прогресування слабоумства, пом'якшення змін особистості, поліпшення якості життя хворого та осіб, що доглядають за ним, що фіксуються через 3–6 місяців після початку реабілітаційних заходів.

Таким чином, завдяки ретельній діагностиці ступеня тяжкості ОНР та застосуванню адекватної стратегії терапевтичного втручання щодо таких хворих, з обов'язковим включенням своєчасної, комплексної та послідовної КНР, у багатьох пацієнтів відновлюється достатній рівень компенсації психофізичних порушень і психосоціальної активності, а також має місце запобігання прогресуванню нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів та істотної втрати ними психосоціальної компетентності. Такий комплексний підхід у лікуванні і реабілітації дозволяє забезпечити пацієнтам з тяжкими ОНР максимально можливу якість життя і суттєво знизити психологічний і соціально-економічний тягар, котрий супроводжує ці розлади для хворої особи, її оточення та суспільства в цілому.

Література

1. Бабин С. М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: дис. ... д-ра мед. наук / С. М. Бабин. – Санкт-Петербург : НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. – 526 с.

2. Буклина С. Б. Нарушения высших психических функций при поражении разных отделов ствола мозга / С. Б. Буклина // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: к 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии : сб. ; [сост. Н. К. Корсакова, Ю. В. Микадзе]. – Москва : факультет психологии МГУ имени М. В. Ломоносова, 2012. – С. 129–148.
3. Булыгина В. Г. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации / В. Г. Булыгина, А. М. Абдраязова // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 3. – С. 54–58.
4. Бровин А. Н. Клинико-экспертные особенности, профилактика инвалидности и реабилитация больных с органическим расстройством личности : дис. ... канд. мед. наук / А. Н. Бровин. – Санкт-Петербург, 2009. – 201 с.
5. Григорьева В. Н. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга : учебное пособие / В. Н. Григорьева, М. С. Ковязина, А. Ш. Тхостов. – Москва : УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт. – 2006. – 256 с.
6. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – Москва : Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
7. Друес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации / Й. Друес // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 1. – С. 100–104.
8. Калинин В. В. Органические психические расстройства в МКБ-10: несовершенство критериев диагностики или псевдодиагностические критерии / В. В. Калинин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 3. – С. 42–44.
9. Краснов В. Н. Психоорганический синдром как предмет нейропсихиатрии / В. Н. Краснов // Неврология. Психиатрия. – 2011. – № 4 (63). – С. 32–34.
10. Критерии диагностики и лечения психических расстройств и расстройств поведения у взрослых. – Харьков : Арсис ЛТД, 2000. – 304 с.
11. Левада О. А. Особенности когнитивных нарушений на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции в пожилом и старческом возрасте / О. А. Левада // Медична психологія. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 97–103.
12. Любов Е. Б. Клинико-эпидемиологические, фармакоэпидемиологические и экономические аспекты старческих деменций / Е. Б. Любов, И. Р. Еналиев, Т. П. Крюченкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 2. – С. 33–39.
13. Органическое психическое расстройство: современная диагностическая концепция / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – Москва : НЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 236 с.
14. Проблемы социальной психиатрии / под. ред. К. Л. Барановского. – Киев : Аратта, 2003. – 148 с.
15. Рекомендации по лечению болезни Альцгеймера и других видов деменции // Нейро news. – 2012. – № 8 (43). – С. 35–38.
16. Руководство по психиатрии : в 2 т. / под ред. А. С. Тиганова. – Москва : Медицина, 1999.
17. Цветкова Л. С. Восстановление высших психических функций (после поражения головного мозга) / Л. С. Цветкова. – Москва : Академический проект, 2004. – 383 с.
18. Dementia: a public health priority. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data : World Health Organization, 2012. – 102 p.
19. Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review / Bamford C., Lamont S., Eccles M. [et al.] // Int. J. Geriatric Psychiatry. – 2004. – Vol. 19. – P. 151–169.
20. Sohlberg M. M. Cognitive Rehabilitation: An integrative neuropsychological approach / M. M. Sohlberg, C. A. Mateer. – New York : Guilford Press, 2001. – 500 p.

Диагностика, принципы лечения и комплексной реабилитации больных с тяжелыми органическими психическими расстройствами

Г.Я. Пилягина

Национальная медицинская академия последипломого образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

В статье обобщаются критерии диагностики, принципы лечения и комплексной реабилитации больных с тяжелыми органическими психическими расстройствами. Диагностическая оценка тяжести таких нарушений должна учитывать характер морфо-функционального поражения головного мозга, течение и нозологическую принадлежность возникших расстройств, а также степень нарушений психосоциальной продуктивности. Эффективное терапевтическое ведение таких пациентов основано на сочетании фармакотерапии с комплексной психосоциальной реабилитацией, которая включает тренинг когнитивных функций и

психокоррекционную помощь больным, а также психообучающую работу с родственниками и другими лицами, ухаживающими за пациентами, и их психологическую поддержку. Подчеркивается, что своевременность, последовательность и комплексность психосоциальной реабилитации существенно повышают возможности компенсации нейрокогнитивного дефицита у таких больных.

Ключевые слова: органические психические расстройства, деменция, диагностика, терапия, психосоциальная реабилитация.

Diagnostics, treatment principles and complex rehabilitation for patients with severe organic mental disturbances

G.Ya. Pyliagina

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

This review article generalizes the issue of diagnostic criteria, treatment principles and complex rehabilitation for patients with severe organic mental disturbances. The diagnostic of such impairments should consider character of brain morfo-functional defeat, clinical features, course and nosologic category of them, and also evaluation of patients' psychosocial efficiency decrease. Effective therapeutic case conducting is based on a combination of pharmacotherapy with complex psychosocial rehabilitation. It includes training cognitive functions and the psychocorrectional help to patients with organic mental frustration, and also psychotraining work with relatives and other kippers who are looking after patients, and their psychological support. Timeliness, sequence and integrated approach at psychosocial rehabilitations essentially raises restoration of patients' neurocognitive deficiency.

Key words: organic mental disturbances, dementia, diagnostic, treatment, psychosocial rehabilitation.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Пилигіна Галина Яківна – д.мед.н., проф., зав. каф. психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика Адреса: м. Київ, вул. Фрунзе 103. Тел.: +38 067 902 58 31.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

НОВОСТИ

Капуста, щавель и шпинат способны предотвратить слепоту

Глаукома, высокое внутриглазное давление, является одной из главных причин полной потери зрения в современном мире. А ученые обнаружили, что опасность развития глаукомы заметно уменьшается при регулярном включении в рацион вполне доступных овощей.

Исторически сложилось так, что большинство людей из всех разновидностей овощей отдают предпочтение корнеплодам и бобовым (картофелю, свекле, гороху, фасоли, моркови, огурцам и тому подобное).

Отношение же к так называемым листовым овощам (щавель, шпинат, петрушка укроп, салат, латук и так далее) несколько иное – подобная «зелень», за исключением разве что капусты и ее родственников: брокколи и цветной капусты, рассматривается как необязательное дополнение к основному рациону.

Подобная «дискриминация» листовых овощей связана с их низкой калорийностью и они традиционно не рассматриваются как источник энергии.

Между тем, американские исследователи обнаружили, что природные соединения азота, которым очень богаты листовые овощи, способны снижать риск развития глаукомы, опасного заболевания органов зрения, которое наряду с макулярной дегенерацией сетчатки глаза является основной причиной слепоты современных людей.

Например, в США в настоящее время имеется 3 миллиона жителей, страдающих глаукомой, а 120 000 американцев полностью потеряли зрения из-за осложнений этого заболевания.

Ученые из медицинской школы при Гарвардском университете (Harvard Medical School) на протяжении четверти века с 1986 по 2011 год наблюдали группу жителей США численностью почти 105 000 человек (64 000 женщин и 41 000 мужчин).

Участники исследования регулярно информировали ученых о результатах проверки их зрения, а также об индивидуальных особенностях их питания.

Анализ полученных ответов показал, что у той подгруппы участников исследования, которые потребляли листовых овощей больше других испытуемых, риск развития глаукомы был ниже на 30% по сравнению с участниками, которые такие овощи употребляли в пищу нерегулярно.

Подобным эффектом в наибольшей степени обладала кудрявая капуста (кале).

Источник: med-expert.com.ua