

Омский психиатрический журнал

1 (39) 2024



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

1(39) 2024

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Александрова Н.В.
Омский государственный университет (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Малютина Т.В., к.пс.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

**ISSN
2412-8805**

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № ФС77-58937
от 5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
[http://omskoop.ru
/orj/index.shtml](http://omskoop.ru/orj/index.shtml)

E-mail: ompsy@mail.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины
Stephen Gibb
Contemplation. 2009

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
Клиника психических расстройств		Clinic of mental disorders
Клинический случай органического галлюциноза у пациента с единственным желудочком <i>А.Е. Долгушева, Д.А. Ткаченко, Н.А. Долгушева</i>	3	Clinical case of organic hallucinosis in a patient with a single ventricle <i>A.E. Dolgusheva, D.A. Tkachenko, N.A. Dolgusheva</i>
Влияние сосудистого фактора на развитие психотических расстройств у пациентов пожилого возраста <i>В. А. Кузьмич, М. В. Альшанская</i>	8	The influence of vascular factors on the development of psychotic disorders in elderly patients <i>V. A. Kuzmich, M. V. Alshanskaya</i>
Лечение психических расстройств		Treatment of mental disorders
Первая помощь при неотложных состояниях <i>В.В. Донской, М.И. Алексеева, О.А. Парыгина</i>	12	First aid in emergency situations <i>V.V. Donskoy, M.I. Alekseeva, O.A. Parygina</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Особенности межличностных отношений дошкольников с нарушением речи <i>В.С.Наджарян, Н.В.Федорова</i>	17	FEATURES OF INTERPERSONAL RELATIONS IN PRESCHOOL CHILDREN WITH SPEECH IMPAIRMENTS <i>V.S. Najarian, N.V. Fedorova</i>
Новости психиатрии	21	Psychiatry News

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Сочетание кардиологических нарушений и тяжелых психотических расстройств, характеризующихся галлюцинозом, представляет собой сложную клиническую задачу, требующую внимательного подхода к диагностике и лечению. Существуют патофизиологические механизмы, которые могут связывать сердечно-сосудистые заболевания с психозами. Например, гипоксия (недостаток кислорода в организме) может возникнуть при сердечной недостаточности и влиять на функционирование мозга, что может приводить к возникновению галлюцинаций и других психотических симптомов. Кроме того, сопутствующие заболевания, такие как диабет и гипертония, могут вызвать метаболические нарушения, влияющие на мозговую деятельность.

При наличии у пациента кардиологических нарушений и психотических симптомов важно провести комплексное обследование. Необходимо оценить общее состояние пациента, уровень стресса и наличие потенциальных триггеров психозов, проанализировать историю болезни, чтобы выяснить, какие лекарственные препараты были назначены, адекватно оценить неврологический статус, чтобы исключить или подтвердить органические изменения в мозге.

В данном контексте большой интерес представляет клиническое наблюдение, которое открывает текущий номер журнала. статье описан клинический случай органического галлюциноза у пациента со сложным врожденным пороком сердца. Описан вариант формирования единственного желудочка, представлена клиническая картина с описанием соматического и психического состояния, представлены данные лабораторных и инструментальных данных. Проанализированы факторы, обеспечивающие длительную продолжительность жизни, адаптацию к физическим нагрузкам и предпосылки к развитию психического расстройства.

Актуальной проблемой современной психиатрии является влияние возраста и ассоциированным с ним соматическим расстройствам и психической патологии. Возрастные изменения в организме могут быть одной из причин психических расстройств у пожилых людей. Постепенное снижение активности мозга, ухудшение кровообращения и нервных сигналов могут оказывать влияние на здоровье пожилого человека, в том числе на его психическую составляющую. Психические расстройства сосудистого генеза являются наиболее часто встречающейся формой патологии, особенно в позднем возрасте,

после 60 лет они обнаруживаются практически у каждого пятого пациента.

По опыту работы с пациентами пожилой группы наиболее часто из них встречаются Церебральные расстройства, Сосудистые нарушения, сахарный диабет и кардиальная патология (аритмии, ИБС, постинфарктные состояния).

Первая доврачебная помощь — это навыки, необходимые для оказания помощи человеку в состоянии неотложной медицинской ситуации до прибытия квалифицированного медицинского персонала. Эффективные действия в этот критический промежуток времени могут сохранить жизнь и минимизировать возможности развития серьезных осложнений. Ниже представлен общий обзор ключевых аспектов первой помощи при различных неотложных состояниях. В текущем номере журнала представлены компактные рекомендации для оказания первой помощи пациентам, подготовленные омскими психиатрами на основании большого опыта работы.

Завершает статью оригинальное исследование, посвященное особенностям межличностных отношений дошкольников с нарушением речи. Дошкольники с нарушением речи имеют серьезные проблемы в отношениях со сверстниками, так как основой межличностных отношений является речь. Данная категория детей имеет низкую речевую активность. Исследование показало, что у дошкольников с нарушением речи, в межличностных отношениях, среди показателей конкретно-личностного отношения ребенка к другим людям имеют наибольший удельный вес «Отношение к матери» и «Отношение к отцу». Это объясняется тем, что детям с ТНР тяжело включаться во взаимодействие с людьми не из ближайшего окружения, они охотно вступают в контакт только с близкими людьми, которым полностью доверяют.

Среди показателей, характеризующих самого ребенка в межличностных отношениях, превалирует «стремление к уединению» и «реакция на фрустрацию». Это означает, что дети с ТНР недостаточно хорошо владеют навыками регуляции своего состояния, все эмоции отражаются в поведении дошкольников, помимо этого у них снижена социальная активность.

Межличностные отношения дошкольников с тяжелым нарушением речи отличаются преобладанием низкого уровня социометрического статуса.

**Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.**

Клиника психических расстройств

УДК 616.89

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОРГАНИЧЕСКОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА У ПАЦИЕНТА С ЕДИНСТВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ

А.Е. Долгушева, Д.А. Ткаченко, Н.А. Долгушева

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

pontiac@list.ru

Аннотация. В статье описан клинический случай органического галлюциноза у пациента со сложным врожденным пороком сердца. Описан вариант формирования единственного желудочка, представлена клиническая картина с описанием соматического и психического состояния, представлены данные лабораторных и инструментальных данных. Проанализированы факторы, обеспечивающие длительную продолжительность жизни, адаптацию к физическим нагрузкам и предпосылки к развитию психического расстройства.

Ключевые слова. Органический галлюциноз, психотические расстройства, клинический случай

CLINICAL CASE OF ORGANIC HALLUCINOSIS IN A PATIENT WITH A SINGLE VENTRICLE

А.Е. Dolgusheva, D.A. Tkachenko, N.A. Dolgusheva

Abstract. The article describes a clinical case of organic hallucinosis in a patient with a complex congenital heart disease. A variant of the formation of a single ventricle is described, a clinical picture is presented with a description of the somatic and mental state, laboratory and instrumental data are presented. The factors ensuring a long life expectancy, adaptation to physical exertion and prerequisites for the development of a mental disorder are analyzed.

Keywords. Organic hallucinosis, psychotic disorders, clinical case.

Довольно часто причиной развития психотического расстройства, повлекшего госпитализацию пациента в психиатрический стационар, является наличие какого-либо соматического заболевания. В данной статье представлен пациент с органическим психозом, развившимся вследствие дисфункции головного мозга перинатального генеза и наличия у пациента врожденной патологии строения сердца в виде трехкамерного сердца и транспозиции магистральных артерий, что является причиной выраженной гипоксии на фоне сниженной оксигенации крови в связи с нарушенной внутрисердечной гемодинамикой.

Единственный желудочек сердца – врожденный порок сердца, характеризующийся наличием одного хорошо развитого желудочка, соединяющегося с предсердиями, за счет чего кровообращение в обоих кругах осуществляется параллельно, а не последовательно. Данная патология встречается довольно редко: 13 случаев на 100 тысяч новорожденных, среди всех ВПС составляет не более 2,5 %. Порок отличается высокой летальностью в раннем детском возрасте (до 75% в течение первого года жизни без лечения), средняя продолжительность жизни составляет 6,7 лет и сильно зависит от анатомических особенностей формирования порока. Единственный желудочек может иметь анатомическое строение левого, либо правого желудочка, может присутствовать рудиментарная камера второго желудоч-

ка, сообщающаяся с основным желудочком. Функционирующий желудочек может соединяться с одним или обоими предсердиями через один или два атриовентрикулярных клапана. Путей оттока от желудочка может быть два или один, часто сочетание с транспозицией магистральных сосудов. Так же порок может сочетаться с наличием дефекта межпредсердной перегородки и функционированием открытого артериального протока. Благоприятным течением отличается случай, когда единственный желудочек является анатомически левым, соединяется с двумя раздельными полноценными атриовентрикулярными клапанами.

Предрасполагающими факторами считаются хромосомные и моногенные мутации, тератогенные последствия действия лекарств, внутриутробных инфекций и вредных привычек родителей. В 90% случаев заболевание развивается при сочетании провоцирующих факторов. Отсутствие межжелудочковой перегородки обусловлено либо ее агенезией, либо нарушением эмбриогенеза полостей сердца. В основе патогенеза заболевания лежат выраженные нарушения гемодинамики, обусловленные смешиванием оксигенированной крови из легочных вен (насыщение кислородом составляет 95-100%) и неоксигенированной крови из системных вен (насыщение кислородом 55-60%) в единственном желудочке, что приводит к артериальной гипок-

семии различной степени выраженности. При одинаковом системном и легочном кровотоке насыщение крови кислородом составляет 75-80%. При возрастании легочного кровотока увеличивается и системное насыщение, но постепенно формируется объемная перегрузка желудочка, усиливается резистентность сосудов большого круга кровообращения, что ведет к формированию легочной гипертензии и прогрессированию застойной сердечной недостаточности. Клиническая картина заболевания: выраженный цианоз, усиливающийся при нагрузке, одышка, тахикардия, изменение дистальных фаланг и ногтей пальцев кистей по типу «барабанных палочек» и «часовых стекол», проявления сердечной недостаточности в виде гепатомегалии, отставание в физическом и психическом развитии, сколиоз. Лабораторно определяется вторичный эритроцитоз, тромбоцитоз, могут определяться нарушения функции печени, почек. При аускультации легких определяются застойные хрипы, аускультация сердца позволяет выявить систолический шум различной локализации. Причинами смерти пациентов являются прогрессирование сердечной недостаточности, нарушения ритма и внезапная сердечная смерть.

Клинический случай

Пациент К., 19 лет, 2003 года рождения, поступил в отделение первого эпизода ОКПБ с жалобами на голоса, видения «черной мускулистой жижи», «красноглазого», нарушения сна, общую слабость, утомляемость. В стационар поступил впервые, на лечении находился 22 дня.

Из **анамнеза** известно, беременность протекала на фоне гестоза, пиелонефрита, угрозы прерывания в 15 недель, 30-32 недели. Роды в 40 недель, обвитие пуповины вокруг шеи, по шкале Апгар 6 баллов. Является вторым ребенком в семье, имеет двух братьев. Психопатологическая наследственность отягощена: отец злоупотребляет алкоголем. Аллергоанамнез без особенностей. Туберкулез, гепатиты, ВИЧ-инфекцию отрицает. С рождения диагностирован ВПС: единственный желудочек, транспозиция магистральных сосудов, легочная гипертензия, клапанно-хордальная аномалия трикуспидального клапана, недостаточность ТК 2 степени, ХСН 2А. в 2005 году проведено чрезвенное зондирование сердца. Курит с 18 лет по 2 пачки сигарет в день, с 19 лет эпизодически употребляет марихуану, злоупотребляет алкоголем. В анамнезе неоднократные ЧМТ с кратковременной потерей сознания, но за медицинской помощью не обращался. Детский сад не посещал. В школу пошел в 7 лет, окончил 11 классов, успеваемость была низкая, часто пропускал занятия, учебной не интересовался, друзей не имел. В свободное от учебы время занимался видеомонтажем, играл в компьютерные игры. После школы устроился работать в вейп-шоп, проработал недолго. В 2020 году на фоне развода родите-

лей отмечал период пониженного настроения, апатии, но несколько дней не ставал с кровати, ничем не занимался. Психическое состояние изменилось с осени 2021, когда долго не мог уснуть, ощутил прикосновения «сущест», которые тут же исчезали, испытывал «парализующее чувство», не мог пошевелиться. В дальнейшем присоединились зрительные галлюцинации: видел «красноглазого», при этом испытывал панику. Видел в комнате «чёрная жижа с мышцами», которая «звала его к себе», затем стала «касаться», эти прикосновения описывал как приятные. Стал замечать, как временно «выключается сознание», и мог очутиться в другом месте или с бритвой в руке, нанося самоповреждения в области предплечья или Ахиллова сухожилия, или как тушит сигареты о свою руку. В одно из таких «выключений» оказался у открытого окна 7 этажа, ощущал, как кто-то управляет телом и разумом. В феврале 2022 г. стал слышать посторонние «голоса», звучащие из вне. «Голоса» слышал в основном в ночное время, со временем они стали более разборчивыми, из «бубнежа» трансформировались в «зов на ту сторону», уговаривали совершить суицид, «прийти к нам». Попытка заглушить галлюцинацию путём злоупотребления алкоголем и марихуаны, но без эффекта. Испытывал трудности со сном: долго засыпал, мешали мысли о смерти и «голоса», мог проспать целые сутки, проснуться вечером. Перестал злоупотреблять алкоголем, курить марихуану в надежде «очиститься». Обратился к психотерапевту, принимал рисперидон 2 мг в сутки на протяжении нескольких месяцев, но без эффекта. Отметил, что изменился по характеру: стал вспыльчивым, грубым, мог внезапно повысить голос на другого человека по незначительной причине, стал более эмоциональным ко всему. В феврале 2023 года после конфликта с подругой решил покончить с собой, прыгнув с 5 этажа, но после примирения передумал. В марте 2023 года после очередной ссоры с девушкой вновь стал злоупотреблять алкоголем. На этом фоне слуховые и зрительные галлюцинации участились, носили тягостный характер. В связи с этим самостоятельно обратился за психиатрической помощью. Участковым психиатром был направлен в стационар. Госпитализирован в отделение первого психотического эпизода с диагнозом «Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года»

Психический статус на момент поступления: Сознание сохранено. Ориентирован верно во всех сферах. Внешний вид неаккуратный – крашенные взъерошенные волосы, рубашка застёгнута не на все пуговицы. Выражение лица безразличное. Мимика, интонации тусклые, соответствуют проявляемым эмоциям. Голос тихий, невыразительный, темп речи замедленный, жесты кулаками не использует. Дистанцию с врачом соблюдает. Зрительный контакт устанавливает. На вопросы отвечает кратко, без желания, требу-

ется время на ответ. Предъявляет жалобы на обманы восприятия – «Красноглазый», «Черная жижа», «голоса». Подтверждает наличие обманов восприятия на протяжении 2 лет в виде зрительных, вербальных, тактильных галлюцинаций истинного характера: «Сначала видел, как множество сотен существ прыгали на меня и исчезали, я пошевелиться не мог, был парализован», «затем пришёл Красноглазый – недоброжелательная сущность в 6 метров, но из-за того, что он скрюченный, выглядит на 3-4 метра. Он самый первый был, затем появилась мускулистая чёрная жижа, как из Prey 2017. Она стояла сначала в углу комнаты, затем стала приближаться ко мне со временем, её я не боялся, чувствовал, что добра желает. Она трогала меня за плечи, мне приятно было. Она звала меня к себе, но я не шёл, хоть и хотел, надо будет – сама заберёт», «после стали появляться голоса, которые тоже к себе звали, слышал их как будто со мной рядом были, в соседней комнате, например. Они звали меня, потому что не могли терпеть мои страдания», «самый последний появился хороший голос – Андрей, он тоже был то в виде чёрной жижи, то просто голосом. Он мне давал советы, с ним приятно было поговорить на разные темы», «сначала казалось, что не только я голоса слышу, сейчас их слышу как обычный голос, словно с человеком разговариваешь, сначала страшно было, а потом сжился с ними», «когда работал в вейп-шопе разговаривал с клиентом 40 минут, а потом понял, что на самом деле никого не было в магазине». Также описывает следующие состояния: «Стал выключаться и просыпаться с кровью на руках, кровь моя была, не чувствовал ничего, руки были порезаны бритвой. Были моменты, когда чувствовал себя как пьяный, но в том смысле, что не был подвластен себе, как будто бы кто-то управляет моим тело и мыслями», «моментами кажется, будто я не я, кто-то меня преследует», «как-то проснулся, а я у окна 7 этажа стою, а мне голоса говорят прийти к ним, но я не спрыгнул, слез». Бредовые идеи активно не звучат. Мышление в замедленном темпе, витиеватое. Фон настроения снижен. Внимание истощаемое, в процессе беседы после каждого вопроса требуется всё больше времени на ответ, отводит взгляд. Суицидальные мысли не отрицает, однако попыток предпринимать не собирается. Критика к своему состоянию частичная: «плохо стало, решил обратиться в психушку, родители отговаривали, совдеповские стереотипы у них до сих пор в голове».

Соматический статус Рост 171 см, вес 43 кг, ИМТ 14,7 кг/м², Площадь поверхности тела 1,43 м². Состояние удовлетворительное, положение активное, пониженного питания. Кожа бледная, диффузный цианоз, усиливающийся после незначительной нагрузки (ходьба в спокойном темпе). Деформация дистальных фаланг пальцев рук в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». На обоих предплечьях татуировки,

рубцы от самопорезов. Грудная клетка деформирована за счет «сердечного горба» В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ясные, систоло-диастолический шум на верхушке и в точке Боткина. ЧСС 96 в минуту. АД 100/60 мм рт.ст. Живот не увеличен, участвует в акте дыхания, мягкий, на пальпацию не реагирует. Периферических отеков нет. SpO₂ 88%.

Лабораторные методы исследования. ОАК: Hb 210 г/л, Эритроциты 5,99 *10¹²/л, повышены эритроцитарные индексы: MCV, MCH, MCHC, лейкоциты 5,5 *10⁹/л, лейкоцитарная формула без отклонений, тромбоциты 99 *10⁹/л, СОЭ 3 мм/ч. Обращает на себя внимание выраженный эритроцитоз, как признак выраженной гипоксии. В БХ: Общий билирубин 49,7 мкмоль/л, прямой билирубин 9,9 мкмоль/л, не прямой билирубин 39,8 мкмоль/л, глюкоза 4,44 ммоль/л, общий белок 85 г/л, АЛАТ 25 Е/л, АСАТ 28 Е/л, Холестерин 4,49 ммоль/л, триглицериды 1,79 ммоль/л, ЛПНП 2,48 ммоль/л, ЛПВП 1,2 ммоль/л, МНО 1,48. БХ анализ крови позволяет заподозрить синдром не прямой гипербилирубинемии. ОАМ без патологии.

Данные ЭКГ. синусовый ритм 65 в минуту, ЭОС отклонена вправо, признаки перегрузки правого предсердия (зубец Р амплитудой 3 мм во II отведении), признаки гипертрофии правого желудочка (высокие зубцы R в правых грудных отведениях, амплитуда в V₂ до 22 мм, глубокие зубцы S в левых грудных, амплитуда S V₆ более 25 мм. Признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса: комплекс QRS в V₂ имеет форму rsR, продолжительность комплекса 0,08". Косовосходящий подъем сегмента ST в V₄-V₆ (рисунок 1).

По результатам эхокардиографии: Определяется единственный желудочек, имеющий мофрологию и конфигурацию левого желудочка, полость его расширена, конечно-диастолический размер 68 мм, конечно-систолический размер 58 мм, глобальная сократительная способность снижена, ФВ по Симпсону составляет 44%. Толщина стенок желудочка 8-9 мм. Рудиментированный правый желудочек убедительно не лоцируется. Определяются 2 изолированных предсердия, которые открываются в желудочек двумя атрио-вентрикулярными клапанами. Размер левого предсердия 3,6*4,6 см, размер правого предсердия 3,5*4,5 см. Митральный клапан: створки уплотнены, пиковый градиент 7,0 мм рт.ст., скорость 1,3 м/сек, определяется регургитация до 2 степени. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, удлинены, дисплазированы, пиковый градиент 4,6 мм рт.ст., скорость 1,08 м/сек, регургитация до 2 степени. Аорта расположена справа и впереди от ствола легочной артерии, ход магистральных сосудов параллельный, транспозиция магистральных артерий. Аортальный клапан трехстворчатый, пиковый градиент давления 6,2 мм рт.ст., скорость 1, м/сек. Диаметр аорты в области сину-

са 30 мм, в восходящем отделе 26 мм. Легочная артерия не расширена, диаметр в области ствола 24 мм. Систолическое давление в легочной артерии, рассчитанное по величине трикуспидальной регургитации составляет 45 мм рт.ст., признаки

незначительной легочной гипертензии. Нижняя полая вена не расширена, коллабирует на вдохе более 50% (рисунки 2 и 3).

УЗИ абдоминальное без структурных изменений.

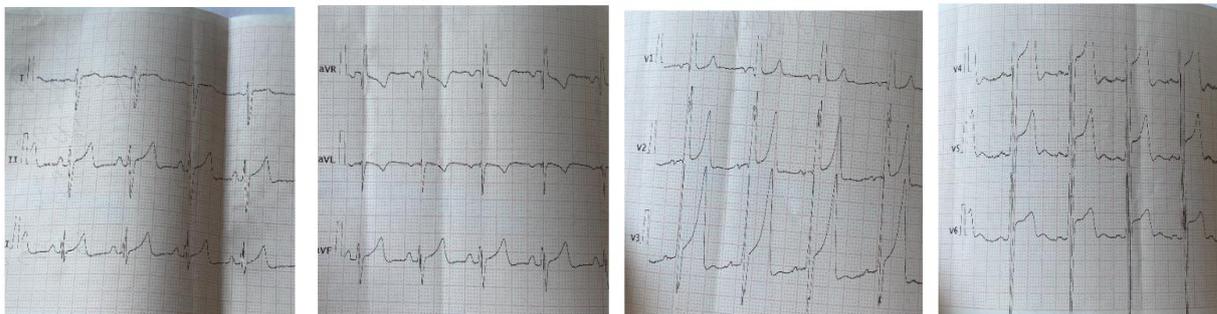


Рисунок 1. ЭКГ Отклонение ЭОС вправо, высокая амплитуда зубцов R в правых грудных отведениях. Глубокие зубцы S в левых грудных отведениях. Комплекс QRS в V2 имеет форму rS. Косовосходящий подъем сегмента ST в V4-V6.



Рисунок 2. Изображение по продольной оси левого желудочка, визуализируется ствол легочной артерии, восходящий отдел аорты. Магистральные сосуды имеют параллельный ход.

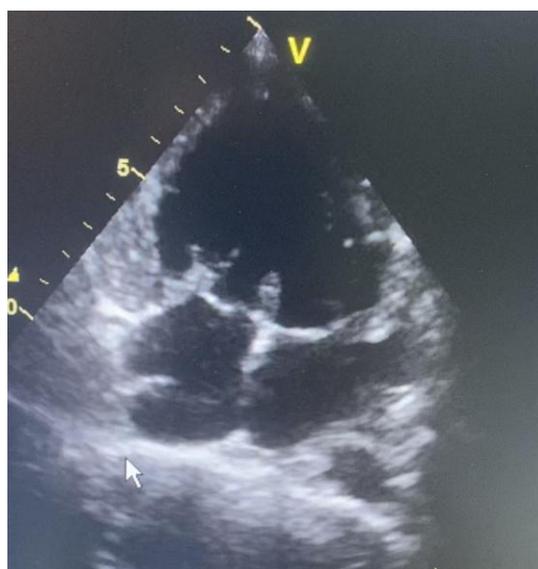


Рис. 3. Апикальная позиция: визуализируется один желудочек, отсутствует МЖП. Оба изолированных предсердия разделены МПП. Четко видны митральный и трикуспидальный клапаны.

На основании данных анамнеза, актуального психического состояния: отягощенный перинатальный анамнез (угроза прерывания, роды раньше срока, обвитие шеи пуповиной), интоксикация (употребление наркотических веществ, злоупотребление алкоголем в анамнезе), наличие сложного порока сердца и магистральных сосудов; наличие в анамнезе на протяжении 2 лет зрительных, тактильных и вербальных истинных галлюцинаций, нарушения настроения в виде эмоциональной лабильности, грубости, раздра-

жительности, нарушений концентрации внимания в отделении выставлен диагноз:

Основное заболевание: F06.08 Органический галлюциноз в связи со смешанными причинами у лица с диссоциативными чертами личности (перинатального, сосудистого, токсического генеза).

Сопутствующее заболевание: Сложный врожденный порок сердца – единственный желудочек сердца, транспозиция магистральных сосудов, ДМЖП, лёгочная гипертензия 2 степени,

митральная регургитация 1 степени, трикуспидальная регургитация 2 степени на фоне диспластической клапанно-хордальной аномалии, пульмональная регургитация 1-2 степени, ХСН 2А. Укорочение левой нижней конечности на 0,5 см, статический груднопоясничный кифосколиоз 1 степени, вторичный остеохондроз грудного отдела, деформация грудной клетки (цилиндрической формы, сердечный горб в области сердца), миопия слабой степени, белково-энергетическая недостаточность 3 степени.

Динамика в отделении. При поступлении начато активное лечение галоперидолом, феназепамом в инъекционной форме в средних терапевтических дозировках. Первое время сохранялись слуховые и зрительные обманы восприятия, обнаруживал их наличие поведением, плохо спал, жаловался на кошмарные сновидения. Постепенно галлюцинозная симптоматика стала уменьшаться, но появились жалобы на головокружение, мышечную слабость, «судорожные подергивания конечностей», для купирования экстрапирамидной симптоматики был назначен тригексифенидил, но без значительного эффекта. Пациент переведен на прием оланзапина с постепенным увеличением дозировки до 15 мг в сутки. После коррекции лечения явления нейролепсии полностью купировались. В психическом состоянии с положительной динамикой: редуцировались слуховые, зрительные и тактильные галлюцинации, нормализовался сон, оживились эмоциональные реакции, сам пациент стал более активным. Суицидальные мысли и намерения категорически отрицал. Появилась формальная критика к состоянию. Лечение переносил хорошо. Консультирован неврологом, психологом, окулистом. Неоднократно осматривался терапевтом по поводу кардиальной патологии, проводились дополнительные обследования. Выписан в удовле-

творительном состоянии под наблюдение участкового психиатра с рекомендацией постоянного приема оланзапина 5 мг утром, 10 мг на ночь, тригексифенидила 2 мг 2 раза в день.

Выводы

Данный клинический случай является уникальным, так как основной причиной развития психического расстройства у взрослого пациента является выраженная и длительная гипоксия головного мозга, обусловленная наличием крайне тяжелого врожденного порока сердца, в абсолютном большинстве случаев приводящего к смерти в раннем детском возрасте. Относительно высокая продолжительность жизни в данном случае объясняется благополучным вариантом развития порока: единственный желудочек является морфологически левым, оба предсердия изолированы и отделены собственными атрио-вентрикулярными клапанами, отсутствует межжелудочковая перегородка, нет дополнительных полостей-выпускников, что обеспечивает циркуляцию смешанной крови с относительно высокой степенью оксигенации. Незначительная легочная гипертензия так же является компенсаторным механизмом для увеличения системного насыщения крови кислородом. Все перечисленные факторы обусловили приемлемое качество жизни для работы и даже употребления ПАВ. Но отсутствие критики и приверженности к лечению в дальнейшем будет способствовать ухудшению симптоматики.



ВЛИЯНИЕ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (на примере наблюдения в отделении оказания психиатрической помощи при расстройствах психотического спектра в условиях дневного стационара для лиц пожилого возраста)

В. А. Кузьмич, М. В. Альшанская

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

marinda67@mail.ru

Аннотация. В статье дан развернутый клинический анализ психических расстройств, ассоциированных с сосудистой патологией у пациентов пожилого возраста. На основании наблюдений за данной группой пациентов на базе Отделения оказания психиатрической помощи при расстройствах психотического спектра в условиях дневного стационара для лиц пожилого возраста можно сделать подтверждающие выводы о наличии сосудистой патологии у 85-90% пациентов, поступающих в отделение с той или иной психической патологией. Из них с артериальной гипертензией 70%, сахарным диабетом – 10%, с кардиопатологией – 20%. Необходимо обратить внимание на предупреждение, диагностику и лечение психических расстройств у пожилых в первую очередь путем коррекции их соматического состояния, сосудистых факторов риска.

Ключевые слова. Сосудистая патология, психические расстройства в гериатрической практике.

THE INFLUENCE OF VASCULAR FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF PSYCHOTIC DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS (based on observations in a psychiatric assistance unit for psychotic spectrum disorders in a day hospital for the elderly)

V. A. Kuzmich, M. V. Alshanskaya

Abstract. This article provides an extensive clinical analysis of mental disorders associated with vascular pathology in elderly patients. Based on observations of this patient group at the Psychiatric Assistance Unit for Psychotic Spectrum Disorders in a day hospital for the elderly, confirming conclusions can be drawn regarding the presence of vascular pathology in 85-90% of patients admitted to the unit with various mental disorders. Among them, 70% have hypertension, 10% have diabetes, and 20% have cardiopathy. It is essential to focus on the prevention, diagnosis, and treatment of mental disorders in the elderly primarily through the correction of their somatic conditions and vascular risk factors.

Keywords. Vascular pathology, mental disorders in geriatric practice.

Возрастные изменения в организме могут быть одной из причин психических расстройств у пожилых людей. Постепенное снижение активности мозга, ухудшение кровообращения и нервных сигналов могут оказывать влияние на здоровье пожилого человека, в том числе на его психическую составляющую. Психические расстройства сосудистого генеза являются наиболее часто встречающейся формой патологии, особенно в позднем возрасте, после 60 лет они обнаруживаются практически у каждого пятого пациента.

По опыту работы с пациентами пожилой группы наиболее часто из них встречаются:

- Церебральные расстройства (атеросклероз, энцефалопатия, нарушение кровообращения);
- Сосудистые (гипертония, гипотония)
- Сахарный диабет;
- Кардиальная патология (аритмии, ИБС, постинфарктные состояния).

Психотические состояния чаще возникают при декомпенсации имеющихся соматических нарушений. У пациентов, имеющих различные формы сосудистой патологии, обнаруживается

много общего: возрастной фактор, наследственность, преморбидные черты, различные экзогенные вредности (алкоголизм, черепно-мозговые травмы, психогении). Все это объясняет общность патогенеза, клинической и патоморфологической картин этих разновидностей общего сосудисто-мозгового процесса.

Церебральный атеросклероз

Вследствие изменения сосудистой стенки и сужения просвета мозговых сосудов происходит нарушение кровоснабжения головного мозга, вызывающее те или иные поражения нервной ткани, следствием чего и являются характерные нервно-психические нарушения. Однако прослеживаются и специфические проявления при разных патологиях.

Так при церебральном атеросклерозе (церебральных расстройствах) клиническая картина характеризуется 3 стадиями:

I стадия – начальная (неврастеноподобная),
II – стадия выраженных психических расстройств;

III – дементная стадия.

На этом фоне возможны и психотические состояния, наибольшее значение имеют психозы, протекающие с картиной депрессивных, параноидных и галлюцинаторно-параноидных синдромов, состояний с помрачением сознания. Содержание бреда разнообразно: наиболее часто высказываются бредовые идеи ревности, преследования, отравления, идеи ущерба, ипохондрический бред. При этом бредовые идеи нередко сочетаются друг с другом, сопровождаются злобными вспышками раздражительности, агрессией. Несколько реже при атеросклеротических психозах наблюдается депрессия, которая часто сопровождается ипохондрическими жалобами.

Триггером психических расстройств, в том числе психотических состояний, часто является нарушение мозгового кровообращения. После мозговых кровоизлияний может развиваться характерный симптомокомплекс типа корсаковского синдрома.

В связи с острым нарушением мозгового кровообращения возможно развитие и сумеречного расстройства сознания, протекающее с картиной психомоторного возбуждения. В подостром периоде часты депрессивные состояния с бредом самообвинения и обвинения.

Гипертоническая болезнь

При гипертонической болезни, чаще при тяжелых степенях ее развития, некорректируемых формах, на фоне артериальной не стабильности, наряду с соматическими проявлениями мы порой сталкиваемся и с разнообразной психической симптоматикой.

В проявлениях гипертонической болезни принято выделять следующие три стадии:

начальную - с функциональными сосудистыми нарушениями, когда повышение артериального давления носит транзиторный (преходящий) характер и связано с психическим перенапряжением;

вторую - характеризующуюся выраженным и стойким повышением АД;

третью - склеротическую стадию, когда наряду со стойким и значительным повышением артериального давления наблюдаются вторичные изменения внутренних органов.

Во второй и третьей стадиях заболевания усиливаются и становятся более разнообразными психические нарушения. Так, могут возникать кратковременные гипертонические психозы, протекающие с картиной расстроенного сознания по типу сумеречных, делириозных, аментивных расстройств или состояний оглушенности. Как правило, эти состояния возникают внезапно и сопровождаются резким подъемом артериального давления. При снижении и стабилизации которого они обычно про-

ходят, чаще всего, сопровождаясь в дальнейшем явлениями психической слабости, астении.

В структуре гипертонических психотических состояний, более выражены аффективные расстройства: тревога доминирует и выражена наряду с бредом, депрессией, галлюцинозом, что позволяет оценить эти состояния как тревожно-бредовые, тревожно-депрессивные синдромы.

Психотические расстройства определяются кратковременными расстройствами сознания (эпизоды сумеречных расстройств, спутанности, чаще вечерней). При гипертонической болезни могут наблюдаться и другие расстройства, но все они базируются на аффективном спектре.

Сахарный диабет 2 типа

Люди, страдающие сахарным диабетом, часто подвержены риску возникновения инсультов, инфарктов и высокого артериального давления, что так же способствует развитию психических расстройств. По данным электронных регистров, психотические расстройства встречаются у 37—40% этих пациентов. На практике мы видим психопатологические симптомы у больных СД 2 типа, находящихся в стадии его де- и субкомпенсации. СД 2 типа часто сочетается с депрессивными состояниями, патологической тревогой и деменцией, нарушением сна. Спутанность сознания у стариков усиливается к вечеру, на фоне нарушений ритма сон — бодрствование

. Имеются данные об ассоциации диабета 2 типа с биполярным аффективным расстройством, расстройствами приема пищи и ожирением, алкоголизмом.

Многие больные страдают стрессовыми расстройствами, у них отмечаются аномалии и акцентуации личности, усиление характерологического преморбида, нередко выявляются панические расстройства и фобии.

Энцефалопатия

Энцефалопатия, относится к сосудистой неврологической патологии и встречается чаще всего. У пожилых энцефалопатия формируется преимущественно на фоне других заболеваний, часть из которых развивается при физиологическом старении организма. Поражение головного мозга возникает при стойком нарушении церебрального кровотока и имеет ряд характерных симптомов: нарушение координации движений; снижение слуха, зрения; когнитивные расстройства – ухудшение памяти, концентрации внимания. Примерно в 65% случаев болезнь манифестирует с депрессии. В начальной стадии возникает нарушение эмоциональной сферы, больные жалуются на соматические ощущения: головные боли, боли в спине, шум в голове, артралгию. Параллельно возникает раздражительность, упадок сил, перепады настроения, агрессия.

Исходя из тяжести симптомов, ДЭП делят на три стадии. При первой заметны легкие когнитивные нарушения, неврологический статус не изменён. Характерно превалирование субъективных нарушений, большинство из которых сводится к астеническому кругу жалоб (головные боли, тяжесть в голове, общая слабость, повышенная утомляемость, снижение памяти, несистемное головокружение, шаткость при ходьбе, нарушение сна и др.). Возникают проблемы с принятием решений, планированием. Большинство пациентов на этом этапе субъективно оценивают проявления заболевания, качество их жизни практически не меняется.

На второй стадии появляются явные когнитивные расстройства, больше всего страдает эмоциональная сфера. Наблюдается усиление очаговой неврологической симптоматики, усугубление вестибуло-атактического синдрома, интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушений. Человек может хуже слышать, видеть, появляются провалы в памяти, дискоординация движений, мышечной слабости, неустойчивость при ходьбе. Постепенно личность больного деградирует, повышается уровень раздражительности и тревожности. Часты проблемы со сном.

Третья стадия считается сосудистой деменцией и может иметь разную степень выраженности, возникают психические и двигательные нарушения. Значительно снижается критика к своему состоянию, поэтому объем предъявляемых жалоб уменьшается, но из-за нарастания нарушений происходит значительная дезадаптация этих пациентов с нарушением функций самообслуживания, общения, передвижения. Полноценной и самостоятельной жизнью человек не может жить, нуждается в уходе.

Последняя стадия - это по сути слабоумие. Симптомы тем сильнее, чем старше человек на момент выявления болезни. Кроме того, её течение зависит от общего состояния здоровья, наличия других заболеваний и их компенсации.

Кардиальная патология

Ишемическая болезнь сердца. ИБС - это собирательное название для трех заболеваний, куда входят: -стенокардия (ее разные виды), -инфаркт миокарда, - постинфарктный кардиосклероз. Установлено, что у 33-80% больных ИБС наблюдаются те или иные психические и поведенческие изменения. Хорошо известно, что во время ишемического болевого приступа больных зачастую охватывает чувство сильной тревоги, беспокойство, паника, навязчивые мысли о смерти от сердечного приступа, безысходность и отчаяние.

В дальнейшем такие больные живут с постоянным тревожным опасением развития повторного приступа, они анализируют любые

изменения сердечной деятельности, реагируя на малейшие неприятные ощущения в области сердца, изменения пульса, артериального давления. Основной жизненной целью для них становится здоровье, оно получает "сверхценное" значение.

Помимо истинных ишемических болей, различают также и боли в области сердца психогенного характера, которые формируются как следствие стресса в результате тяжелой жизненной ситуации и трудностей адаптации. Однако это все же не истинные, а "псевдоишемические" боли, которые быстро купируются различными успокаивающими средствами (седативные средства растительного происхождения, транквилизаторы, антитревожные антидепрессанты), а также квалифицированными психотерапевтическими вмешательствами.

Психопатологические реакции у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, разделяют на кардио-фобические, тревожно-депрессивные, ипохондрические, истерические и анозогнозические.

При кардиофобической реакции больные испытывают постоянный "страх за сердце", боязнь повторных инфарктов, внезапной смерти от сердечного приступа. Страхи появляются или резко усиливаются при физическом напряжении, при выходе за пределы больницы или дома. Чем дальше от пункта, где больному, по его мнению, может быть оказана медицинская помощь, тем сильнее страх. Появляется чрезмерная осторожность.

Тревожно-депрессивная реакция характеризуется угнетенным, подавленным настроением, апатией, безнадежностью, пессимизмом, неверием в возможность благоприятного течения заболевания, тенденцией все видеть в мрачном свете. Наличие тревоги в психическом статусе характеризуют внутренняя напряженность, предчувствие надвигающейся беды, раздражительность, беспокойство, волнения, опасения. Нарушается сон.

Для ипохондрической реакции характерно неоправданное беспокойство за свое здоровье, множество жалоб на разнообразные неприятные ощущения и боли в разных областях тела, явная переоценка тяжести своего состояния, несоответствие между числом жалоб и незначительностью объективных соматических изменений, чрезмерная фиксация внимания на состоянии своего здоровья. Больной постоянно контролирует функции своего организма (АД, пульс, сахар и т.п.), часто обращается за консультацией к разным специалистам.

При истерической реакции больные эмоционально лабильны, эгоцентричны, демонстративны, стремятся привлечь к себе внимание окружающих, вызвать сочувствие. Наблюдаются вегетативные истероформные нарушения ("ко-

мок в горле", приступы удушья, тахикардия, головокружения).

При анозогнозической реакции больные отрицают болезнь, игнорируют лечебные рекомендации, грубо нарушают режим, что часто приводит к негативным последствиям. При этом выявлена тесная взаимосвязь между характером психических реакций на болезнь и преморбидной структурой личности. Так, лица, всегда отличавшиеся тревожностью, мнительностью, ригидностью, реагируют на инфаркт кардиофобической или ипохондрической реакцией. Лица, и до болезни склонные реагировать на жизненные трудности отчаянием, подавленным настроением, пессимистической оценкой ситуации, и на инфаркт миокарда отвечают тревожно-депрессивной реакцией. У лиц с истероидными чертами характера в ответ на инфаркт миокарда чаще всего отмечается истерическая или анозогнозическая реакция. Кроме эмоционально-личностных изменений у больных ИБС зачастую наблюдается и снижение умственной работоспособности. В большинстве случаев обнаруживаются динамические нарушения познавательных процессов. Часто больные жалуются на забывчивость, снижение памяти, внимания. В основе этих жалоб лежит сужение объема восприятия за счет нарастающей сердечной недостаточности и формирующихся церебральных сосудистых нарушений и мозговой гипоксии, что ведет к неизменному формированию энцефалопатических нарушений, а в дальнейшем и к личностному снижению.

На основании наблюдений за данной группой пациентов на базе Отделения оказания психиатрической помощи при расстройствах психотического спектра в условиях дневного стационара для лиц пожилого возраста можно сделать подтверждающие выводы о наличии сосудистой патологии у 85-90% пациентов, поступающих в отделение с той или иной психической патологией. Из них с артериальной гипертензией 70%, сахарным диабетом 10%, с кардиопатологией 20%. Как правило данные

состояния бывают в де- и субкомпенсирующей форме, что подтверждается данными параклинического обследования и заключениями специалистов. Не редко впервые выявлялись такие заболевания как сахарный диабет, гиперлипидемия, АГ, патология мочевыводящей системы, на фоне дебюта которых развивались психические нарушения. Общий, комплексный подход к терапии данных состояний, как правило, улучшает самочувствие пациента. Ведение таких пациентов требует подхода на стыке двух специальностей - психиатрии и терапии. После окончания активной психофармакотерапии на первый план выступают психосоциальные мероприятия, психообразовательная работа с пациентом и его родными

Заключение: Психотические расстройства у пожилых людей являются серьезной проблемой, требующей особого внимания и заботы. Они могут значительно ухудшить качество жизни старшего поколения и оказывать негативное влияние на их физическое и эмоциональное состояние. Поэтому, необходимо обратить внимание на предупреждение, диагностику и лечение психических расстройств у пожилых в первую очередь путем коррекции их соматического состояния, сосудистых факторов риска.

На основании наблюдений за данной группой пациентов на базе Отделения оказания психиатрической помощи при расстройствах психотического спектра в условиях дневного стационара для лиц пожилого возраста можно сделать подтверждающие выводы о наличии сосудистой патологии у 85-90% пациентов, поступающих в отделение с той или иной психической патологией. Из них с артериальной гипертензией 70%, сахарным диабетом – 10%, с кардиопатологией – 20%. Необходимо обратить внимание на предупреждение, диагностику и лечение психических расстройств у пожилых в первую очередь путем коррекции их соматического состояния, сосудистых факторов риска.

Литература

1. Бойцов С.А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира // Проф. медицина. - 2013. - № 5. - С. 9-19.
2. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. С.126-133
3. Клиническая психология : учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского. - 4-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Питер, 2013. - 864 с.
4. Курбатова О.А. Клинический патоморфоз депрессивных расстройств у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) // Вестн. неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2013. - № 7. - С. 59-65.
5. Орлова Е.А., Колесник Н.Т. Клиническая психология: учебник для бакалавров / отв. ред. Г.И. Ефремова. - М. : Юрайт, 2012. - 363 с.
6. Основы медицинской и клинической психологии : учебное пособие / под ред. д.м.н. С.Б. Селезнева. - Астрахань, 2009. - 272 с.
8. Шальнова С.А. и др. Ишемическая болезнь сердца. Современная реальность по данным всемирного регистра CLARIFY // Кардиология. - 2013. - № 8. - С. 28-33.

Лечение психических расстройств

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

В.В. Донской, М.И. Алексеева, О.А. Парыгина

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

pontiac@list.ru

Аннотация. В статье специалисты Омской психиатрической больницы интегрировали практический опыт оказания первой помощи при неотложной помощи. Материал представлен предельно компактно, в виде алгоритмов, что делает его весьма востребованным для персонала психиатрической клиники.

Ключевые слова. Неотложные состояния, первая помощь.

FIRST AID IN EMERGENCY SITUATIONS

V.V. Donskoy, M.I. Alekseeva, O.A. Parygina

Abstract. In this article, specialists from the Omsk Psychiatric Hospital have integrated practical experience in providing first aid in emergency situations. The material is presented in a highly compact format, in the form of algorithms, which makes it very useful for the staff of the psychiatric clinic.

Keywords: Emergency situations, first aid.

Неотложные состояния – это любые патологические состояния организма, которые представляют угрозу для его жизни и требуют проведения безотлагательных мер.

Существуют 5 уровней оказания помощи:

- 1 помощь (неквалифицированная) – оказывается любым человеком, находящимся на месте происшествия;
- 1 доврачебная помощь (квалифицированная) – оказывается лицами, имеющими специальную подготовку (мед.сестрами, фельдшерами, провизорами, фармацевтами);
- 1 врачебная помощь – оказывается специалистами в машине СП, в поликлинике, стационаре;
- квалифицированная медицинская помощь – оказывается специалистами высокой квалификации с выполнением оперативных вмешательств и различных манипуляций;
- специализированная медицинская помощь – оказывается с использованием специальных методов и сложных медицинских технологий.

1-я доврачебная помощь – это комплекс мероприятий по спасению жизни и предупреждению развития осложнений.

Задачи 1 доврачебной помощи:

- устранение действия поражающих факторов;
- восстановление жизнедеятельности организма;
- подготовка к транспортировке пострадавшего в специализированное учреждение.

При оказании 1 помощи необходимо правильно оценивать состояние пострадавшего и придерживаться определенной последователь-

ности. Все действия должны быть целесообразными, спокойными, и при этом быстрыми, решительными. В первую очередь при оказании помощи важно убедиться в собственной безопасности.

Наиболее частые неотложные состояния:

- травмы;
- раны, кровотечения;
- ожоги;
- тепловой удар;
- обморок;
- инородные тела верхних дыхательных путей;
- эпилептический приступ;
- психомоторное возбуждение;
- гипертонический криз;
- стенокардия;
- острые боли в животе;
- комы при сахарном диабете;
- анафилактический шок;
- остановка кровообращения.

1. Травмы

Сюда относятся ушибы, растяжения, вывихи, переломы, черепно-мозговые травмы, травмы грудной клетки, травмы живота, электротравмы.

Ушиб – повреждение тканей или суставов тупым предметом без нарушения целостности кожи и слизистых оболочек. Причиной могут быть падения или удар тупым предметом. Ушиб проявляется болью, кровоподтеком, нарушением функций ушибленного органа. При ушибе происходит разрушение жировой клетчатки, мышц, мелких сосудов, что приводит к кровоизлиянию (гематоме) и появлению травматического отека. Первая помощь:

- холод (на 20 минут в первые часы);
- тугая повязка;
- иммобилизация при выраженном болевом синдроме (может быть перелом), покой поврежденной конечности.

Растяжение - повреждение мышечных волокон или связок. Происходит при чрезмерном натяжении или перенапряжении мышц или связок в результате нагрузок выше допустимых.

Первая помощь – как при ушибах.

Вывих – нарушение сочленения суставных поверхностей костей, возникшее вследствие травмы.

Первая помощь:

- не пытаться вправлять вывих! Это может привести к повреждению сосудов и нервов;
- иммобилизация подручными средствами, фиксация осуществляя по форме вывихнутой конечности;
- покой поврежденной конечности;
- холод на 20 минут.

Перелом кости – это нарушение анатомической целостности кости с нарушением функции поврежденного сегмента.

Первая помощь:

- иммобилизация подручными средствами.

Шина накладывается не менее, чем на 2 сустава выше и ниже места перелома. Под шину необходимо подложить вату, марлю, одежду. Фиксация шины должна быть прочной;

- асептическая повязка при открытых переломах;
- наложение жгута при кровотечении.

Черепно-мозговая травма – это механическое повреждение черепа и внутричерепных образований.

Признаки: сонливость, общая слабость, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, амнезия, потеря сознания, выделение крови или ликвора из ушей и носа.

Первая помощь:

- если пострадавший в сознании – уложить на спину, контролировать дыхание и пульс;
- при отсутствии сознания – уложить на бок для профилактики попадания рвотных масс в дыхательные пути в случае рвоты;
- на рану стерильную повязку и холод.

Травмы грудной клетки – это повреждения, при которых страдают кости, образующие каркас грудной клетки и органы грудной полости.

Первая помощь:

- придать пострадавшему полусидячее положение;
- наложить повязку на рану;
- при наличии инородного предмета в ране не удалять, а зафиксировать его салфетками, валиками из бинта и повязкой с лейкопластырем. Инородный предмет, оставаясь в ране, сдерживает внутреннее кровотечение.

Травмы живота – повреждение органов брюшной полости. Могут быть закрытыми и открытыми.

Первая помощь:

- холод на живот при отсутствии раневой поверхности;
- придать пострадавшему положение на спине с полусогнутыми ногами (валик под колени);
- при нахождении в ране инородного предмета – зафиксировать его, обложив салфетками;
- при наличии открытой раны и выпадении внутренних органов прикрыть их салфеткой. Запрещено вправлять в рану выпавшие органы брюшной полости, извлекать из раны инородные предметы;
- запрещено поить и кормить пострадавшего.

Электротравмы – это травмы, полученные вследствие поражения человека электрическим током или молнией.

При поражении электрическим током важно обеспечить собственную безопасность до начала оказания помощи пострадавшему:

- необходимо обесточить пострадавшего (вынуть вилку из розетки, выключить рубильник, сбросить провод с пострадавшего с помощью непроводящего ток предмета – резинового, деревянного или пластмассового). Если электрический провод крепко зажат в руке, нужно перерезать его ножом или ножницами с изолированными ручками.

Если произошла остановка сердечной деятельности, необходимы реанимационные мероприятия.

При поражении током высокого напряжения или молнией сложным является безопасное приближение к пострадавшему. Уже в 20 – 30 шагах от лежащего на земле провода высоковольтной линии крайне велика опасность поражения электрическим током, так как на поверхности почвы образуется электрический кратер. В центре этого кратера будет самое высокое напряжение, убывающее по мере удаления от источника. В этой зоне нельзя приближаться к пострадавшему широкими шагами. Необходимо передвигаться «гусиным шагом»: пятка шагающей ноги, не отрываясь от земли, приставляется к носку другой ноги. Снимать высоковольтные провода нужно с помощью непроводящих ток предметов. Далее следует оттащить пострадавшего за одежду не менее, чем на 10 метров от места касания проводов земли. И только затем можно приступить к оказанию неотложной помощи. При наличии ожогов – наложить сухую повязку, при переломах костей провести иммобилизацию подручными средствами, при кровотечении – наложить жгут или давящую повязку.

2. Раны, кровотечения

Рана – любое нарушение целостности кожных покровов и глубжележащих тканей. Раны могут быть поверхностными, когда повреждаются только верхние слои кожи и глубокими, когда повреждаются все слои кожи, а так же подкожная клетчатка, мышцы. Раны опасны по причине кровотечения и нагноения.

При возникшем кровотечении следует определить его вид:

- артериальное (алая кровь, пульсирующая струя);
- венозное (темная кровь, непрерывная струя);
- капиллярное (кровь яркая, вытекает не струей, а в виде капель).

Первая помощь при артериальном кровотечении:

- пальцевое прижатие артерии;
- наложение жгута выше места повреждения с указанием точного времени или наложения давящей повязки;
- после остановки кровотечения обработать кожу вокруг раны, наложить повязку.

1-я помощи при венозном кровотечении:

- приподнять конечность;
- наложить давящую повязку на место повреждения;
- при неэффективности давящей повязки – наложение жгута ниже места повреждения с указанием точного времени.

Принципы наложения жгута:

- затягивать только до остановки кровотечения;
- жгут накладывается на 1,5 - 2см выше повреждения сосуда;
- максимальное время «работы» жгута: летом 1 час, зимой 0,5 часа.

В течение этого времени необходимо доставит пострадавшего в лечебное учреждение. Если это не возможно, то жгут по истечении рабочего времени должен быть на несколько минут ослаблен при одновременном прижатии пальцем поврежденного сосуда, а затем несколько выше вновь;

- жгут накладывается поверх ткани, одежды;
- при отсутствии резинового жгута используются подручные средства (ремень, бинт, платок);
- во всех случаях наложение жгута должна быть записка с указанием времени.

Носовые кровотечения – возникают при ударах, физическом перенапряжении, гипертонии.

Первая помощь:

- голову наклонить слегка вперед, сдавить нос чуть выше ноздрей,
- дышать при этом ртом;

- местно приложить холод.

3. Ожоги

Ожог – это повреждение кожи, мышц, костей, связанное с воздействием огня, электричества, химических веществ, горячей жидкости или пара.

Первая помощь:

- убрать поражающий фактор;
- охладить место ожога;
- закрыть повязкой

Нельзя:

- смазывать ожоговую поверхность кремом;
- отрывать прилипшую одежду;
- обрабатывать спиртосодержащими растворами.

4. Тепловой удар

Тепловой удар – это состояние, возникшее из-за сильного перегрева прямыми солнечными лучами.

Симптомы: гиперемия лица, повышение температуры, головная боль, тахикардия, потеря сознания.

Первая помощь:

- пострадавшего поместить в тень или прохладное место;
- охладить голову компрессом;
- напоить холодной водой.

5. Обморок

Обморок – это кратковременная потеря сознания, вызванная преходящим ухудшением кровоснабжения головного мозга. Возникает внезапно, длится до нескольких минут. Причины множество: эмоциональные потрясения, быстрая смена положения тела, нахождение в душном помещении.

Первая помощь:

- уложить пациента на спину с несколько опущенной головой или поднять ноги пациента на 60 – 70см. относительно горизонтальной поверхности;
- обеспечить приток свежего воздуха;
- поднести к носу вату с нашатырным спиртом.

6. Инородные тела верхних дыхательных путей

Эта одна из самых критических ситуаций, когда помощь должна оказываться мгновенно, в первые секунды. Необходимо заставить инородное тело изменить свое положение. Это достигается сотрясением грудной клетки. Следует наносить короткие, частые удары по межлопаточной области раскрытой ладонью, предварительно перегнув пострадавшего через спинку стула.

При безуспешности применяется другой метод, заключающийся в следующем: необходимо встать позади подавившегося, обхватить

его руками так, чтобы ваши кисти, сложенные в замок, оказались ниже его мечевидного отростка, а затем резким движением сильно надавить под диафрагму по направлению вверх, словно хотите приподнять человека. Нельзя доставать инородное тело пальцами.

7. Эпилептический приступ

При этом состоянии необходимо:

- по возможности предупредить падение больного;
- подложить под голову что-либо мягкое во избежание травм;
- повернуть голову больного на бок, либо уложить больного на бок;
- не пытаться разжать зубы;
- нельзя с силой удерживать конечности во избежании вывихов или повреждение связок.

8. Психомоторное возбуждение

При психомоторном возбуждении человек представляет угрозу для себя и окружающих, поэтому необходимо физическое удерживание больного с помощью матерчатых вязок. При этом необходим контроль сдавления сосудов и нервов, контроль дыхания из-за нарушения экскурсий грудной клетки, профилактика вывихов.

9. Гипертонический криз

Гипертонический криз – это внезапное повышение АД с резким ухудшением самочувствия (головные боли, тошнота, рвота, тяжесть за грудиной).

Первая помощь:

- уложить больного, придать головному концу возвышенное положение;
- для более быстрого оттока крови к нижним конечностям их следует опустить.

Грозным осложнением гипертонического криза являются инсульты или нарушения мозгового кровообращения. Наиболее эффективно лечение инсульта в первые часы, поэтому необходимо знать его симптомы:

- внезапная слабость в руке или ноге, чаще на одной стороне тела;
- нарушение речи;
- асимметрия лица;
- нарушение координации.

10. Стенокардия

Стенокардия – это острый приступ боли в области груди. Возникает внезапно и длится до 30 минут. Сопровождается страхом смерти, холодным потом, сердцебиением.

Первая помощь:

- прекратить физическую нагрузку;
- уложить больного с приподнятым головным концом;

- дать нитраты в форме спрея или таблетку нитроглицерина.

11. Острые боли в животе

Острые боли в животе – возникают при воспалении червеобразного отростка, желчного пузыря, поджелудочной железы, прободении язвы желудка или 12-перстной кишки.

Нельзя: обезболивать, промывать желудок, делать клизму, согревать живот грелкой.

Помощь заключается в максимально быстрой транспортировке в специализированное лечебное учреждение.

12. Комы при сахарном диабете.

Гипергликемическая кома начинается с предвестников: сильной жажды, сухости во рту. Позже появляется запах ацетона изо рта, сонливость, головная боль, рвота. Кома развивается постепенно. У больного в диабетической коме кожа сухая, дыхание шумное, глаза запавшие (снижен тонус глазных яблок). Главная опасность комы – аспирация слюной, рвотными массами, западение языка. Поэтому необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей (повернуть больного на бок. Удалить содержимое ротовой полости).

Вводить инсулин только по назначению врача.

Гипогликемическая кома существенно опасней гипергликемической. От появления предвестников до смертельного исхода может пройти всего несколько часов. Предвестники: головная боль, тошнота, возбуждение, гримасничанье, некоординированные движения, потливость, судороги.

Помощь проста: при еще сохраненном сознании дать сладкий чай, конфету, хлеб; при потере сознания – ввести внутривенно 40% раствор глюкозы.

13. Анафилактический шок

Анафилактический шок – это острая недостаточность кровообращения в результате реакции антиген + антитело.

Этот шок грозен своей внезапностью, молниеносностью, большой вероятностью смертельного исхода.

Проявления аллергии могут быть в виде онемения и зуда кожи и слизистых оболочек, отека век, губ, мягких тканей лица и шеи (отек Квинке), отека легких (клокочущее дыхание), снижение АД, сыпи по-типу крапивницы, бронхоспазма.

Варианты развития анафилактического шока:

- асфиксический - отекает язык, мягкое небо, глотка, дыхание затруднено, свистящие хрипы, осиплость голоса;

- кардиальный (сердечный) - происходит падение АД, появляется розовая пена, клокочущее дыхание, развивается отек легких;

- церебральный (мозговой) - отмечается возбуждение, головная боль, рвота, судороги, потеря сознания, развивается отек мозга;

- абдоминальный (брюшной) вариант сопровождается симптомами «острого живота»: нестерпимые боли в животе, напряжение мышц брюшного пресса.

Первая помощь:

- прекратить поступление предлагаемого аллергена в организм.

При развитии шока на внутривенное введение лекарства необходимо немедленно прекратить введение лекарственного средства, венозный доступ. Если удаление аллергена требует значительных затрат времени (например, промывание желудка), необходимо этим пренебречь. Также необходимо

- уложить больного на спину, приподнять нижние конечности;

- если пациент без сознания, необходимо повернуть голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для профилактики асфиксии.

14. Остановка кровообращения

Признаки остановки кровообращения:

- отсутствие сознания;
- отсутствие пульса на сонных артериях;
- отсутствие дыхания.

Только в первые несколько минут после остановки кровообращения сохраняется реальная

возможность оживить человека без потери его интеллекта. Это пограничное состояние между жизнью и смертью называется клинической смертью. Мероприятия по оживлению в период клинической смерти называются реанимационными.

Проводить их надо в положении больного на спине, на твердой поверхности, убедившись в собственной безопасности и безопасности пострадавшего.

Сердечно-легочная реанимация включает в себя непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких.

Непрямой массаж сердца проводится руками с выпрямленными локтями путем надавливания на грудину с частотой 100-120 в/мин. При этом смещение грудины к позвоночнику должно составлять 4-5 см.

После 30 сжатий грудной клетки необходимо сделать 2 «вдоха» в дыхательные пути больного через рот или нос.

Перед проведением ИВЛ нужно очистить ротовую полость больного с помощью марли, запрокинуть его голову, выдвинуть нижнюю челюсть. Зажать нос больного, сделать «вдох» ему в рот так, чтобы поднималась грудная клетка.

Продолжать реанимационные мероприятия до появления самостоятельного сердцебиения и дыхания. В случае неэффективности реанимационных мероприятий прекратить их через 30 минут.



Клиническая психология

УДК. 159.95

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ

В.С.Наджарян, Н.В.Федорова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный педагогический университет»

pontiac@list.ru

Аннотация: В статье в ходе проведения ряда психологических методик выявляются, а затем анализируются особенности межличностных отношений дошкольников с нарушением речи.

Ключевые слова: межличностные отношения, результаты диагностики, показатели, характеризующие ребенка в межличностных отношениях, показатели конкретно-личностного отношения дошкольников, социометрический статус.

FEATURES OF INTERPERSONAL RELATIONS IN PRESCHOOL CHILDREN WITH SPEECH IMPAIRMENTS

V.S. Najarian, N.V. Fedorova

Abstract: In the article, in the course of a number of psychological techniques, the features of interpersonal relationships of preschool children with speech impairment are identified and then analyzed.

Keywords: interpersonal relationships, diagnostic results, indicators characterizing a child in interpersonal relationships, indicators of specific personal attitudes of preschoolers, sociometric status.

Дошкольный возраст - это период жизни ребенка, в котором интенсивно формируются взаимоотношения с детьми и взрослыми. У детей появляется устойчивый интерес к совместной деятельности, повышается активность и самостоятельность – важные предпосылки организованного поведения. Дошкольники с нарушением речи имеют серьезные проблемы в отношениях со сверстниками, так как основой межличностных отношений является речь. Данная категория детей имеет низкую речевую активность. Из-за неуверенности в себе многие дети дошкольного возраста с речевыми нарушениями имеют повышенный уровень тревожности. Эти дети склонны слишком остро реагировать на неудачи и стараются избегать любой деятельности, в которой у них возникают трудности.

И.В.Дубровина, А. В. Петровский трактуют «межличностные отношения» как субъективно переживаемые взаимосвязи между индивидами, объективно проявляющиеся в характере и способах взаимных влияний, оказываемых друг на друга в процессе совместной деятельности и общения [1].

Н. Н. Обозов рассматривал «межличностные отношения» как объективно переживаемые, в разной степени осознаваемые взаимосвязи между людьми. В основе их лежат разнообразные эмоциональные состояния взаимодействующих людей и их психологические особенности [3].

В детских садах в настоящее время наблюдается большое количество детей с нарушениями речи. Из-за недостаточной сформированности навыков межличностного общения у таких детей их межличностные от-

ношения имеют свои особенности. Все вышесказанное и определило актуальность нашего исследования.

В ходе исследования для изучения особенностей межличностных отношений дошкольников с нарушением речи нами были использованы следующие методики: Е. О. Смирновой «Капитан корабля» (направлена на изучение системы межличностных отношений детей, определение индекса психологической взаимности в группе), Р. Жилия «Межличностные отношения ребенка» (направлена на исследование сферы межличностных отношений ребенка и его восприятия внутрисемейных отношений), Я. Л. Коломинского «Выбор в действии» (направлена на изучение и оценку межличностных отношений в группе детей дошкольного возраста) [2,4,5].

Исследование проводилось на базе детского сада г. Тюмени. В нем принимали участие две группы испытуемых: 8 детей с ТНР и 8 нормотипичных детей в возрасте 4-5 лет.

Эмпирическое исследование особенностей межличностных отношений дошкольников с нарушением речи мы начали с анализа результатов, полученных по методике «Капитан корабля» Е. О. Смирновой.

Категория «Популярные» наблюдается в группе дошкольников с ТНР только у 1 испытуемого (13%), в то время как у дошкольников с нормотипичным развитием преобладает у половины группы - 4 испытуемых (50%). Это свидетельствует о том, что данное количество детей в группе считаются популярными, и они вызывают наиболее сильный интерес среди

сверстников, только у дошкольников с ТНР таких детей в 4 раза меньше.

Категория «Предпочитаемые» характерна для 2 (25%) дошкольников с ТНР и 3 (37%) дошкольников с нормотипичным развитием. Данная категория отражает предпочтительное отношение сверстников друг к другу и указывает на детей, получивших как положительные, так и отрицательные выборы.

Категория «Игнорируемые» преобладает у дошкольников с ТНР – 3 испытуемых (37%), в то время как в эту категорию вошел только 1 дошкольник с нормотипичным развитием (13%). Детей с нарушением речи оказалось в 3 раза больше – это дети, не получившие ни положительных, ни отрицательных выборов. Они остаются как бы незамеченными своими сверстниками.

В категории «Отвергаемые» оказалось 2 (25%) дошкольника с ТНР, что говорит о том, что они получили в основном отрицательные выборы, в то время как дошкольников с нормотипичным развитием из этой категории не было выявлено.

Далее для изучения особенностей межличностных отношений дошкольников с нарушением речи была проведена методика «Межличностные отношения ребенка» Р. Жилия. В контексте рассмотрения межличностных отношений показатель «отношение к матери» преобладает у дошкольников с ТНР – 5 испытуемых (63%). У дошкольников с нормотипичным развитием данный показатель выявлен у 3 испытуемых (37%). Полученные данные говорят о том, что у дошкольников с нарушением речи ярче проявляется привязанность к матери, чем у дошкольников с нормотипичным развитием. Также, последние наиболее активно включаются во взаимодействие с людьми не из ближайшего окружения, в то время как детям с нарушением речи это дается сложнее.

Показатель «отношение к отцу» в большей степени находит свое отражение в межличностных отношениях у детей с ТНР – 6 испытуемых (75%), а у дошкольников с нормотипичным развитием только у 2 (25%). Это говорит о том, что дети с нарушением речи больше нуждаются в эмоциональном контакте с отцами. У дошкольников с нормотипичным развитием показатели намного ниже, возможно, что таким детям меньше нужна помощь отца.

У большей части детей с ТНР (63%) выявлен показатель «отношение к матери и отцу как к родительской чете (родители)», а у детей с нормотипичным развитием он наблюдается только у половины группы (50%). Это можно объяснить трудностями восприятия родителей как пары, поскольку, возможно дети с ТНР реже видят совместные действия, увлечения родителей, именно в межличностных отношениях. Часто ситуация складывается так, что мать

занимается всеми вопросами, которые касаются здоровья, воспитания и развития ребенка, а отец в таких делах принимает меньшее участие, в силу своей профессиональной занятости, берет на себя роль добытчика семьи.

Такие показатели как «отношение к братьям и сестрам», «отношение к бабушке, дедушке и другим близким родственникам», «отношение к воспитателям» наблюдаются у равного количества дошкольников в обеих группах – 8 испытуемых (100%). Это может означать, что дошкольники больше привязаны к тем, с кем проводят большую часть дня, а также часто воспитанием детей могут заниматься бабушки и дедушки, в связи с высокой загруженностью родителей на работе или по каким-либо другим причинам.

Показатель «отношение к другу (подруге)» наблюдается у 3 детей с ТНР (37%), в то время как у детей с нормотипичным развитием у 5 испытуемых (63%). Это означает, что меньшее количество испытуемых с ТНР стремятся к взаимодействию с другими детьми, у них отсутствует групповая форма совместной деятельности, они не отстаивают своего места в коллективе, не имеют авторитет и уважение среди сверстников.

В контексте рассмотрения межличностных отношений показатель «любезность» в меньшей степени находит свое отражение у детей с ТНР – всего 3 испытуемых (37%), в то время как у дошкольников с нормотипичным развитием у 5 испытуемых (63%). Это свидетельствует о том, что у детей с ТНР слабо выражена активность и коммуникабельность в межличностном отношении с другими детьми и взрослыми. Это можно объяснить тем, что данные дошкольники в меньшей степени проявляют активность и заинтересованность во взаимоотношениях с другими людьми.

Показатель «стремление к общению в больших группах детей» наблюдается у половины испытуемых дошкольников с ТНР – 4 (50%), в то время как у дошкольников с нормотипичным развитием таких детей 8 (100%).

Далее был рассмотрен показатель «стремление к доминированию, лидерству в группах детей». Данный показатель в меньшей степени находит свое отражение у детей с ТНР, он выявлен только у 2 испытуемых (25%), в то время как у нормотипичных у 6 испытуемых (75%). Это можно объяснить тем, что дети с нормой наиболее активно стремятся проявить свои лидерские качества, обижаются, когда сверстники не играют по их правилам и не подчиняются им. В то время как у большинства детей с ТНР наблюдается тенденция к замкнутости и трудностям в установлении контакта.

По показателю «конфликтность, агрессивность» мы получили следующие результаты: данный показатель наблюдается у детей с ТНР –

только у 2 испытуемых (25%), в то время как у детей с нормотипичным развитием у 6 испытуемых (75%). Это объясняется тем, что дети с нормотипичным развитием наиболее чаще реагируют на замечание агрессией. Также им не нравится, когда воспитатель уделяет время другим детям, на что они обижаются.

Показатели «реакция на фрустрацию», «стремление к уединению» преобладают у детей с нарушением речи и выявлены у 6 испытуемых (75%), а у дошкольников с нормотипичным развитием только у 2 дошкольников (25%). Это объясняется тем, что дети с ТНР в меньшей степени могут управлять собой, контролировать себя. Они не достаточно хорошо владеют навыками регуляции своего состояния, все эмоции отражаются на поведении ребёнка. Помимо этого у таких детей снижена социальная активность, преобладает возбужденное поведение, но, в некоторой степени, у них наблюдаются дружеские отношения. Только с нарушением речи таких детей оказалось больше, чем детей с нормотипичным развитием.

Далее в своем исследовании для изучения особенностей межличностных отношений дошкольников с нарушением речи нами была проведена методика «Выбор в действии» Я. Л. Коломинского, которая позволяет изучить и оценить межличностные отношения.

Высокий уровень социометрического статуса выявлен только у 2 (25%) дошкольников с ТНР, в то время как у дошкольников с нормотипичным развитием таких детей выявлено в 2 раза больше – 4 испытуемых (50%). Половина группы нормотипичных детей и только четверть детей с ТНР демонстрирует высокую степень близости тех отношений, в которых данный ребёнок находится со сверстниками. Такие дети испытывают потребность в коммуникативной деятельности, легко и быстро вступают в контакт со сверстниками, проявляют в нем заинтересованность, непринужденно ведут себя в новом коллективе.

У 2 (25%) дошкольников с ТНР выявлен средний уровень социометрического статуса, в то время у дошкольников с нормотипичным развитием средний социометрический статус наблюдается у 3 (37%) испытуемых. Такие дети демонстрирует среднюю степень близости тех отношений, в которых данный ребёнок находится, они стремятся к контактам с людьми, но ограничивают свой круг знакомств.

Низкий уровень социометрического статуса преобладает у дошкольников с ТНР, так как он выявлен у половины 4 (50%) испытуемых, в то время как у дошкольников с нормотипичным развитием данный уровень выявлен лишь у 1 (13%) дошкольника. Больше количество детей с ТНР демонстрируют низкую степень близости тех отношений, в которых данный ребёнок находится со сверстниками, то есть эти

дети проявляют недостаточную активность в общении, они не стремятся к взаимодействию, чувствуют себя неуверенно в новой компании и предпочитают проводить время наедине с собой, ограничивают свои знакомства.

Итак, в ходе анализа психолого-педагогической литературы нами было установлено, что под межличностными отношениями понимаются субъективно переживаемые взаимосвязи между людьми, объективно проявляющиеся в характере и способах взаимных влияний, оказываемых людьми друг на друга в процессе совместной деятельности и общения.

Различные авторы выделяют множество факторов, влияющих на формирование межличностных отношений дошкольников с нарушением речи. Среди часто упоминаемых мы смогли выделить следующие: семья, общение со сверстниками, совместная деятельность со сверстниками, игра, пол, взаимоотношения со взрослым.

У детей с речевой патологией отмечается ряд специфических особенностей - их речевые контакты, включенные в деятельность, сводятся к минимуму; практическая деятельность и поведение ребенка остаются непосредственными, невербальными. У них наблюдается сниженный уровень понимания того, как достичь цели, предвидеть препятствия и продумывать пути решения проблемы, обнаруживается низкий уровень эмоциональной эмпатии.

Обобщив результаты всех проведенных методик, мы выяснили, что большинство дошкольников с ТНР оказались в категории «Игнорируемые», что говорит о том, что они желают общаться со сверстниками, но последние не выбирают их в качестве партнеров по межличностному общению.

У дошкольников с нарушением речи, в межличностных отношениях, среди показателей конкретно-личностного отношения ребенка к другим людям имеют наибольший удельный вес «Отношение к матери» и «Отношение к отцу». Это объясняется тем, что детям с ТНР тяжело включаться во взаимодействие с людьми не из ближайшего окружения, они охотно вступают в контакт только с близкими людьми, которым полностью доверяют.

Среди показателей, характеризующих самого ребенка в межличностных отношениях, превалирует «стремление к уединению» и «реакция на фрустрацию». Это означает, что дети с ТНР недостаточно хорошо владеют навыками регуляции своего состояния, все эмоции отражаются в поведении дошкольников, помимо этого у них снижена социальная активность.

Межличностные отношения дошкольников с тяжелым нарушением речи отличаются преобладанием низкого уровня социометрического статуса.

Литература

1. Дубровина И. В., Данилова Е. Е., Прихожан А. М. Психология. Учебник. – М.: Академия, 2022. – 378 с.
2. Методика «Межличностные отношения ребенка» Рене Жиля. – URL: <https://infourok.ru/metodika-mezhlichnostnye-otnosheniya-rebenka-rene-zhilya-4298187.html> (дата обращения 20.03.2024)
3. Обозов Н. Н. Межличностные отношения. Методические рекомендации. – М.: Владос, 2022. – 160 с.
4. Сборник диагностических методик по изучению социально-коммуникативного развития дошкольников. – URL: https://kopilkaurokov.ru/doshkolnoeObrazovanie/prochee/sbornik_diagnosticheskikh_metodik_po_izucheniiu_sotsialno_kommunikativnogo_razvi (дата обращения 20.03.2024)
5. Смирнова Е. О. Межличностные отношения дошкольников: диагностика, проблемы, коррекция: учебное пособие / Е. О. Смирнова. – М.: Владос, 2015. – 158 с.



Новости психиатрии

СЕТЕВОЙ МЕТААНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ВЗРОСЛЫХ

В сетевом метаанализе сравнивались отдельные препараты (антидепрессанты и бензодиазепины) или плацебо с точки зрения эффективности и приемлемости в терапии панического расстройства с агорафобией или без нее. В 48 рандомизированных клинических испытаний (количество участников = 10 118) получены данные о том, что большинство лекарств более эффективны в отношении ответа, чем плацебо. В частности, наибольший эффект показали диазепам, алпразолам, клоназепам, пароксетин, венлафаксин, клонипрамин, флуоксетин и адиназолам, причем наиболее эффективными оказались диазепам, алпразолам и клоназепам. Алпразолам и диазепам были связаны с более низким процентом выбывших из исследования по сравнению с плацебо и были признаны наиболее переносимыми из всех исследованных препаратов.

Большинство препаратов были более эффективными, чем плацебо, а именно дезипрамин, флуоксетин, клоназепам, диазепам, флувоксамин, имипрамин, венлафаксин и пароксетин – их эффекты были клинически значимыми. Среди этих препаратов первое место заняли дезипрамин и алпразолам. Брофаромин, клоназепам и ребоксетин продемонстрировали самое сильное снижение симптомов паники по

сравнению с плацебо, но результаты были основаны либо на одном исследовании, либо на очень небольших исследованиях. Только клоназепам и алпразолам продемонстрировали значимое снижение частоты приступов паники по сравнению с плацебо.

Наиболее выраженное уменьшение симптомов агорафобии было обнаружено для циталопрама, ребоксетина, эсциталопрама, кломипрамина и диазепама по сравнению с плацебо. Что касается результата ответа, все изученные классы лекарств (СИОЗС, СИОЗСН, ТЦА, ИМАО и бензодиазепины) были более эффективными, чем плацебо. ТЦА как класс оказались наиболее эффективными, за ними следуют бензодиазепины и ИМАО. СИОЗС как класс в среднем заняли пятое место, тогда как СИОЗСН оказались на самом низком месте. При сравнении классов лекарств друг с другом по результату ответа, различий не было обнаружено. Бензодиазепины были единственным классом, связанным с более низкой частотой выбытия по сравнению с плацебо, и заняли первое место с точки зрения переносимости. С точки зрения рейтинга ТЦА в среднем занимают второе место после бензодиазепинов, за ними следуют СИОЗСН, затем СИОЗС и, наконец, ИМАО.

Источник: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38014714/>

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ ВЕСА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ: КОКРЕЙНОВСКИЙ ОБЗОР

Увеличение веса, вызванное антипсихотическими препаратами, является чрезвычайно распространенной проблемой у пациентов с шизофренией. Целью текущего кокрейновского обзора является определение эффективности фармакологических вмешательств для предотвращения увеличения веса, вызванного антипсихотиками, у пациентов с шизофренией. Анализировались все рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), в которых изучалось любое дополнительное фармакологическое вмешательство для предотвращения увеличения веса у пациентов с шизофренией или шизофреноподобными расстройствами.

Исследования, проведенные на сегодняшний день, показывают, что: метформин может быть эффективен в предотвращении увеличения веса и увеличения ИМТ, а также хорошо переносится по сравнению со стандартным

лечением. Одновременное начало лечения метформин и антипсихотиками может привести к меньшему увеличению веса и снижению ИМТ.

Данные с низкой степенью достоверности антагонисты H₂-гистаминовых рецепторов, такие как низатидин, фамотидин и ранитидин, или средства, влияющие на моноаминовую трансмиссию, такие как ребоксетин и флуоксетин, могут быть потенциально эффективны в предотвращении увеличения веса, вызванного антипсихотиками. Однако необходимы дополнительные исследования с большим объемом выборки, поскольку в настоящее время достоверность доказательств очень низка. Наибольшее количество доказательств имеется в отношении антидепрессанта из группы ингибиторов обратного захвата норадреналина ребоксетина. Топирамат, по-видимому, не эффективен в предотвращении увеличения веса, вызванного

антипсихотиками. Доказательства с очень низкой степенью достоверности.

Препараты имеют благоприятный профиль переносимости, и ни у одного из изученных лекарственных средств не было большего числа участников, покинувших исследование, в сравнительной группе относительно плацебо или отсутствия лечения. Более того, ни один из препаратов не оказал негативного влияния на психическое состояние. В связи с ограниченностью фактических данных нельзя сделать выводов в отношении таких лекарственных препаратов, как мелатонин или ребоксетин с бетагистинном по сравнению с плацебо, оланзапин с самидорфаном по сравнению с оланзапином.

Источник: <https://psyandneuro.ru/>

ОКОЛО 4 МЛН РОССИЯН СТРАДАЮТ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В России около 4 млн человек страдают психическими расстройствами, сообщила гендиректор НМИЦ психиатрии и наркологии имени Сербского Минздрава России, главный внештатный специалист психиатр Минздрава РФ Светлана Шпорт.

"В РФ количество лиц, страдающих психическими расстройствами, не достигает 4 млн. Это все психические заболевания. Среди них две трети - это расстройства, среди которых депрессия, тревожные расстройства и другие расстройства, на которые мы обращаем внимание", - сказала Шпорт на Форуме будущих технологий.

По ее словам, всего в мире психическими заболеваниями страдают 970 млн человек. Причем сюда не входят те, кто после перенесенного коронавируса имеют нарушения психической сферы. Порядка 300 млн - это люди с тревожными расстройствами и 280 млн - с депрессивными расстройствами. Шизофренией страдают 24 млн человек во всем мире.

Источник: <https://www.interfax.ru>

Пациентам с шизофренией рекомендуется обращаться за поддержкой и консультацией к своему лечащему врачу для контроля веса, оценки фактических данных и выбора взаимоприемлемого подхода к профилактике увеличения веса. Врачам важно понимать, что первой стратегией предотвращения увеличения веса является тщательная оценка метаболических рисков, связанных с применением антипсихотических средств, зная, что лечение психического расстройства должно быть приоритетным. После этого пациенты, их семьи и те, кто за ними ухаживает, должны быть проинформированы о метаболических характеристиках назначенных антипсихотиков.

Шпорт сообщила, что 58 млн детей в мире страдают тревожными расстройствами и порядка 23 млн - депрессивными расстройствами.

Кроме того, стало известно, что люди, имеющие в анамнезе депрессивные расстройства, являются группой риска по развитию деменции.

В ноябре 2023 года первый замминистра труда и соцзащиты РФ Ольга Баталина сообщила, что в российских домах-интернатах и учреждениях, в которых созданы отделения для людей, страдающих психическими расстройствами, проживают 163 тыс. человек (включая детей).

Она уточнила, что всего в РФ 687 домов-интернатов для граждан с психическими расстройствами и интернатов, в которых открыты специальные отделения. Из них 111 учреждений для детей и 576 - для взрослых. При этом в двух регионах - Ненецком автономном округе и Ямало-Ненецком автономном округе - таких учреждений вообще нет, отметила замминистра.

Редакция сетевого издания «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
 2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
 3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
 4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
 5. Перед названием статьи указывается УДК.
 6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
 7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
 8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
 9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
 10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.
- Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.