

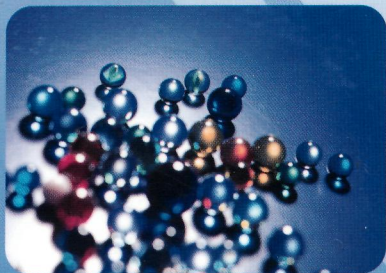
# ВЕСТНИК

ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ  
ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ, РЕАБИЛИТАЦИИ  
И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ИНДУСТРИИ

## Современные проблемы систематики в психиатрии

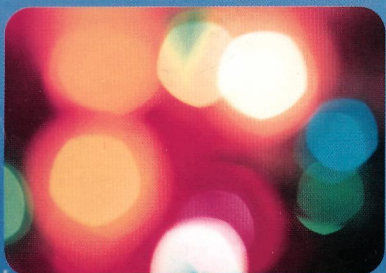
### Новая рубрика

Диабет. Диабетическая стопа:



Материалы второго  
международного симпозиума  
по диабетической стопе

Международный обзор:



Современная концепция  
диагностики и лечения  
диабетических язв стопы

Общероссийская общественная организация  
«Всероссийское общество специалистов по медико-социальной экспертизе,  
реабилитации и реабилитационной индустрии»

**ВЕСТНИК  
ВСЕРОССИЙСКОГО  
ОБЩЕСТВА  
СПЕЦИАЛИСТОВ  
ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЕ,  
РЕАБИЛИТАЦИИ  
И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ  
ИНДУСТРИИ**

**№ 1**

2009  
МОСКВА

## Оглавление

<b>К ЮБИЛЕЮ КИНДРАС Г.П.</b>	8
<b>Новая рубрика: Диабет. Диабетическая стопа</b>	
<b>Новости: конференции, конгрессы, симпозиумы</b>	
<b>ПУЗИН С.Н., ГУРЬЕВА И.В.</b> Международный симпозиум «Диабетическая стопа. Хирургия, ортопедия, реабилитация (Санкт-Петербург, 3-5 октября 2008г.)	9
<b>ФРАЙБЕРГ Р.Д., ХАЙДЕН К.Т. (США)</b> Диабетические язвы стоп: обследование и лечение	12
<b>ВАСИЛЕНКО О.Ю., СМЕРНОВА Ю.А., ВОРОНИН А.В.</b> Основные аспекты медицинской реабилитации инвалидов вследствие сахарного диабета	18
<b>СМЕРНОВА Ю.А.</b> Закономерности формирования инвалидности вследствие сахарного диабета в Ивановской области	21
<b>Раздел № 1</b>	
<b>Оригинальные статьи и аналитические обзоры</b>	
<b>ПУЗИН С.Н., КИНДРАС Г.П.</b> Проблемы современной систематики и классификации психических расстройств	24
<b>ЗАХАРЧЕНКО Н.А.</b> Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы при раке легкого	26
<b>ГУРОВА З.Г., ТЕРЕГУЛОВА Р.Р.</b> Результаты медико-социальной оценки репродуктивного здоровья и поведения студенток	29
<b>БАСОВА Л.А., БАСОВ А.Н.</b> Проблемы социально-психологической депривации больных с травматической болезнью спинного мозга.	32
<b>СТОЛЬНИКОВА И.И., ЕГОРОВА И.В.</b> Новые перспективные подходы к прогнозированию гестоза у беременных с ожирением	35
<b>Раздел № 2</b>	
<b>В помощь практикующему врачу</b>	
<b>КАРАСАЕВА Л.А.</b> Вопросы нормативного правового обеспечения трудоустройства и занятости инвалидов в Российской Федерации	40
<b>ПАНАСЕНКО С.Л.</b> Психологическая характеристика сотрудников правоохранительных органов, принимавших участие в локальных военных конфликтах с последствиями военной травмы опорно-двигательной системы	43
<b>ЗАХАРЧЕНКО Н.А.</b> Вопросы медико-социальной экспертизы при лимфогранулематозе	45
<b>КУХТА О.А., СУРАЕВА В.А., МОРЖОВ В.Ф.</b> Авторская разработка «Позиционная мультиспиральная КТ – ангиография в экспертной оценке состояния позвоночных артерий у больных с дорсопатией шейного отдела позвоночника и с синдромом недостаточности кровообращения в вертебробазилярной системе»	48
<b>МОРЖОВА Е.В.</b> Особенности формирования инвалидности вследствие остеохондроза по обращаемости в бюро МСЭ г. Москвы	50
<b>ХАЛЯСТОВ И.Н.</b> Первичная инвалидность вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации	52
<b>ХУБУТИЯ Б.Н.</b> Приоритетные меры социальной защиты инвалидов, участников локальных военных действий	53
<b>СТОЛЬНИКОВА И.И.</b> Роль вегетативной нервной системы в связи с риском осложнений у беременных с артериальной гипертензией при ее оценке с помощью анализа вариабельности сердечного ритма	56
<b>ШКУРКО М.А.</b> Анализ инвалидности вследствие психических расстройств у детей по обращаемости в бюро МСЭ Российской Федерации в 2001-2007 гг.	61

## **ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА**

**Л.А. Басова, А.Н. Басов**

ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов», ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», г. Новокузнецк

**L. A. BASOVA, A.N. BASOV**

The problems of social-psychological deprivation of the patients with traumatic disease of the spinal cord

**SUMMARY:** There have been analyzed psychological features of 78 patients with a traumatic disease of the spinal cord (TDSC) and the consequences of the trauma: paralyzes of the lower limbs and disturbances of the pelvic organs functioning. The authors believe that co-joint location of the suffered ones from the spinal cord trauma and the patients with other diseases in the common ward provides the necessary spontaneous psychotherapeutic community, united with common interests and aims, giving to every participant support and motivation for a personal rise, decreasing the feelings of distress and hopelessness, motivating the abilities of the patient to cope with existing problems on his (her) own account.

Больные с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) в данное время являются контингентом, малоизученным в плане имеющейся у них сопутствующей психической патологии и одновременно очень трудным для проведения эффективной социально-психологической реабилитации. Тяжесть их соматоневрологического состояния с неспособностью к самостоятельному передвижению, к самообслуживанию, к трудовой деятельности; нарушение функций тазовых органов и даже само положение опрокинутого, как бы поверженного и лежащего «на обеих лопатках» человека приводит к глубокому нарушению адаптации, препятствующему социальному функционированию и продуктивности. Эти пациенты переживают состояние выраженной нозогенной экзистенциальной депрессии, т.е. депрессии, связанной с самим фактом дальнейшего существования себя в таком беспомощном положении; испытывают тяжелые чувства бесперспективности и бесполезности, что часто сопровождается наличием суицидальной настроенности. Чрезвычайно актуальным яв-

ляется изучение всего комплекса социально-психологических проблем личности больного с ТБСМ, выяснение всего спектра психотравмирующих дезадаптирующих факторов и снижение их патологического воздействия на пациента. Крайне важна разработка стратегий и навыков совладания с кризисной ситуацией наступившей инвалидности, что позволит повысить эффективность психотерапевтической помощи данному контингенту.

**Цель исследования:** а) анализ патогенных социально-психологических факторов, связанных с пребыванием пациентов с ТБСМ в изолированной палате «люкс», способствующих утяжелению состояния дезадаптации и формированию специфических личностных особенностей; б) отражение указанных особенностей личности в транзактно-аналитической модели (эгосостояния Родитель-Взрослый-Ребенок).

**Материалы и методы исследования.** В течение 2005-2006 гг. нами обследовано 78 пациентов с ТБСМ, сопровождавшейся парезами и параличами нижних конечностей и расстройством функций тазовых органов, проходивших лечение и реабилитацию в ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов». Из них 23 человек в период стационарной реабилитации находились в особых условиях – занимали отдельную палату «люкс».

При обследовании пациентов нами использовались принятый в психиатрии клинико-психопатологический метод и 4 метода, принятых в транзактном анализе: поведенческий, социальный, исторический и феноменологический.

**Результаты и обсуждение.** В перечне платных услуг ФГУ «Новокузнецкий научно-

практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» имеет место представление отдельной палаты для пациента и ухаживающего за ним родственника. Пребывание спинального больного и ухаживающего за ним в отдельной палате, на первый взгляд, имеет ряд неоспоримых преимуществ: больший комфорт, простор, тишина; возможность наедине «справлять» естественные потребности, индивидуально пользоваться телевизором и холодильником.

Между тем, проведенный нами анализ психического состояния пациентов с ТБСМ, пребывающих индивидуально в отдельных палатах, к сожалению, показал, что, несмотря на более комфортные условия проживания, с психологической и реабилитационной точек зрения эти пациенты оказывались в более невыгодных условиях в сравнении с пациентами с аналогичной патологией, пребывавшими в общих многоместных палатах. Эти потери были связаны с явлениями социальной депривации, развивавшейся в условиях одиночного проживания.

У всех больных с ТБСМ, как правило, имела место затяжная форма нозогенной депрессии. В выраженных случаях депрессивные переживания проявлялись подавленностью, повторяющимися мыслями о тягостной для себя и окружающих физической неполноценности, снижением побуждений и энергии, пессимистическим видением будущего, потерей смысла жизни, суицидальными высказываниями. Пациенты страдали из-за крушения привычного ритма жизни, их тяготила непредсказуемость будущего, они не видели путей выхода из сложившейся ситуации. Как проявление дезадаптации, у них развивался особый пассивный стиль поведения, характеризовавшийся постоянно присутствующим чувством безнадежности, потерей интереса к тому, что раньше доставляло удовольствие и радость. Больные проявляли склонность замыкаться в себе, а пребывание в отдельной палате еще более усиливало эту тенденцию. Одиночество, отстраненность от других, недостаток общения еще больше ограничивали мышление пациентов с ТБСМ безнадежно-депрессивным кругом представлений. Депрессия со временем начинала все более принимать астено-ипохондрическую окраску, что выражалось в снижении порога болевой чувствительности, постоянной фиксации больного на своих ощу-

щениях и физиологических отправлениях, их депрессивной интерпретации (55%). В других случаях депрессия принимала характер дистимии с неустойчивостью аффекта, конфликтами, мелочными придирками к ухаживающему за ним и медперсоналу отделения (45%). Снижалась интеллектуальная продуктивность, постепенно круг интересов сужался только до вопросов личного быта и отправления физиологических актов. Депрессия, все более углубляясь, ухудшала течение основного заболевания и снижала реабилитационный потенциал.

Депривационные условия пребывания в отдельной палате приводили к еще большему регрессу межличностного функционирования. Ни один из наблюдаемых нами больных, находившихся в отдельной палате, не сумел установить новых дружеских отношений с другими пациентами, поскольку то имевшее место непродолжительное совместное пребывание в зале лечебной физкультуры и на других процедурах при слабой личной мотивации к контактам не могло способствовать возникновению хоть сколько-нибудь значимых эмоциональных связей. В итоге больные с ТБСМ оказывались в еще большей изоляции, обрекавшей их на бедность впечатлений, недостаточность стимулов и побуждений. Изоляция не давала приобрести им новые навыки, мешала увидеть разнообразие реалий новых условий жизни, в которые они попали в связи с травмой, лишала их главной «роскоши» в жизни человека - человеческого общения. При слабом знании законов о социальной защите эти пациенты не могли воспользоваться в полной мере социальной помощью, так как не было обмена актуальной информацией с другими пациентами, не было возможности широко воспользоваться литературой (художественной, психотерапевтической, юридической), уже прочитанной и проработанной другими пациентами. И, главное, они не видели каждодневных маленьких успехов и достижений других аналогичных больных в преодолении психического и физического недуга, не могли «подсмотреть» и перенять чужой позитивный опыт в создании и поддержании нормальных доверительных семейных отношений.

Общение больного с ТБСМ практически ограничивалось контактами с человеком, ухаживающим за ним (чаще всего это были мать или жена). Длительное ограничение подвижности, вынужденная изоляция, недостаточ-

ность межличностных контактов приводили к нарастанию характерологических изменений: пациенты становились все более аутичными, замкнутыми, отгороженными, все менее социальными, переставали участвовать в совместных мероприятиях, резко ограничивали круг знакомых.

На фоне длительной изоляции, гипостимуляции, аутизации активировалось подсознание, проявлявшееся усилением воображения, восприятия, эмпатии; обострялась способность улавливать малейшие перемены в настроении другого человека. В результате больной с ТБСМ и ухаживающий за ним начинали обостренно чувствовать и понимать друг друга, но, особо отметим, не всё, что они понимали и чувствовали, было позитивным и приятным (чаще наоборот). В связи с тем, что не было возможности отвлечься, переключиться, разрядить отрицательную энергию в контактах с другими людьми, у пациента и ухаживающего за ним значительно нарастала внутренняя напряженность, усиливались негативные реакции друг на друга. Подавленные, невыраженные отрицательные эмоции постепенно накапливались и периодически прорывались в виде истерических реакций, реакций злобы и агрессии, оставляя после себя чувство вины и стыда. Все более учащающиеся конфликты и взаимные претензии заметно снижали качество жизни обоих партнеров «по несчастью».

Изоляция, замкнутый круг общения, своеобразная «зацикленность» друг на друге, отсутствие положительных примеров новых правильных отношений приводили к деформации личности как больного, так и ухаживающего за ним. Создавалась своеобразная симбиотическая пара, в которой, говоря языком транзактного анализа [1, 2], больной исполнял роль беспомощного «Ребенка» - «Жертвы», а ухаживающий за ним выступал в роли «Кормящего Родителя»-«Спасителя». Затянувшееся исполнение указанных ролей приводило к еще большей деформации личности обоих участников пары, что еще более утяжеляло ситуацию. Пациент-«Ребенок» все меньше и меньше чувствовал ответственность за свою жизнь, свои поступки, свою реадaptацию, стараясь переложить все проблемы на ухаживающего за ним. В свою очередь, ухаживающий-«Родитель», не получавший эмоциональной поддержки, благодарности, видимой отдачи за свой мораль-

но и физически тяжелый труд, и не видя ему конца (ибо здесь он имел дело не с реальным ребенком, который повзрослеет и возьмет ответственность за свою жизнь на себя, напротив, прогноз скорее виделся пессимистическим - во все более нарастающем регрессе личности и здоровья больного с ТБСМ), начинал психологически истощаться, астенизироваться, «бунтовать» и вскоре начинал вести себя как невротическая или психопатическая личность. Этому способствовало и то обстоятельство, что из-за гипертрофии Родительского эгосостояния личности, в котором ухаживающий пребывал почти постоянно, у него одновременно, по закону сохранения психической энергии, значительно редуцировалось Детское эгосостояние личности, что лишало его возможности быть оптимистом и радоваться жизни. У ухаживающего индивида к тому же зачастую нарушались собственные планы в жизни, на реализацию которых не оставалось ни времени, ни сил; у него наступало состояние разочарования в жизни, фрустрация.

Следует отметить, что, к сожалению, в нашей стране больные с ТБСМ практически лишены возможности общения и вне стен медицинских учреждений, особенно с теми людьми, чьи проблемы являются сходными, близкими и понятными. В этом случае больничная стационар является для них практически единственным местом, где у них могут завязаться новые отношения, где они могут приобрести друзей, где есть возможность обмена опытом по решению насущных проблем. С учетом интересов социально-психологической реабилитации для больного с ТБСМ значительно полезнее нахождение в общей палате с больными с аналогичной патологией, где у него появляется возможность межличностной коммуникации (пусть на первых порах даже вынужденной, если он из-за своего эмоционального состояния не желает этого): отвечать на вопросы соседей и самому задавать их, помогать им сам, чем сможет и от них получать поддержку, и, очень важно, при этом иметь возможность видеть примеры личной стойкости, терпения, мужества товарищей по несчастью; наблюдать примеры сохранения хороших, доверительных отношений в семейных парах.

**Выводы.** Общность пациентов с ТБСМ в больничной палате можно определить как своеобразную спонтанную психотерапевтическую

группу, объединенную общими интересами и целями. Эта группа всегда дает каждому участнику обратную связь, помогает больному увидеть себя как бы со стороны и осознать, что он представляет собой как личность, оценить, как выглядят совершаемые им поступки в глазах других людей, дать им соответствующую критическую оценку. При этом осознании у больного появляется мотивация к работе над собой и к позитивным переменам; уменьшается чувство тоски, подавленности, безысходности; стабилизируются вегетативные проявления. Постепенно в лучшую сторону изменяется

отношение к себе и близким, к окружающему миру в целом; развивается способность справляться с существующими проблемами собственными силами, что и является смыслом и целью реабилитационного процесса.

#### Библиография:

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. СПб. – М., «Университетская книга», 1998. – 398 с.
2. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. СПб., «Социально-психологический центр», 1996. – 329 с.

## НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

**И.И. Стольникова, И.В. Егорова**

Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО ПК и ППС Тверской государственной медицинской академии, г. Тверь

**I.I. STOLJNIKOVA, I.V. EGOROVA**

New perspective approaches to prognosis of gestosis in the pregnant with obesity.

**SUMMARY:** The threshold of gustatory sensitivity (TGS) to the cooking salt (CS) as an indirect indicator of consumption of the cooking salt, along with a daily excretion of sodium ions and potassium ions together with urine, have a number of essential features during the formation of gestosis in pregnant with obesity and without obesity. The regularities received in a pre-clinical period may be used as one of the new perspective methods of the gestosis prognostication in depending on the initial body mass in the pregnant.

Нарушение водно-солевого обмена является важным звеном в патогенезе гестоза. По мнению некоторых авторов [1,4], развитие целого ряда патологических состояний во время беременности определяется взаимодействием различных факторов внешней среды с организмом, имеющим индивидуальные внутренние особенности. Каналом, по которому это взаимодействие осуществляется, является система сенсорных анализаторов. В процессе эволюции выработаны связи сенсорных анализаторов с механизмами, управляющими поведением. Функциональное состояние вкусового анализатора - одна из составных частей механизма, регулирующего пищевое поведение, в том числе употребление поваренной соли (ПС). Проведенный анализ литературы показал, что порог

вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧ к ПС) как косвенный признак потребления ПС у беременных практически не исследован. Отсутствуют данные о взаимосвязи ПВЧ к ПС с таким осложнением в течение беременности как гестоз, хотя роль нарушения обмена натрия и системы регулирующей его экскрецию и распределение в патогенезе гестоза давно известна [1,2,3]. Цель исследования - использовать ПВЧ к ПС и суточную экскрецию катионов натрия и калия с мочой для прогнозирования гестоза у беременных с ожирением.

Было обследовано 100 беременных соматически здоровых и 200 беременных с ожирением. Сформирована контрольная группа (1-ая), (средний возраст  $23,5 \pm 5,9$  лет), в нее вошли пациентки с нормальной массой тела, здоровые с физиологическим течением беременности. Беременные, у которых выявлено ожирение, составили основные группы. 2-ая - беременные с ожирением, течение беременности у которых не осложнилось развитием гестоза (средний возраст  $24,2 \pm 6,7$  лет). 3-ья - беременные с ожирением, течение беременности у которых осложнилось развитием гестоза (средний возраст  $26,3 \pm 7,3$  лет). Выделена группа сравнения (4-ая), в которую вошли 30 беременных с нормальной массой тела, процесс гестации у ко-