

ентаций в оказании помощи психически больным и приближение к постулатам динамической психиатрии, рассматривающим больного с позиций единства биологических и психосоциальных функций.

2. Изменение инфраструктуры психиатрических больниц путем уменьшения количества закрытых отделений (коек), организации специализированных центров и расширения внебольничных и внедиспансерных форм психиатрической помощи, что отражает реальное соотношение психотического и непсихотического контингентов психически больных. Повидимому, неизбежно закрытие части психиатрических больниц, особенно в связи с продолжающимся сокращением численности населения в стране. Стационарное лечение в основном может быть ограничено неотложными случаями острых психозов. Перевод части больных из дорогостоящих стационаров на коммунальные формы амбулаторного обследования, кроме экономии средств обеспечит профилактику госпитализма, приближение условий пребывания больных к естественным условиям и реально улучшит внедрение реабилитационных технологий. Параллельно расширятся возможности квалифицированной помощи контингенту больных с пограничными расстройствами, которая во многих странах СНГ осуществляется на коммерческой или хоздоговорной основе. Наконец, группа больных с хроническими психическими заболеваниями, нуждающихся в основном в уходе, должна размещаться в интернатах, приютах или т.н. защищенном жилье и, возможно, курировать их следует Министерству социальной защиты.

3. Частичная интеграция психиатрической помощи (за счет пограничных и психосоматических контингентов) в общую медицинскую сеть (отделения по 20 - 30 коек при общесоматических больницах).

4. Деинституционализация с разнообразием недирективных услуг и адекватно профессиональным реагированием на социальную дисфункцию пациентов.

5. Демонополизация государственной психиатрической помощи с привлечением к участию в реформах религиозных, различных общественных организаций, родственников пациентов, а в недалеком будущем - свободно практикующих психологов, психиатров и психотерапевтов.

6. Существенное расширение арсенала современных психосоциальных, психотерапевтических и психокоррекционных методов, в значительной мере выражающих целеобразующую деятельность психиатрического стационара. Широкое привлечение к работе с пациентами психологов, социальных работников, психотерапевтов, развитие медико-социальных служб, кризисных центров, служб профилактического консультирования.

7. Соблюдение этических и правовых норм по отношению к психически больным. Если злоупотребления психиатрией в политических целях сегодня тема не актуальная, то права больного в силу экономического хаоса грубо и повсеместно нарушаются (право на бесплатное лечение, питание, право на реабилитацию, патернализм и т.п.).

В числе важнейших проблем, требующих своего решения можно отме-

тить и такие как социальная защищенность сотрудников психиатрических учреждений, взаимодействие АПУ и ее региональных отделений с государственным психиатрическим сектором. Необходимо новое Положение о клинической психиатрической больнице, которое должно узаконить и регламентировать создание т.н. университетских психиатрических клиник с передачей их на баланс вузов.

И самое главное. Идеология реформы, ее эффективность, по-существу, предполагают изменение общества, в т.ч. различных ветвей власти к проблемам психиатрического здоровья как к одному из приоритетных направлений общегосударственного развития. Важнейшей задачей, в т.ч. настоящего Конгресса, средств массовой информации является показать общественности, что психиатрия - это не только психиатрические больницы. Это широкий спектр общегосударственных межведомственных проблем, от решения которых зависит стабильность национального развития. Психическое здоровье - это одновременно и социальное здоровье конкретного человека которое, в конечном счете, определяет потенциал нации в широком смысле этого слова, в т.ч. национальную безопасность страны. Решение проблем ментального здоровья невозможно без адекватной государственной поддержки. Даже принятие долгожданного "Закона..." не улучшит положения дел без осознания и интериоризации представителями высших эшелонов власти витальной необходимости реформ в психиатрии.

Рациональным шагом интолерантного отношения государства к нашим общим проблемам могла бы послужить реализованная идея создания Национальной межведомственной программы "Психическое здоровье населения Украины".

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК: 616.831-07

*Б.В. Михайлов, А.И. Сердюк, В.С. Мерцалов, А.Б. Михайлов, Г.А. Мусиенко, С.В. Сало***ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ДИФФУЗНО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Харьковский институт усовершенствования врачей, Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии. Харьков.

Ключевые слова: психоорганический синдром, комплексное исследование.

За последнее время проблема изучения психопатологических нарушений при диффузно-органических поражениях мозга приобрела важное значение и выделилась в число ведущих в комплексе нейронаук. Это связано с ростом экзогенно-органических и эндогенно-органических заболеваний головного мозга. По данным отечественной и мировой литературы наблюдается рост цереброваскулярной патологии, церебрального травматизма, атрофических токсических и других поражений мозга.

Ведущими в клинике этих заболеваний являются нарушения психической сферы. Вместе с тем клиническая идентификация этих нарушений весьма неоднозначна, отстает от практических требований и нуждается в определенных уточнениях. Сложившееся положение обусловлено рядом объективных и субъективных факторов. К первым можно отнести опережающее развитие разработок в области неврологии, базирующихся на внедрении новых методических подходов - нейровизуализации, нейроиммунологии и др; ко вторым - многолетнее приоритетное развитие в психиатрии исследований в области эндогенных заболеваний. Поэтому до настоящего времени не сформулированы единые представления как о клинической феноменологии диффузно-органических поражений мозга, так и о патогенетических механизмах их развития.

Основным клиническим проявлением диффузно-органического поражения мозга, независимо от этиологического фактора, является психоорганический синдром, который впервые был описан Е. Bleuler [9] под названием "органический симптомокомплекс", как вариант амнестического синдрома. В дальнейшем М. Bleuler [10] расширил и уточнил его клиническое описание, и дал название "органический психосиндром", до сих пор принятое в немецкой психиатрической

школе.

Наиболее полное современное описание психоорганического синдрома дал Н. Walther-Buel [15], подчеркнувший и основные критериально-диагностические его компоненты в виде триады: нарушения памяти, интеллекта, аффективности.

В работах отечественных авторов приводятся данные проведенных исследований клинической структуры и динамики психоорганического синдрома, особенно при сосудистых и, отчасти, травматических поражениях мозга и других: сенильных, атрофических, инфекционных, интоксикационных процессах.

Клинические варианты психоорганического синдрома и динамики его развития во многом определяются этиопатогенезом [5]. Острый психоорганический синдром, как правило, возникает после экзогенного типа реакций [12], являясь, таким образом, вариантом переходных синдромов [16]. Хронический психоорганический синдром формируется длительно, дебютируя в виде полиморфной неврозоподобной симптоматики, прогрессируя соответственно степени диффузного мозгового поражения.

И.Я. Завилянский и В.М. Блейхер [2] описывают органический психосиндром в виде трех вариантов - дементивного, характеропатического, церебрально-очагового и типы его течения - стабильное и прогрессивное. Последнее обуславливает динамику симптоматики - "от первичных церебральных проявлений к глубокому слабоумию", т.е. деменции.

В эпидемиологических исследованиях Э.Я. Штернберга [6] также показано, что психоорганический синдром далеко не всегда переходит в деменцию.

Эту точку зрения поддерживают Н.Е. Бачериков с соавт. [3], отмечающие, что "число лиц с органическим психосиндромом во много раз

больше, чем больных с деменцией”.

Деменция (слабоумие) определяется, как “стойкое малообратимое обеднение психической деятельности, ее упрощение и упадок” [4]; “глубокое обеднение всей психической деятельности, в первую очередь, интеллекта, эмоционально-волевой сферы и индивидуальных личностных особенностей с ухудшением (вплоть до полной утраты) способности к приобретению новых знаний, их практическому использованию и приспособления к окружающему” [5].

И.Я. Завилянский, В.М. Блейхер [2], обозначают деменцию, как стойкий дефект психики, проявляющийся в основном в виде снижения умственной деятельности и описывают ее формы: лакунарную (очаговую), глобарную (диффузную), парциальную - по этиопатогенетическому критерию и простую, психопатоподобную, галлюцинаторно-параноидную, амнестически-парамнестическую, паралитическую и псевдопаралитическую, асемическую, марантическую - по клинко-психопатологическому критерию.

Игнорирование сложных взаимообуславливающих факторов этиологии, патогенеза, динамики синдрообразования, приводит к неоправданному, на наш взгляд, понятийному смешению, как, например, в американской классификации психических заболеваний (DSM-III-r) [13].

В этой классификации приведена большая группа органических психических заболеваний, в основном, деменций различного типа и интоксикационных поражений ЦНС. Основным клиническим проявлением этой группы заболеваний является органический психосиндром, представляющий “конstellацию психологических проявлений и симптомов”, безотносительно к конкретному этиологическому фактору.

Выделены 6 вариантов органических психосиндромов: 1. Делирий и деменция - с наиболее глобальными когнитивными нарушениями. 2. Амнестический синдром и органический галлюциноз с селективными когнитивными нарушениями. 3. Органический дереализационный синдром, органический аффективный синдром, органический тревожный синдром - содержащие черты сходства с шизофренией, эмоциональными и тревожными расстройствами. 4. Органический личностный синдром - основными являются нарушения личности. 5. Интоксикационный и абстинентный синдромы. 6. Органический психосиндром без уточнения.

В одну группу, как видно, объединены острые психотические экзогенные расстройства, переходные синдромы аффективного регистра

и собственно психоорганические нарушения.

На наш взгляд, этот недостаток в виде эклектического смешения различных дефиниций перешел и в новую классификацию ВОЗ ICD-10, где в рубрике F0 (F00-F09) приводятся варианты деменции, делирия, органического расстройства личности и пр.

Борьба с подобными недостатками американской и, отчасти, французской психиатрических школ и подчеркивание традиционного отечественного этиологического подхода косвенно привело к тому, что часть исследователей упоминают о психоорганическом синдроме, как бы вскользь, другие идентифицируют его с деменцией, а один из авторитетнейших психиатров, В.М. Банщинов [1] вообще не описывает его в структуре психических нарушений сосудистого генеза, говоря об астенических, неврастеноподобных, психопатоподобных, аффективных нарушениях и различных формах атеросклеротической деменции.

Несомненна важность и теоретического аспекта этой проблемы. Клинико-параклинические сопоставления при органической патологии головного мозга - один из наиболее реальных подходов к раскрытию механизмов организации психических процессов человека.

В последние годы появился ряд отечественных исследований этой проблемы, но они явно недостаточны [7].

Настоящая работа базируется на многолетнем изучении больных с различными формами экзогенно-органических и эндогенно-органических заболеваний.

В комплексное лонгитудинальное исследование были включены больные с острыми закрытыми черепно-мозговыми травмами (ЗЧМТ) и их отдаленными последствиями (ОПЗЧМТ), цереброваскулярной патологией: острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) и начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК), дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ I-III ст.), инфекционно-аллергическими энцефалитами, алкогольной энцефалопатией, эпилепсией, некоторыми наследственными, энзимопатическими, дегенеративно-дистрофическими заболеваниями мозга.

Всего обследовано 450 больных. Комплекс исследований включал клиническое неврологическое и психопатологическое наблюдение, ЭЭГ, РЭГ, у части больных - Эхо-ЭГ, рентгеновская аксиальная компьютерная томография (КТ).

Были получены следующие результаты. У всех больных осевым симптомокомплексом был психоорганический синдром. Его клиническая